

Calo del desiderio sessuale femminile, Fda approva il "Viagra rosa"



19 agosto 2015

E' stato definito, impropriamente, il Viagra rosa. Oggi l'Fda ha approvato la flibanserina per il trattamento del Disturbo da Calo del Desiderio Sessuale (HSDD - Hypoactive Sexual Desire Disorder), una condizione che affligge una donna su dieci e una su sette se in menopausa. Sarà messo in commercio con il marchio Addyi.

Si tratta di un farmaco molto discusso e per molti osservatori un esempio da manuale di "disease mongering" o mercificazione della malattia, in pratica un'operazione di marketing finalizzata a indurre il consumatore alla ricerca di un rimedio per presunte malattie, allo scopo di generare nuovi mercati di potenziali pazienti.

Vediamo come stanno le cose.

Flibanserina (BIMT-17) è un farmaco sviluppato inizialmente da Boehringer Ingelheim che agisce come agonista dei recettori 5-HT_{1A} della serotonina, come antagonista dei recettori 5-HT_{2A} e come agonista parziale dei recettori dopaminergici D₄. L'effetto afrodisiaco fu scoperto per serendipità, come nel caso di sildenafil, in quanto le pazienti in cui veniva studiato come antidepressivo erano riluttanti a cessarne l'assunzione al termine dello studio.

La flibanserina, una pillola di color rosa, deve essere assunta ogni sera, contrariamente al Viagra che va preso solo prima dell'atto sessuale.

La storia del farmaco è stata tribolata, perchè nel 2010 (e poi anche nel 2013) l'Fda lo aveva bocciato ritenendo i dati di efficacia insufficienti. A quel punto Boehringer Ingelheim cedette i diritti a una piccola società americana, la Sprout Pharmaceuticals che con nuovi studi clinici (ma nessun nuovo dato di efficacia) e, soprattutto, una forte azione di lobbying è riuscita ad ottenere la registrazione americana.

L'azienda ha infatti incaricato una società di PR di realizzare una campagna di informazione che ha preso il nome di "Even the Score" ovvero "Pareggiamo i conti" dove, in estrema sintesi, si accusava l'Fda di essere sessista perché mentre per l'uomo sono stati approvati diversi farmaci per la cura dei disturbi della sessualità,

nessuno è stato approvato per le donne. La campagna contro la discriminazione sessuale ha avuto una enorme eco e probabilmente, magari a livello inconscio, ha giocato un ruolo nell'approvazione del farmaco da parte degli esperti dell'Fda.

Dal punto di vista clinico, la risposta al farmaco è abbastanza modesta. In generale, nelle circa 11mila pazienti trattate si è visto un aumento mensile di 0,5-0,6 di "eventi sessuali soddisfacenti", rispetto al placebo. Una risposta clinica è stata osservata solo nel 9,4-14% delle pazienti mentre una elevata risposta clinica si è vista solo nell'1% delle pazienti. La stessa Fda consiglia di interrompere il farmaco in assenza di risposta dopo 8 settimane di trattamento.

Va però detto che gli studi sono stati influenzati da un forte effetto placebo perchè nelle donne trattate con il "farmaco finto" si è osservato un aumento significativo di rapporti soddisfacenti, pari a 2,6-3,5 al mese, rendendo così il confronto con il farmaco attivo meno soddisfacente.

Nel bilancio generale non vanno poi sottovalutati gli effetti collaterali del farmaco, che ci sono e che sono presenti in un quinto delle donne trattate, quali interazioni con bevande a contenuto alcolico, ipotensione e sincope.

Il foglietto illustrativo del "viagra rosa" ha un boxed warning in cui si avverte che il farmaco non deve essere usato insieme all'alcol, per il rischio di pressione bassa e perdita di conoscenza. Non va usato, inoltre, insieme ad alcune altre medicine e in pazienti con problemi al fegato. La pillola del desiderio può essere prescritta o dispensata solo da medici e farmacisti che abbiano superato un test sul medicinale.

Il Disturbo da Calo del Desiderio Sessuale (HSDD) è una disfunzione caratterizzata da calo di desiderio sessuale associato a forte disagio e/o difficoltà di relazione interpersonale. Le donne con HSDD spesso accusano una perdita dell'intimità e della vicinanza al partner. Questa disfunzione può avere ripercussioni negative sulla vita della donna e sulla sua relazione di coppia.

Si tratta di una mancanza di desiderio sessuale in un periodo di tempo più o meno lungo, che provoca stress, problemi inter-personali, angoscia, scarsa autostima e in alcuni casi depressione. Può essere legata a condizioni fisiche (come la scarsa produzione di alcuni ormoni), all'assunzione di farmaci o a problemi psicologici. Secondo la maggior parte degli studi ne soffre una donna adulta su dieci e il 7 per cento delle donne in pre-menopausa; secondo altri colpisce almeno una volta nella vita un terzo delle donne adulte.

Danilo Magliano

Comunicato Fda

[chiudi questa finestra]

<http://www.lastampa.it/>

Sollevare regolarmente pesi può rendere difficile il concepimento

Studio americano mostra come certe condizioni di lavoro si associno nella donna a ritardi nel rimanere incinta



Lavorare oltre 40 ore a settimana o avere un'occupazione che richiede il regolare trasporto di oggetti pesanti sono delle condizioni che possono creare maggiori difficoltà alle donne desiderose di rimanere incinte. Lo dice uno studio statunitense condotto su oltre 1700 infermiere alla ricerca di un figlio: dopo dodici mesi, circa il 16% non era riuscito nell'intento e a distanza di 2 anni il 5% di loro.

Lo studio, apparso sulla rivista [Occupational and Environmental Medicine](#), ha mostrato che le donne che superano le 40 ore lavorative settimanali impiegano per rimanere incinta circa un 20% di tempo in più rispetto a chi lavora dalle 21 alle 40 ore settimanali. Inoltre, un regolare trasporto di oggetti pesanti (superiori agli 11kg) più volte al giorno è stato associato ad un ritardo del 50% nel raggiungimento del proprio obiettivo. Circa un terzo delle infermiere passava in piedi almeno otto ore al giorno e il 40% ha riferito il sollevamento di carichi pesanti fino a cinque volte al giorno.

Le donne studiate dal team di ricercatori della Chan School of Public Health di Boston e della Harvard Medical School era composto per il 50% da infermiere con almeno 33 anni, il 44% in sovrappeso o con obesità e il 22% fumatrici o ex fumatrici. Infatti, se l'età è il principale fattore che determina una fisiologica diminuzione della fertilità della donna, non bisogna dimenticare che anche la forma fisica, il peso e alcune abitudini, come il fumo e l'alcol, riducono le possibilità

di avere un bambino.

Naturalmente, come fanno notare i ricercatori, ci possono essere anche altre spiegazioni: chi ha difficoltà a rimanere incinta può decidere di passare più tempo al lavoro, così come chi è molto impegnato col lavoro può avere meno tempo libero per tentare il concepimento.

Tuttavia, quando possibile, prestare attenzione alle ore lavorative e al tipo di attività svolta è dunque un accorgimento utile: evitare comportamenti che possono mettere a rischio la fertilità significa aumentare la probabilità di successo quando si sia alla ricerca di un figlio.

<http://www.adnkronos.com/salute/sanita/>

Gravidanze più brevi per future mamme piccole di statura



La statura sembra collegata alla durata della gravidanza. In particolare, le donne più basse in media finiscono per partorire prima rispetto a quelle più alte. E sono più a rischio di parti prematuri. E' quanto emerge da una ricerca americana firmata dagli scienziati di March of Dimes Prematurity Research Center Ohio Collaborative, che hanno esaminato 3.485 donne i loro bambini. Scoprendo che la statura materna influenza la durata della gravidanza e il rischio di nascite premature. Invece la lunghezza e il peso alla nascita del bebè sembrano essere influenzati principalmente dai geni trasmessi dai genitori.

MATERNITÀ

Procreazione assistita: che cosa manca

Fecondazione eterologa e diagnosi pre-impianto: sono le conquiste delle nuove *Linee-guida sulla procreazione medicalmente assistita*, da poco pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale. Ma molto resta ancora da fare. «Non tutti i centri specializzati, infatti, sono in grado di garantire la fecondazione eterologa perché risulta ancora molto difficile reperire gameti, in particolare ovociti» fa notare Claudia Livi, responsabile del Centro Demetra di Firenze. Un altro limite riguarda la diagnosi pre-impianto che non può essere sempre (e del tutto) rimborsata dal Servizio sanitario nazionale. «Se viene riconosciuta e rimborsata la diagnosi pre-impianto nelle coppie infertili portatrici di malattie genetiche, non vale lo stesso principio per la diagnosi di anomalie cromosomiche, frequenti nelle donne che tentano di avere un figlio in età non più giovanissima e spesso causa di aborti spontanei. Quest'ultimo tipo di indagine è per il momento a carico della coppia e il suo costo si aggira intorno ai tremila euro».

Paola Trombetta

È caos eterologa ancora tutto fermo e coppie in attesa

- > Un anno e mezzo dopo la sentenza della Consulta
- > Appello alle donne per donare gli ovociti in più

Al Sacco è stata creata una lista d'attesa ufficiale e sono già più di cento le coppie che aspettano una telefonata. In tutta la Lombardia sono più di 6mila con problemi di sterilità che non vogliono andare all'estero per concepire un bambino. Ne gli ospedali pubblici l'eterologa è ancora ferma e nelle strutture private la campagna "egg sharing" per convincere le donne a donare gameti. Una pratica già diffusa all'estero che consiste nell'usare gli ovociti "in più" prodotti da chi già si sottopone alla fecondazione omologa. Gli esperti: «Non coprirebbe comunque più del 10 per cento delle richieste».

CORICA E DE GIORGIO A PAGINA III

Eterologa tutto fermo centinaia in lista d'attesa

Il caso. A un anno e mezzo dalla sentenza della Consulta, poche strutture pronte a partire e nessun donatore. Campagna per l'operazione egg sharing

IPUNTI

LE CODE

Al Sacco è stata creata una lista d'attesa ufficiale e sono già più di cento le coppie con problemi di sterilità in coda. In tutta la Lombardia sono oltre 6mila

LO SPORTELLO

Alla Casa dei diritti del Comune da maggio 2014 a oggi si sono presentate 170 coppie per chiedere una consulenza sulla fecondazione eterologa

I COSTI

In Lombardia sono a carico degli aspiranti genitori che si sottopongono al trattamento e vanno da 1.500 a 4.500 euro per ciclo, a seconda della procedura

**ALESSANDRA CORICA
TIZIANA DE GIORGIO**

AL SACCO è stata creata una lista d'attesa ufficiale. E ad aspettare una telefonata, nella speranza di riuscire ad avere un giorno un figlio, ci sono già oltre cento coppie. In tutta la Lombardia se ne contano circa 6mila con problemi di sterilità che non vogliono andare all'estero per poter concepire un bambino. Ma negli ospedali pubblici, a un anno e mezzo dalla sentenza della Consulta, l'eterologa ancora non parte. E le poche strutture che si sono mosse per avviare le procedure già si

scontrano con la mancanza di donatori ma soprattutto di donatrici, difficilissime da reperire senza un rimborso spese. Ed ecco partire l'operazione Egg sharing e le campagne di sensibilizzazione rivolte alle donne.

«Il problema degli ovociti in Italia è enorme — spiega Valeria Savasi, responsabile del centro di riproduzione assistita del Sacco — l'unica speranza in questo momento è chiedere aiuto alle donne che già si sottopongono alla fecondazione omologa».

Il meccanismo, in sé, sembra semplice: fra gli ostacoli più grandi che rendono complicate le donazioni di gameti

sul fronte femminile, c'è lo stress a cui è sottoposto il corpo di una donna. E tutti i timori che ne conseguono. Il ciclo di bombardamento ormonale, ma anche



l'operazione per il prelievo degli ovuli, non sono una passeggiata. Per aggirare il problema, una delle soluzioni, già praticata all'estero, sta quindi nel chiedere a chi già affronta le procedure per il concepimento in provetta (ma non ha bisogno di donatori esterni) di devolvere gli ovociti "in più" prodotti grazie alla stimolazione ormonale, alla causa dell'eterologa. «Non è però così scontato che le donne accettino — spiega Paolo Levi Setti, responsabile del Fertility center dell'Humanitas, uno dei più grandi d'Italia — In questo momento le tecniche di procreazione assistita hanno più successo dal congelamento, non dal "fresco"». Le coppie, quindi, potrebbero essere restie a regalare ovociti perché questi potrebbero servire in un secondo momento se una o più gravidanze non dovessero andare a buon fine. «È in ogni caso, non coprirebbe più del 5-10 per cento delle richieste».

Alla Mangiagalli i medici del centro che si occupa di procreazione assistita stanno elaborando un protocollo ad hoc proprio per l'Egg sharing, e da questo autunno chiederanno alle pazienti che hanno già in cura per l'omologa se vogliono donare i loro ovociti a un'altra coppia in attesa per l'eterologa, con l'obiettivo di essere operativi entro fine anno. Mentre al Sacco di donatrici non ne sono proprio arrivate, nonostante l'ospedale sia pronto ad accoglierle, nella stragrande maggioranza delle strutture non vengono ancora accettate. «Per il momento abbiamo dovuto dire no — spiega Edgardo Somigliana, a ca-

po del centro della Mangiagalli — ancora non è chiaro il panel di visite ed esami a cui gli aspiranti donatori devono essere sottoposti». Di qui, anche in via della Commenda l'idea di ricorrere all'Egg sharing.

Un'altra opzione c'è: importarli dall'estero. Una procedura troppo costosa però, a cui invece sempre più spesso ricorrono le cliniche private dove in alcuni casi, come alla Matris, l'eterologa è già partita. «Non abbiamo ancora fatto una vera e propria lista d'attesa — aggiunge Somigliana — per noi è più utile considerare caso per caso: viste le difficoltà, vorremmo dare la precedenza a quelle coppie giovani in cui la sterilità è causata da una malattia o una chemioterapia».

Certo è che la situazione in Lombardia è ancora in stallo. Anche per colpa della scelta della Regione di non prevedere un rimborso. Contro questo si è già espresso il Consiglio di Stato e a fine settembre è in programma l'udienza al Tar. Che le coppie ancora in attesa siano tante lo dimostra anche l'elevato numero di persone che si sono rivolte alla Casa dei diritti del Comune per chiedere una consulenza in materia: oltre 170. «Lo sportello — spiega Rossella Bartolucci, presidente di Sos Infertilità — è nato all'indomani della sentenza della Consulta: all'epoca pensavamo che nel giro di poco la situazione si sarebbe sbloccata. Purtroppo non è così, e ancora oggi a chi è vicino al limite di età dobbiamo consigliare di andare all'estero».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

<http://www.corriere.it/salute/>

BRITISH MEDICAL JOURNAL

Cancro al seno e familiarità: il consumo anche moderato di alcol aumenta i rischi

Oltre 135 mila persone seguite per più di 30 anni hanno evidenziato un legame fra il bere e l'incidenza del tumore nelle donne, con un aumento del rischio del 13%

di Simona Marchetti



Dire addio alla bottiglia, a maggior ragione se in famiglia ci sono stati precedenti di cancro, ridurrebbe il rischio di contrarre la malattia. A sostenerlo due studi congiunti, pubblicati sul British Medical Journal, che hanno evidenziato un legame fra il consumo moderato di alcol e l'insorgenza del tumore, in particolare quello al seno. Basandosi infatti sui dati emersi dal *Nurses Health Study* e dal *Health Professionals Follow-up Study*, che hanno seguito oltre 135 mila persone (ovvero, 88.084 donne e 47.881 uomini) per più di trent'anni e tenendo conto anche di altri fattori come obesità, fumo e storia familiare, gli scienziati della *Harvard TH Chan School of Public Health* e del *Brigham and Women's Hospital* di Boston hanno scoperto che se una piccola dose di alcool (quantificata in un drink standard per le donne e due per gli uomini) aumenta marginalmente il rischio generale di cancro, per quello al seno le possibilità di ammalarsi sono del 13% in più, indipendentemente dal fatto che la donna sia una fumatrice oppure no.

Il forte legame tra alcol e alcuni tipi di tumore

E anche se i risultati della ricerca puntano a sottolineare come l'aumento del rischio cancro sia minimo, un editoriale uscito sulla stessa rivista scientifica a firma del dottor Jurgen Rehm, responsabile del Centre for Addiction and Mental Health di Toronto mette in guardia «le persone che hanno avuto tumori in famiglia, e soprattutto le donne con precedenti di cancro al seno nella loro storia familiare», invitandole «a ridurre la quantità di alcool al di sotto dei limiti raccomandati o a rinunciarvi del tutto, visto il legame ormai consolidato fra un moderato consumo di alcolici e i tumori legati agli stessi». Un avvertimento che dall'altra parte dell'Atlantico trova il pieno appoggio di Sir Ian Gilmore, presidente della Alcohol Health Alliance UK, che da tempo si batte perché sulle bottiglie di alcolici vengano posti avvertimenti per la salute sul modello di quelli che ci sono sui pacchetti di sigarette. «Questo studio è l'ennesima conferma di come non esista un livello sicuro di consumo di alcool quando si parla di tumore», spiega al Guardian. «Tutti i medici vogliono che i loro pazienti vivano a lungo e in salute - gli fa eco sul The Independent il dottor Richard Roope del Royal College of General Practitioners - per questo motivo fumo e alcool, che sono due fattori a grande rischio cancro, non possono e non devono essere mai ignorati, soprattutto se in famiglia ci sono dei precedenti legati a queste patologie».



**Fiorenza
Sarzanini**

Fuori verbale

QUANDO IL MEDICO SBAGLIA

SE SARANNO ACCOLTE le proposte della commissione istituita presso il ministero della Salute, sarà molto più difficile per i pazienti riuscire a ottenere il risarcimento dei danni provocati da un intervento sbagliato dei medici. Prima di intentare la causa, i cittadini saranno infatti obbligati ad "attivare un procedimento in contraddittorio per l'espletamento di una perizia e soltanto all'esito di questa procedura, (e se la perizia sancirà la colpa del medico) si potrà proporre azione risarcitoria". Non solo. Tra le "raccomandazioni" degli esperti c'è anche quella di "ridurre i termini di prescrizione per l'azione risarcitoria da 10 anni a 5 anni". I legali del Tribunale per i diritti del malato sono già pronti alla mobilitazione perché, come spiega il coordinatore nazionale Tonino Aceti, «Si chiede di invertire l'onere della prova che in questo modo ricadrà sul paziente e non sul personale sanitario nonostante sia evidente che il cittadino è il soggetto più svantaggiato nell'accesso alle informazioni che lo riguardano». Aceti cita modalità e tempi: «Per accedere alla propria cartella clinica ci vogliono 30 giorni, se non addirittura 90 e quando si riesce ad ottenere il documento nella maggior parte dei casi è incomprendibile, in quelli più gravi è incompleto. Dopo la stretta sulle prestazioni ora arriva quella su diritti e tutele, ma ciò è inaccettabile e noi siamo pronti a proteste forti per impedire che queste proposte vengano accolte».

blog.iodonna.it/fiorenza-sarzanini

L'inchiesta**La salute va intesa come Benessere (superando il Pil)**

CARLA COLLICELLI

Un'area di notevole importanza per il benessere e la qualità della vita oggi è quella della salute, al centro delle attenzioni sociali, ma anche di quelle pubbliche, per quanto riguarda l'entità delle risorse assorbite dai servizi sanitari. E cittadini e utenti esprimono esigenze importanti in merito alla qualità della sanità, tecnica e umana.

A PAGINA 18

La salute intesa come Benessere

Indicatori Bes per superare la sola efficienza delle cure

Cittadini e utenti esprimono esigenze importanti in merito alla qualità della sanità, quella tecnica ma anche e soprattutto quella umana

CARLA COLLICELLI

Un'area di notevole importanza per il benessere e la qualità della vita oggi è quella della salute, al centro delle attenzioni sociali, ma anche di quelle pubbliche, in particolare per quanto riguarda l'entità delle risorse assorbite dai servizi sanitari.

Uguale peso ed importanza, dunque, per l'opinione pubblica e per le istituzioni responsabili delle politiche e delle prestazioni di cura, ma diversi approcci rispetto alle priorità ed alle scelte da compiere, nonché sui criteri di valutazione e misurazione, e quindi sugli standard da porre a riferimento degli obiettivi istituzionali del comparto.

L'esempio più eclatante è dato dal peso attribuito nelle analisi ufficiali di settore, sia dal punto di vista dei risultati raggiunti che da quello degli indirizzi da formulare, a due indicatori, la speranza di vita da un lato e la spesa sanitaria dall'altro, su cui si basano anche le graduatorie stilate a livello internazionale sulle performance dei sistemi sanitari dei diversi pae-

si.

Non vi è dubbio che il raggiungimento di traguardi sempre più avanzati in termini di durata della vita sia un fatto positivo e di grande valore sociale, ma occorre valutare anche la qualità della vita degli anni guadagnati; come pure un uso oculato delle risorse a disposizione è un sicuro merito per chi gestisce la cosa pubblica, ma va analizzata soprattutto la qualità della spesa. Non vanno poi dimenticati altri fattori, almeno altrettanto importanti, che stanno particolarmente a cuore dei cittadini e che spesso non compaiono o compaiono in posizione del tutto secondaria. Cittadini e utenti esprimono esigenze importanti in merito alla qualità della sanità, quella tecnica ma anche e soprattutto quella umana; alla appropriatezza delle cure, quella clinica ed assistenziale, ma anche quella temporale (i tempi di attesa); al carico economico che grava sulle famiglie (ticket, Intramoenia, privato) già oberate dai contributi versati; alle condizioni in cui versano i malati cronici, i disabili ed i non autosufficienti; alla presenza nel proprio territorio di tutti i servizi necessari e ad un livello qualitativo allineato con



gli standard nazionali.

Tra i due approcci, quello sociale e quello istituzionale, si evidenziano sempre più frequentemente contrapposizioni e forme di conflittualità più o meno latente, di cui si ha traccia ad esempio nella cosiddetta

medicina difensiva (prescrizioni inappropriate a seguito di richieste pressanti da parte dei pazienti, ma anche peso economico delle coperture assicurative a difesa degli operatori sanitari), nello sviluppo della advocacy e delle forme di difesa organizzata degli utenti dei servizi, nella mobilità sanitaria verso altre regioni o verso l'estero, ma anche nel dibattito, a volte acceso, sulle iniquità di sistema e sulla sua sostenibilità sociale. In qualche caso occorre mettere in guardia rispetto ad alcune forme di eccesso insite nelle modificazioni intervenute nell'ambito delle aspettative sociali rispetto alla salute, migrate drasticamente nel corso degli ultimi decenni da una concezione riparativa e da un modello biomedico tradizionale ad una concezione promozionale ed un modello basato sull'empowerment dei pazienti e delle famiglie.

Certo è, sul lato opposto, che l'approccio istituzionale in sanità è spesso condizionato dai problemi di bilancio e dalle esigenze di spending review, cui fanno seguito tagli lineari e forme di razionamento occulto e di aumento della compartecipazione ai costi. Una ricomposizione di un quadro equilibrato di programmazione dei servizi sanitari e di valutazione corretta della loro qualità non può che passare per una revisione dei criteri e degli indicatori con i quali effettuare le misurazioni e le valutazioni. È quanto si sta cercando di fare attraverso strumenti più complessi di analisi, che comprendano oltre agli indicatori oggettivi classici, come la speranza di vita, lo stato di salute, la mortalità infantile e per patologie, anche altri indicatori oggettivi, quali le liste di attesa e le altre difficoltà di accesso ai servizi, la compartecipazione alla spesa, la presa in carico, gli stili di vita, il divide culturale, il coinvolgimento del volontariato, la trasparenza.

Ancora troppo poco si sta facendo, però, per la valorizzazione, anche all'interno del Bes e degli altri sistemi internazionali di valutazione, di criteri ed indicatori soggettivi, quali l'umanizzazione delle cure, la qualità del rapporto tra utenti e operatori, l'empowerment, la soddisfazione degli utenti, la fiducia e la qualità percepita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'OSPEDALE SANTA CATERINA NOVELLA DI GALATINA NELL'OCCHIO DEL CICLONE

Interventi alla luce del cellulare Il ministero invia gli ispettori

Lecce, l'Asl replica: "Le sale operatorie illuminate perfettamente"

RAPHAËL ZANOTTI
GALATINA (LECCE)

Tutto ruota intorno a una foto. E quella foto, scattata non si sa da chi e nemmeno quando, forse non inquadra nemmeno una sala operatoria del Santa Caterina Novella di Galatina, ospedale finito nell'occhio del ciclone e ora diventato emblema della sanità estrema, dove manca tutto, anche le lampade, tanto che i chirurghi sarebbero costretti a operare alla luce dello smartphone.

La foto

La foto è stata prima pubblicata dai giornali locali, poi la notizia ha scalato le cronache nazionali e ora c'è l'annuncio di un'interrogazione parlamentare mentre gli uffici del ministro **Beatrice Lorenzin** manderanno a ore gli ispettori per verificare. Eppure, all'ospedale di Galatina, sono i primi a essere sorpresi. Giuseppe De Maria, direttore medico dell'ospedale da 230 letti e 90 interventi al mese, è categorico: «Ma cosa pensano? Che qui siamo tutti da ospedale psichiatrico? Chi opererebbe in quelle condizioni? Ho chiamato chirurghi, infermieri, personale: nessuno ricorda un intervento di quel tipo, alla luce di uno smartphone. E guardando le foto, vogliamo approfondire: uno degli scatti riprende una lampada che non è del nostro ospedale».

Già, le lampade. È questo il tema. Al Santa Caterina Novella, effettivamente, da due anni una delle tre sale operatorie non ha una lampada scialitica fissa. Ma ne ha una mobile. «Regolarmente collegata con il gruppo continuo - spiega ancora De Maria - Così, anche in caso di blackout, l'intervento può andare avanti». Perché quella lampada manchi da due anni è uno dei misteri della burocrazia sanitaria: prima il blocco

degli acquisti, poi il passaggio a un nuovo sistema informatizzato. Insomma, quindicimila euro si potevano anche trovare. Ora la gara è stata bandita a luglio e la lampada dovrebbe arrivare. Ma è questo il tema centrale? O è la sicurezza per i pazienti?

I controlli

Il direttore generale Giovanni Gorgoni ieri ha voluto vederci chiaro e dopo un controllo, l'Asl di Lecce è uscito con un comunicato stampa: «L'illuminazione del campo operatorio delle tre sale risulta abbondantemente nella norma». La scialitica mobile, infatti, potenzialmente può erogare 105 mila lux quando la normativa in campo operatorio parla di luminosità compresa tra 10 e 100 mila. D'altra parte, che si possa operare alla luce di un cellulare non convince nemmeno l'Anaa, l'associazione dei medici dirigenti: «Dipende dall'intervento, ma non è una gran soluzione», dicono.

Finzione o realtà?

Dunque? Uno scherzo? Il tentativo di colpire l'ospedale? Una forma di protesta per denunciare la persistente assenza della scialitica fissa? «Interventi così non li ho mai visti - dichiara Salvatore Mastria, primario anestesista del Santa Caterina Novella - Non sono nemmeno sicuro sia una nostra sala. Sono amareggiato: in questo ospedale si fanno enormi sacrifici per dare una risposta sanitaria alta con personale ridotto all'osso. Il problema vero della sanità italiana non è la lampada scialitica mobile, è riuscire a mantenere standard qualificati con la carenza del personale. Di questo sarebbe meglio parlare». Intanto, sono in arrivo gli ispettori.

230

posti letto

E 90

interventi

al mese:

sono

i dati salienti

che

riguardano

l'ospedale

S. Caterina

Novella

di Galatina



CORRIERE DEL MEZZOGIORNO

Indagini

Ecco

la foto

da cui

è partita

l'indagine

ministeriale



La lampada è rotta da quattro anni Si opera con la torcia dei telefonini

Al Santa Caterina, nel Lecce. Il direttore: non ci è stata fornita quella nuova

GALATINA (LECCE) Chirurghi costretti a fare interventi con la luce della torcia del telefonino. Succede in Puglia, in una delle tre sale operatorie dell'ospedale Santa Caterina Novella di Galatina, comune tra i più popolosi della provincia di Lecce con i suoi quasi trentamila abitanti. La lampada scialitica, il dispositivo che serve a illuminare il campo operatorio è rotta da almeno quattro anni, e i medici devono utilizzarne una portatile non idonea, come dicono loro stessi, specie in caso di interventi chirurgici di una certa complessità.

Tant'è che per ottenere il cosiddetto «effetto scialitico» simile a quello prodotto da una lampada operatoria in perfetta efficienza, ossia la riduzione al minimo delle zone d'ombra, si è fatto ricorso alla luce dello smartphone, come testimoniano le foto scattate durante un intervento eseguito poco prima della scorsa estate.

E ancora oggi, malgrado ripetute segnalazioni da parte del personale ospedaliero, la scialitica principale non è stata sostituita, come ammette lo stesso direttore medico del Santa Caterina Novella, Giuseppe De Maria: «Io fatto di tutto per risolvere il problema, ma il corpo illuminante non è stato ancora fornito e ora la competenza è passata totalmente nelle mani del direttore amministrativo».

Il manager dell'Azienda sanitaria locale di Lecce, Giovanni Gorgoni, invece, ignora del tutto la problematica con cui hanno a che fare da quattro anni a questa parte i chirurghi dell'ospedale di Galatina: «Il direttore generale non può sa-

pere se le scialitiche degli ospedali funzionano o meno. In ogni caso, abbiamo avviato una verifica a tappeto dei gruppi operatori di tutti gli ospedali della provincia».

I controlli sono scattati nelle scorse settimane dopo che le organizzazioni sindacali hanno chiesto e ottenuto dai carabinieri dei Nas di passare al sequestro le sale operatorie dicendosi preoccupati per le condizioni di sicurezza in cui si svolgono gli interventi chirurgici nel Salento. Gorgoni spiega, a tal proposito, che «i primi risultati delle ispezioni evidenziano diverse modeste criticità, ma nello stesso tempo è risultato evidente come alcune sale abbiano problemi perché progettate male».

Intanto, nella sala operatoria dell'ospedale di Galatina priva di scialitica fissa, si continua ad operare. La media, secondo quanto reso noto dal personale medico, è di almeno una cinquantina di interventi al mese tra chirurgia generale, ginecologia, ortopedia, otorinolaringoiatria.

Le foto scattate nell'ambiente operatorio durante l'intervento in cui è stata usata la torcia di un telefonino sono inequivocabili. Un assistente regge l'apparecchio telefonico indirizzando il fascio luminoso sulle mani del chirurgo, illuminando dove opera.

Sul fatto che lo smartphone venga utilizzato per illuminare il campo operatorio non ci sono dubbi, come dimostra il simbolo della torcia elettrica che appare sul display del telefono.

Antonio Della Rocca

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La vicenda

● Da quattro anni in una delle tre sale operatorie dell'ospedale Santa Caterina Novella di Galatina (Lecce) non funziona la lampada scialitica

● La lampada scialitica è quella che illumina il campo operatorio e genera un fascio luminoso uniforme per evitare ombre

● Dopo una denuncia dei sindacati nelle scorse settimane c'è stata l'ispezione dei Nas



Spending review. L'ex commissario di governo: 10 miliardi è un obiettivo «credibile e raggiungibile ma si può fare di più»

Cottarelli: possibili tagli alla sanità per 3-5 miliardi

Tagli sotto esame



LE PARTECIPATE

Per il direttore esecutivo del Fmi si possono ricavare 2-3 miliardi dalle società pubbliche ma la strada della delega Pa «può richiedere tempi lunghi»

Marzio Bartoloni

RIMINI

■ L'obiettivo di dieci miliardi di euro per il prossimo anno messo in cantiere dalla spending review del Governo è «credibile e raggiungibile, ma si può fare di più». Dal meeting di Rimini di Comunione e liberazione dove è stato invitato per parlare delle prospettive dell'economia globale e dei paesi del mediterraneo Carlo Cottarelli, direttore esecutivo del Fmi e soprattutto ex commissario alla spesa fino a un anno fa, torna a sciorinare numeri e fronti ancora poco battuti dove le forbici dell'attuale Governo potrebbero ottenere quelle risorse in più «necessarie per tagliare le tasse», a cominciare da quelle sul lavoro. È il caso della Sanità dove sono possibili risparmi ulteriori, almeno «tra i tre ed i cinque miliardi di euro senza stravolgere il sistema e senza contare i risparmi sugli acquisti di beni e servizi del settore sanitario». O come nel terreno minato delle partecipate da cui si possono ottenere «2-3 miliardi». Un fronte quello delle migliaia di società a partecipazione pubblica su cui anche l'attuale Governo ha deciso di far calare la scure, ma solo intervenendo con una delega nella recente ri-

forma della pubblica amministrazione, uno strumento che Cottarelli non vede però positivamente perché «può richiedere tempo visto che è un intervento che deve essere attuato».

Per quanto riguarda il capitolo Sanità, uno dei cantieri aperti anche dal Governo Renzi, l'ex commissario alla spending review ha innanzitutto ricordato come l'Italia nel confronto internazionale sia tra i Paesi virtuosi visto che la nostra spesa sanitaria «è aumentata negli ultimi trenta anni, anche se meno di quanto non sia avvenuto in altri Stati come gli Usa o la Francia», tanto che il nostro servizio sanitario nel rapporto costo-servizi è «paragonabile alla Germania». Ma per il direttore esecutivo del Fondo monetario internazionale c'è ancora il margine per risparmi sostanziosi da fare soprattutto perché «l'efficienza è molto diversa tra le varie Regioni ed anche all'interno di ognuna di esse». Per questo una «cifra possibile senza stravolgere il livello dei servizi è tra i tre ed i cinque miliardi di ulteriori risparmi rispetto a quanto è stato fatto, risorse che nulla esclude possano essere reinvestite nella sanità per migliorare la qualità delle prestazioni». Risparmi, questi, da ottenere - sottolinea l'ex commissario - senza toccare gli acquisti nella Sanità (altro capitolo a parte del cantiere spending review), ma efficientando i servizi attraverso per esempio un'attuazione piena dei costi stan-

dard. Insomma per Cottarelli «ci sono margini importanti».

L'importante è procedere con un intervento mirato. Anche perché se si vogliono trovare le risorse per tagliare la tassazione «l'unica fonte può essere solo quella del taglio della spesa pubblica». In particolare su questo fronte Cottarelli indica come prioritaria l'estensione al prossimo anno delle detrazioni sui nuovi contratti: «Questo mi sembra il primo intervento da finanziare».

Ma un passaggio cruciale per l'ex commissario alla spesa passa anche attraverso l'attuazione della riforma della Pa appena approvata e che tocca aree importanti, «come la riforma della dirigenza della Pa o della presenza dello Stato sul territorio e delle forze di polizia. Ora è cruciale attuare presto queste riforme e in questo senso il ministro Madia durante una recente visita del Fmi in Italia ci ha assicurato che sarà fatto in pochi mesi».

Il direttore del Fondo monetario internazionale segnala poi l'urgenza di intervenire nella giustizia ancora «troppo lenta nonostante i progressi fatti negli ultimi 12-18 mesi, mentre sulla riforma del lavoro ricorda come a livello internazionale, compreso nel Fmi, sia stata giudicata «molto positivamente». Insomma per Cottarelli sono state fatte «diverse cose giuste, ma molte ancora devono essere fatte».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“Sanità, risparmi per altri 5 miliardi”

Cottarelli, ex Mister Spending Review: settore virtuoso ma si può intervenire ancora

Coletto, coordinatore degli assessori: così salta il servizio di assistenza universale

IL CASO

ROSARIA AMATO
ROMA. Per alcune Regioni e molti operatori del settore erano già inaccettabili i tagli da 2,3 miliardi previsti dal decreto enti locali all'inizio di agosto. Eppure adesso Carlo Cottarelli torna alla carica, suggerendo l'opportunità di interventi ben più ampi. «Risparmi ce ne sono da fare - ha detto in un intervento al Meeting di Rimini l'ex commissario straordinario alla spending review, attualmente direttore esecutivo del Fmi - anche perché c'è una diversa efficienza tra le varie Regioni d'Italia: si possono ottenere 3,4 o 5 miliardi di ulteriori risparmi oltre a quelli sull'acquisto di beni e servizi. I margini ci sono, l'importante è che ci siano interventi mirati». Il tutto, ha ricordato Cottarelli, nell'ambito di una spending review globale da 10 miliardi, ribadita dal suo successore, Yo-

ram Gutgeld, e che include anche risparmi da 2-3 miliardi sulle partecipate.

«Dicano che vogliono fare saltare la sanità su base universalistica e così finalmente sapremo la verità», replica stancamente Luca Coletto, assessore alla Salute del Veneto e coordinatore nazionale degli assessori alla Sanità. Il Veneto è la Regione che, insieme alla Lombardia e alla Liguria, si è opposta strenuamente anche ai tagli già approvati, all'inizio di luglio, dalla Conferenza Stato-Regioni, e tuttavia Coletto sottolinea come, anche in quella sede, non si parlasse di spending review in generale, ma di «razionalizzazioni finalizzate a che i risparmi rimangano nell'ambito della sanità». Il risultato è stato ben diverso, rileva l'assessore: «Sono assolutamente tagli lineari, non c'è alcun dubbio. Per esempio non è possibile che con la nuova manovra l'esame sul colesterolo si faccia ogni cinque anni. I risparmi si potrebbero ottenere invece andando a tagliare là dove non c'è ancora un'organizzazione moderna della sani-

tà, su chi non ha attivato le centrali di acquisto. Però se il problema è quello di trovare dieci miliardi per lo Stato, che tagliamo a livello ministeriale piuttosto, senza andare a toccare sanità e sociale».

Eppure le premesse di Cottarelli, nell'intervento al Meeting di Comunione e Liberazione, sembrano di segno opposto rispetto all'opportunità di ulteriori tagli: «Negli ultimi 20-30 la spesa sanitaria è aumentata meno che in Inghilterra, Francia e Stati Uniti. La nostra sanità incide per lo 0,8% del Pil, possiamo parlare di un sistema virtuoso, che ci avvicina alla Germania». Cottarelli ha inoltre auspicato che gli sgravi fiscali alle imprese vengano estesi anche per il prossimo anno: «Credo che sia importante continuare il lavoro sulla riduzione del costo del lavoro», ha precisato. Questo però senza intaccare l'obiettivo di dieci miliardi di euro messo in cantiere dal governo per la “spending review 2.0” del prossimo anno, obiettivo che il direttore del Fmi giudica «credibile e raggiungibile».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ECONOMISTA

Carlo Cottarelli è direttore esecutivo del Fondo monetario internazionale. Nel 2013 è stato nominato commissario alla revisione della spesa dal governo Letta. Ha lasciato l'incarico a ottobre dello scorso anno



Ecco i tagli da 10 miliardi

Piano di risparmi per cancellare la Tasi, le mosse del Governo sugli acquisti
La lezione di Cairo: risanare si può, vi spiego come ho fatto io

DI BLASIO, GOZZI e commento
di TURANI ■ Alle pagine 2 e 3

Un piano risparmi da 10 miliardi Ecco le mosse per tagliare le tasse

Dall'energia ai telefoni, appalti centralizzati. Fondo sanitario a rischio



**Marroni
(ad Consip)**

Ogni anno lo Stato spende 87 miliardi per beni e servizi, la metà può essere ridotta. Con gare uniche e prezzi standard si può risparmiare il 20%

Pino Di Blasio
■ ROMA

I MILIARDI ballano sul tavolo della *spending review*. Anche se ruotano attorno a un numero magico, dieci. È il totale dei miliardi di euro da risparmiare, un piatto sufficientemente ricco per supportare la richiesta all'Unione Europea di allargare i margini della borsa. Tra risparmi e spazi di manovra sui bilanci, il premier Matteo Renzi conta di avere quei 25 miliardi che gli servono per abbassare le tasse, cancellare la Tasi sulla prima casa, introdurre la *local tax* e togliere i contributi per le nuove assunzioni a tempo indeterminato. Assieme a Yoram Gutgeld, il «mister Mani di forbice» che ha preso il posto di Cottarelli, da un paio di mesi c'è un altro petalo del «giglio magico» che sta lavorando al piano risparmi: Luigi Marroni, ex assessore alla Sanità della Toscana e nuovo amministratore delegato del Consip, la centrale acquisti della pubblica amministrazione. Dei 10 miliardi che la squadra guidata da Gutgeld dovrà trovare entro dicembre, almeno due dovranno arrivare dal suo piano industriale. Marroni è abituato a riorganizzare per risparmiare. Nella Toscana governata da Enrico Rossi è stato tra i protagonisti della riforma sanitaria che prevede una sola centrale

acquisti e tre Asl invece di dodici.

ORA DOVRÀ affiancare la revisione della spesa targata Gutgeld. Che parte dallo spegnere molte luci nelle notti d'Italia (vedendo le foto dallo spazio, siamo il Paese più illuminato d'Europa), continua con l'accorpamento della guardia forestale alle altre forze dell'ordine, passa per il taglio delle aziende partecipate, puntando a ridurre le poltrone accorpando le municipalizzate, e potrebbe prevedere un'ulteriore sforbiciata al fondo sanitario nazionale. Cosa che terrorizza tutti i governatori delle Regioni.

Il piano Marroni è più semplice ed è già quasi pronto. «La pubblica amministrazione italiana – è il suo punto di partenza – spende ogni anno 87 miliardi per l'acquisto di beni e servizi. Più della metà sono ora aggredibili con politiche di revisione e con la centralizzazione degli acquisti. Dal gasolio all'energia elettrica, dalle bollette telefoniche al gas per il riscaldamento, dai buoni pasto agli acquisti della sanità, il Consip indice gare per circa 13 miliardi. E ha un'influenza, con i prezzi di riferimento per alcuni beni, su altri 40 miliardi spesi dalle amministrazioni pubbliche». Quindi, «se si potenziasse la nostra attività – continua Marroni –, si potrebbe risparmiare il 20%, riorganizzando le centrali d'acquisto e bandendo gare più appetibili anche per i fornitori. Tutelando così anche le piccole e medie imprese, spesso svantaggiate in caso di grandi appalti».

Di più Marroni non dice. Anche perché sta passando la fine dell'estate a limare il suo piano di risparmi. Tre settimane fa c'è stata la prima mossa ufficiale: rispetto alle 34 mila stazioni appaltanti della burocrazia italiana, si sono riunite sotto la regia di Gutgeld e del

Consip di Marroni, le 35 centrali d'acquisto che rappresenteranno la *task force* di questa *spending review*. Ogni Regione ne ha indicata una, lo stesso hanno fatto le città metropolitane e le due province autonome. Il tavolo dei 35 tornerà a riunirsi a settembre, per entrare nel concreto delle gare e dei risparmi.

C'È UN POTENZIALE di 9-10 miliardi di spesa da sfoitare, quel 20% riconosciuto da Istat e ministero del Tesoro al Consip come risparmio nei suoi acquisti. Solo per le bollette di elettricità, telefoni e gasolio, il piano Marroni prevede tagli da 400 milioni a 1,2 miliardi in uno o tre anni. Stessa cosa sui servizi sanitari. Per ecografi, siringhe, vaccini e apparecchiature varie, Regioni e Asl spendono 20 miliardi l'anno. Una decina sono aggredibili, cioè possono essere sfoitati. E se si applica la faticosa percentuale del 20%, ecco che si arriva ai 2 miliardi che il premier Renzi (e Gutgeld per lui) chiedono a Marroni di portare al tavolo. Da settembre a dicembre, le 35 centrali d'acquisto lavoreranno a un foglio *excel* che preveda gare e affidamenti a prezzo ridotto. Solo tagliando la spesa di una burocrazia cronicamente con le mani bucate, l'Italia può presentarsi a Bruxelles chiedendo più flessibilità per tagliare le tasse.

