



# **RASSEGNA STAMPA**

**25/11/10**

**Dire****DOLORE CRONICO, NE SOFFRONO 6 CASALINGHE SU 10  
LA PATOLOGIA È PIÙ FREQUENTE IN LAZIO, CAMPANIA E LOMBARDIA**

La sofferenza cronica è donna e casalinga. A rivelarlo sono i dati emersi da una recente indagine condotta da DonnEuropee FederCasalinghe, la principale associazione che rappresenta in Italia chi svolge a tempo pieno o part-time il lavoro familiare, e il Centro studi Mundipharma, da tempo impegnato a divulgare una corretta cultura contro la "malattia dolore". I risultati della ricerca confermano che il sesso femminile è bersaglio "privilegiato" della sofferenza fisica inutile. Secondo stime recenti, infatti, un terzo delle casalinghe europee sarebbe colpito da dolore cronico. A fronte di un simile scenario, la survey si è posta l'obiettivo di sondare quale fosse nello specifico la situazione nel nostro Paese, mediante la somministrazione di un questionario a 684 casalinghe italiane, residenti in 12 Regioni campione: Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto. Il 65,2% delle donne intervistate ha dichiarato di soffrire di dolore cronico dovuto, nel 74,4% dei casi, ad una patologia di origine non neoplastica. Artrosi, osteoporosi, artrite reumatoide rappresentano oltre il 61% delle cause di dolore non oncologico, mentre tumore al seno, alla tiroide e all'ovaio costituiscono il 59,6% dei casi di dolore da cancro. L'aspetto importante da sottolineare è che il dolore provato, d'intensità media pari a 5,6 su una scala numerica da 0 a 10, risulta essere una presenza costante per le casalinghe coinvolte nell'indagine: in oltre il 64,6% dei casi, si protrae da più di un anno e, per l'86% del campione, grava significativamente sulla qualità di vita. In particolare, limita le attività giornaliere (63,3%), il riposo notturno (43,3%), le faccende domestiche (33,2%) e le relazioni con familiari e amici (22,7%), rendendo necessario un supporto esterno per svolgere le attività domestiche, o almeno le più faticose, nel 56,3% dei casi. La ragione di questa sofferenza, secondo quanto emerso dall'indagine, è da ricercare nelle terapie antalgiche assunte, spesso non adeguate: nell'88,1% dei casi, infatti, vengono impiegati Fans. Di conseguenza, il 49% delle pazienti giudica le cure poco o per nulla inefficaci. Sono gli specialisti che, nel 54,1% dei casi, prescrivono la terapia, ma non si tratta di specialisti del dolore, consultati solo nel 16,7% dei casi, bensì specialisti della malattia 'primaria', medici molto probabilmente poco formati per la cura del dolore.

Analizzando, invece, il dato per regione, si evidenzia come il dolore cronico sia più frequente in Lazio, Campania e Lombardia, rispettivamente con il 74,8%, il 74,5% e il 72,1% di donne sofferenti, mentre il Friuli Venezia Giulia risulta la regione dove la patologia è significativamente meno presente (31,9%), seguita a considerevole distanza dalle Marche (50%). La Campania veste la maglia nera anche per l'intensità di dolore provato dalle casalinghe intervistate (Nrs 6,9), staccando di ben 1,1 punti la Sicilia, seconda classificata. "Sarà compito dell'Associazione che presiede - ha dichiarato l'onorevole Federica Rossi Gasparrini, presidente nazionale DonnEuropee FederCasalinghe - approfondire ulteriormente questo tema rilevante, anche attraverso verifiche territoriali al fine di far emergere l'ampiezza del fenomeno e sconfiggere questa sofferenza così sottovalutata". Marco Filippini del Centro Studi Mundipharma ha spiegato: "Di fronte a recenti studi che evidenziavano come un terzo delle casalinghe europee fosse colpito dal dolore cronico, era importante capire quale fosse realmente la condizione delle nostre connazionali, per promuovere una maggior sensibilizzazione sul problema".

**Ansa****SANITA': RETE 200 OSPEDALI CONTRO ERRORI IN SALA OPERATORIA**

Duecento strutture sanitarie italiane, tra ospedali, policlinici e ambulatori hanno adottato un Manuale per la sicurezza in sala operatoria o una check list di buone prassi per ridurre gli errori e gli eventi avversi. E' quanto emerge dal Forum Risk Management in Sanità in corso ad Arezzo dove sono stati presentati i risultati del progetto promosso dal Ministero della Salute. "Il manuale e la check list sono stati elaborati dal Ministero basandosi sulle linee guida dell'Oms per la sicurezza in sala operatoria - ha affermato Alessandro Gherardini, del dipartimento della qualità del Ministero della Salute - alle quali ha aggiunto ulteriori raccomandazioni. Il progetto ha ricevuto un'adesione molto alta: il 90,6% ha dichiarato di aver adottato il Manuale e l'87,4% ha detto di aver adottato una check list. In particolare, questo strumento è stato adottato dal 67,11% delle unità operative chirurgiche".

"Il Manuale contiene indicazioni semplici, come contare le garze e le pinze perché per ridurre gli eventi avversi - ha proseguito - è necessaria una alfabetizzazione".

È un processo, secondo Gherardini, ormai avviato in Italia, dal momento che "anche le lobby più chiuse stanno cominciando a capire che bisogna dare un segnale diverso. Occorre ricreare un clima di fiducia e la check list è uno strumento che serve a tranquillizzare i cittadini".

L'ulteriore passo, secondo Paolo Cantaro, direttore generale Asp di Caltanissetta e coordinatore del progetto, è quello di migliorare la comunicazione con i cittadini, prevedendo, per esempio, modalità che facciano sapere quali sono gli ospedali che adottano le check list.

**La Nuova Venezia**

## Parla il primario di anestesista

### **Toffoletto: «E' stato un bel lavoro in equipe»**

Durante una qualsiasi operazione chirurgia l'anestesista è una figura essenziale. Figuriamoci se sdraiato sul letto nella sala c'è un uomo di 102 anni che sta per essere operato alla cataratta e non può permettersi di correre alcun rischio. Il dottor Fabio Toffoletto è primario di anestesia all'ospedale di San Donà e quando ha partecipato all'equipe che ha operato il 102enne di cataratta ha curato ogni particolare con un'esperienza che ha maturato in anni e anni di interventi chirurgici. «La collaborazione con il chirurgo è essenziale durante un intervento- spiega il 51enne anestesista che arriva dall'ospedale di Padova- praticamente devono diventare una persona sola e quindi non semplicemente collaborare. E' una qualcosa che va oltre. A maggior ragione quando il paziente ha 102 anni e non si può davvero commettere neanche il minimo errore. In questo caso- conclude- il rischio è elevatissimo e l'intera operazione deve essere pianificata dall'inizio alla fine all'interno di un'equipe e una struttura che sono di livello molto alto».

## Il Resto del Carlino Fermo

### **«Mio padre deve la vita a un miracolo dei medici»**

**CERTE VOLTE a fare la differenza tra la vita e la morte è un attimo, un incontro, un gesto.** E' andata così per Armando Del Prete, 72 anni, di Petritoli. La notte del 31 ottobre si è sentito male, un dolore fortissimo e poi il nulla. L'ambulanza l'ha portato al pronto soccorso del Murri di Fermo, dove i medici gli hanno diagnosticato la rottura di un aneurisma dell'aorta addominale: quasi una condanna a morte. **Mentre l'uomo stava ormai scivolando nel coma, gli anestesisti del Murri hanno preso in mano la situazione intervenendo con decisione e competenza.** Intanto partiva l'allarme per Ancona, dove c'è la chirurgia vascolare. **Il paziente a quel punto non era trasportabile, di tempo per intervenire ce n'era pochissimo.** Nel giro di mezz'ora è arrivato da Ancona il chirurgo vascolare Luciano Carbonari, un luminaire nel suo campo, che ha trovato Armando già pronto all'intervento, grazie ai chirurghi del Murri. Di nuovo in rianimazione, una settimana di ricovero in chirurgia e Armando, che pareva ormai spacciato, è tornato a casa e sta benissimo. Una felicità immensa per i familiari. A raccontare la storia è la figlia che vuole ringraziare, uno per uno, medici e infermieri per l'umanità e la competenza: «Scherzando, mio padre veniva chiamato il miracolato. Ed è stato davvero un miracolo, visto quel che gli è successo. Lui non ricorda nulla, né del malore né del resto. Noi invece non dimenticheremo mai gli infermieri del pronto soccorso col dottor Flavio Postacchini, gli anestesisti Gigliola Guardiani e Alberto Giommarini con gli infermieri, il chirurgo Carbonari che è arrivato a Fermo nonostante avesse altre due urgenze ad Ancona, i chirurghi fermani Bernetti, Mancini e Grani, con gli infermieri che si sono presi cura di mio padre durante il ricovero. Davvero una pagina bella di sanità e conserveremo sempre un debito di riconoscenza verso questi professionisti bravi e pieni di umanità».

## La Nazione

### **Le spese legali e assicurative pesano per l'1% del Pil**

SI TORNERÀ a parlare di checklist, lo strumento predisposto dall'Oms e introdotta negli ospedali italiani dal Ministero della Salute attraverso l'adozione di un manuale, un insieme di direttive e linee guida che, nei Paesi in cui è stato sperimentato, ha portato il numero dei decessi dall'1,5% allo 0,8% e ha abbattuto il numero di complicazioni post-operatorie: il tasso medio è passato dall'11% al 7%, secondo i dati riportati dalla rivista New England Journal of Medicine. Come ha ricordato il ministro Fazio, oltre il 70% delle strutture sanitarie coinvolte nello studio sull'applicazione del manuale hanno risposto al questionario e il 90% ha applicato la checklist prima, durante e dopo gli interventi chirurgici. **In pratica, 6 Asl su 10, in Italia, si sono dotate di checklist.** Per comprendere l'importanza di questo strumento, che riduce il tasso di mortalità in sala operatoria, basti un dato: **l'errore clinico costa 10 miliardi l'anno.** Il fenomeno è diffuso in tutto il mondo, si è calcolato, ad esempio, che in Usa e Australia 770 mila pazienti siano vittime di errori medici, nel Regno Unito il calcolo, in termini percentuali, è pari al 10,8%, in Olanda e Nuova Zelanda la percentuale sale al 12-15. Questo il quadro esposto ieri da Giovanni Luca Daino. **Sulla situazione italiana, l'Associazione degli anestesisti e rianimatori ospedalieri fa sapere che ci sono circa 14 mila morti per anno dovute ad errori medici o a problemi organizzativi,** invece la Assinform (Associazione Italiana per l'Information Technology) calcola in numero dei decessi in 50 mila, dei quali il 50% evitabili. Tradotto in termini economici: tra spese legali e assicurative finalizzate alla mitigazione del danno, danno di immagine e costi nascosti, derivanti dalla considerazione che una cattiva organizzazione produce una bassa produttività e considerevoli sprechi, l'errore medico costa quanto l'1% del Pil. Dory d'Anzeo

## Gazzetta del Sud

### **Rianimazione, primari preoccupati per reparti carenti**

**Sono preoccupati i medici rianimatori delle tre Aziende ospedaliere calabresi per le attuali condizioni dei reparti, carenti di personale e posti letto. Terminale di ogni patologia seria, la rianimazione è un settore**

nevralgico e se non vengono garantite alcune condizioni essenziali (numero adeguato di sanitari e letti a sufficienza) c'è il rischio, secondo i rianimatori, che i ricoverati vi contraggano infezioni.

Ieri i tre primari delle Aziende ospedaliere di Catanzaro (Verre), Reggio (Doldo) e Cosenza (Di Terlizzi) sono stati ricevuti dal direttore generale del dipartimento Salute della Regione, Antonino Orlando, e dal vicario Gianluigi Scaffidi negli uffici di via Buccarelli. I rianimatori hanno ribadito ai vertici dell'assessorato il grido d'allarme già lanciato nei giorni scorsi con una nota dove si evidenziavano le carenze di quei reparti salvavita. A loro parere la rete ospedaliera disegnata dal Piano di rientro prevede per le rianimazioni un numero di posti letto in percentuale inferiore alla media nazionale. Orlando e Scaffidi hanno preso atto dei problemi sollevati dai rianimatori, che hanno chiesto peraltro di essere inseriti nei tavoli di progettazione per il riassetto della sanità calabrese. Oggi intanto proseguirà un importante confronto iniziato ieri sempre nella sede di via Buccarelli, presieduto dai sub commissari delegati all'attuazione del piano di rientro dal deficit, Giuseppe Navarra e Luciano Pezzi, presenti anche i funzionari dell'advisor Kpmg applicati alla Regione Calabria.

Nato come riunione di coordinamento tra l'Ufficio del commissario di Protezione civile per la realizzazione dei quattro nuovi ospedali e l'Ufficio del commissario per il piano di rientro, entrambi facenti capo al governatore Scopelliti, il vertice ha affrontato alcune questioni da chiudere in vista di un imminente incontro romano finalizzato a sbloccare risorse (anche Fas) per la sanità calabrese. Che ha assoluto bisogno di liquidità per fronteggiare le spese.

Ora che il deficit sanitario della Calabria è stato più o meno computato, la Regione può presentarsi ai tavoli romani con maggiori chance di ottenere lo sblocco delle anticipazioni e creare liquidità. Alla riunione ha partecipato anche il prefetto Silvana Riccio soggetto attuatore del nuovo ospedale di Vibo. È emerso che nel Piano di rientro sono previsti per l'ospedale vibonese meno posti letto rispetto ai 300 di cui sarà dotato il nuovo nosocomio secondo il progetto adottato. Per ovviare alla discrepanza bisognerà rivedere la distribuzione dei posti letto e controbilanciare in qualche modo l'incremento vibonese.

Insomma il Piano di rientro inevitabilmente subirà dei ritocchi e si lavora freneticamente per risolvere il puzzle. Oggi un ulteriore confronto per far quadrare il cerchio. Intanto non cessa il pressing per contrastare il decreto del Commissario sulla riduzione dei punti nascita che prevede la disattivazione di cinque reparti di maternità, pena la decadenza dei commissari dalle cariche nelle rispettive Asp se entro il 10 dicembre non avranno dato seguito al decreto.