



Obesità: i bambini imitano le cattive abitudini dei genitori



I bambini obesi imitano i genitori nelle abitudini alimentari e nel comportamento a tavola.

Secondo un nuovo studio della Washington State University, pubblicato sulla rivista *Appetite*, le abitudini alimentari della madre e il suo comportamento generale a tavola sono dei fattori che possono incidere sul peso del bambino.

I ricercatori hanno coinvolto 222 bambini in età prescolare appartenenti a famiglie afro-americane a basso reddito, scoprendo che il problema non era la scarsità di cibo, ma l'abbondanza eccessiva. Gli esperti avrebbero rilevato che nella maggior parte dei casi i bambini imitano il comportamento alimentare dei loro genitori in particolare le madri che mangiano in risposta alle loro emozioni trasmettono al bambino un forte desiderio di mangiare.

L'UNIONE SARDA

Una donna di Ussana nel 2005 venne sottoposta a un intervento di by pass gastrico

Morì sotto i ferri, paga la Asl

Condannati tre medici: quasi cinquecentomila euro di danni

Dovranno pagare poco meno di mezzo milione di euro: è la condanna inflitta dal Tribunale civile alla Asl 8 e a tre medici che eseguirono un intervento su una donna che morì poco più di un'ora dopo. In sede penale la vicenda si era conclusa con l'archiviazione del procedimento, perché non era stata dimostrata una effettiva responsabilità dei medici. La vicenda risale al 7 dicembre del 2005. Laura Desortes, una donna di Ussana di 57 anni, afflitta da una forma di obesità, 120 chili per 145 centimetri di altezza, aveva deciso di dimagrire e di sottoporsi a un intervento di by pass gastrico, che venne eseguito dai medici dell'ospedale Marino. Seguirono un'emorragia «non

tempestivamente diagnosticata», secondo la sentenza, e l'arresto cardiocircolatorio. Il Tribunale ha condannato al pagamento di 468.774 euro la Asl 8, il chirurgo Roberto Moroni, e le anestesiste Enrica Falconi e Susanna Collu. Secondo il giudice Maria Grazia Cabitza, i tre sanitari sono colpevoli per non aver svolto «l'attività professionale secondo i canoni di diligenza e di perizia scientifica». Finalmente «si riconosce che nostra madre è morta per un errore dei medici», spiega Valeria Baldinu, che insiememente alle sorelle Caterina e Romana, si è battuta con l'avvocato Michele Schirò «per restituirle dignità e giustizia».

A uccidere Laura Desortes sa-

rebbe stato un infarto provocato da un'emorragia. «Tutti i sanitari», scrive il giudice, «hanno sottovalutato l'ipotensione arteriosa e non hanno effettuato con tempestività quegli esami di laboratorio, l'emocromo, che avrebbero evidenziato la progressiva anemia in atto». La figlia Valeria è certa: «Se avessero fatto una trasfusione, mamma sarebbe ancora viva». Secondo i medici, assistiti dai legali Paola Trudu, Alessandra Sedda, Francesco Bolasco e Giovanni Contu, la morte è da ricondurre a «una fatalità collegata alle condizioni di rischio elevate, di natura cardiologica, respiratoria e chirurgica, determinate dall'obesità della paziente».

Mauro Madeddu



Si prende peso col passare degli anni, ma oggi la dieta è trendy

Roma, 12 febbraio 2013 - «**La sanità del futuro è compatibile con l'universalità delle cure solo a patto di un radicale recupero di efficienza in un contesto di immutata efficacia**» ne è convinto il professor Walter Ricciardi, Direttore del Dipartimento Sanità Pubblica, Policlinico Universitario Agostino Gemelli, tra gli autori intervenuti alla presentazione dei dati del **Country Report Italia 2013, il documento di studio e analisi dello stato di salute degli italiani, condotto dall'Associazione di iniziativa Parlamentare e legislativa per la Salute e la Prevenzione**, presieduta dal Senatore Antonio Tomassini, in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, diretta dallo stesso professor Ricciardi.

Si confermano caratteristiche del nostro paese, la forte tendenza all'invecchiamento e, al contempo, livelli di fecondità totali tra i più contenuti tra i paesi europei. A livello nazionale, si registra la presenza di una persona di 65 anni ed oltre, ogni cinque residenti e poco più di una persona over 75 ogni dieci. Nel 2009, il Tasso di fecondità totale (Tft) presenta un valore inferiore al livello di sostituzione (circa 2,1 figli per donna). Il Tft è passato da 1,42 del 2008 a 1,41 del 2009 e le prime stime rispetto al 2010 sembrano confermare questo trend negativo.

La popolazione risulta ancora caratterizzata da comportamenti fortemente a rischio che necessitano di interventi correttivi: analizzati tabagismo, alcol, eccesso ponderale, alimentazione e attività fisica. Nel 2010, la quota di fumatori tra la popolazione di 14 anni ed oltre è pari a 22,8%. **Lenta, ma in costante crescita, nel periodo 2001-2010, è la prevalenza di persone che hanno smesso di fumare (20,2% vs 23,4%)** .

Alcol: la prevalenza di consumatori a rischio negli adulti (19-64 anni) presenta un notevole svantaggio maschile (20,5% vs 5,3%) ed i consumi maggiori si registrano soprattutto nelle regioni settentrionali.

Eccesso ponderale: si conferma un aumento progressivo negli anni (anni 2001-2010) di persone in sovrappeso 33,9% vs 35,6%; obesità 8,5% vs 10,3%. In generale, la quota di popolazione in condizione di sovrappeso o di obesità cresce con l'aumentare dell'età per poi diminuire lievemente negli anziani e risulta più diffusa tra gli uomini.

Tra le malattie croniche, il diabete resta una delle principali cause di morbidità e mortalità nel nostro Paese e può essere ritenuto a tutti gli effetti una malattia sociale: secondo i dati dell'Annuario Statistico Italiano (edizione 2010) dell'Istituto Nazionale di Statistica, ne soffre il 4,9% degli italiani, pari a circa 2 milioni 960 mila persone.

Sul fronte delle patologie cardio e cerebrovascolari, circa il 90% degli eventi ha cause ambientali note, eliminabili e modificabili semplicemente attraverso l'assunzione di corretti stili di vita. Allarmante il dato secondo cui, nel nostro Paese circa un terzo dei pazienti con infarto non viene trattato con terapia ripercussiva perché giunge troppo tardi in ospedale. Situazione ancora più drammatica per i pazienti affetti da ictus.

I dati confermano i tumori quale seconda causa di morte dopo le malattie cardiocircolatorie, ma migliorano le percentuali di guarigione: il 61% delle donne ed il 52% degli uomini. **Una sopravvivenza particolarmente elevata si registra per i tumori più frequenti come quello alla mammella (87%) ed alla prostata (88%).** Tale dato risulta favorito da una più alta adesione alle campagne di screening che consentono di individuare la malattia in uno stadio iniziale, oltre che alla maggiore efficacia delle terapie.

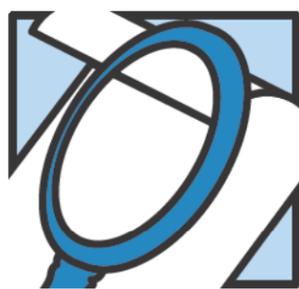
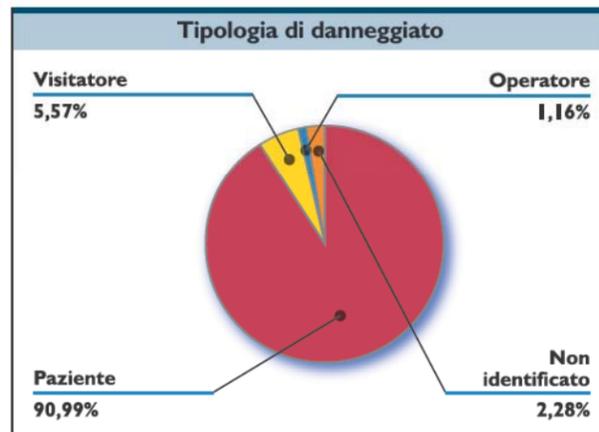
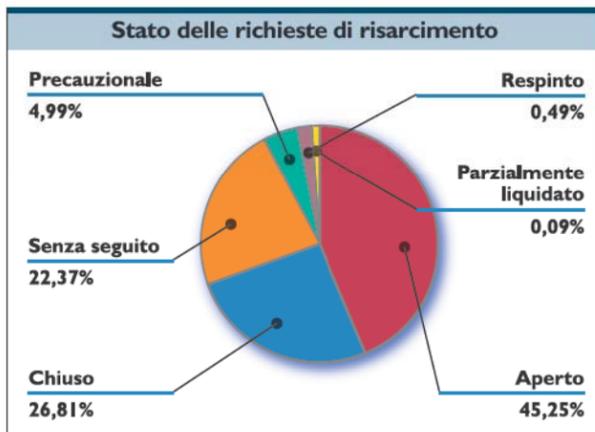
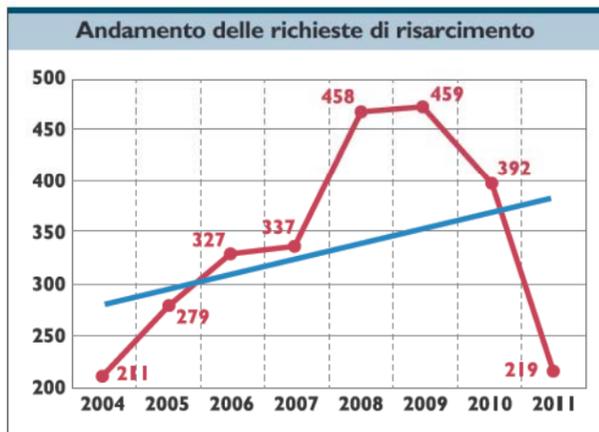
Sanità

24 ORE

Sanità

12 SPECIALE

12-18 febbraio 2013



RAPPORTO MARSH/ I costi assicurativi delle cliniche: 52 accreditati e non sotto la lente

Malpractice in calo nel privato

Richieste di risarcimento in flessione nel 2010 e 2011 - Ortopedia prima voce

La seconda edizione del report di Marsh sulla MedMal nell'ospedalità privata si basa su un campione di strutture private accreditate e non. Le strutture hanno varie dimensioni e spesso fanno parte di gruppi o holding della Sanità privata. In molti casi non è presente il pronto soccorso e in alcune situazioni il personale medico dipendente è in quota minoritaria. In questa seconda edizione non è stato possibile effettuare dei cluster che sono allo studio.

Il campione con cui è stato costruito il report è formato da 26 gruppi/holding della Sanità privata che complessivamente contengono 52 singole strutture: alcune paragonabili a un ospedale pubblico, altre sono piccole cliniche, altre ancora sono di medie dimensioni. I vari gruppi sono distribuiti per presenza geografica: al Nord 38,46 per cento, al Centro 30,76 per cento e al Sud 30,76 per cento.

Lo studio prende in considerazione l'andamento delle richieste di risar-

Il campione e i dati stratificati per area

La seconda edizione del report Marsh sulla medical malpractice nell'ospedalità privata include un campione sperimentale di strutture private accreditate e non. Spesso le singole strutture analizzate fanno parte di gruppi o holding della Sanità privata. In molti casi non è presente il pronto soccorso e in alcune situazioni il personale medico dipendente è in quota minoritaria. In questa seconda edizione non è stato possibile effettuare dei cluster, ancora in fase di studio. Il campione con cui è stato costruito il report è

formato da 26 gruppi/holding della Sanità privata che complessivamente contengono 52 singole strutture di varie dimensioni: alcune sono paragonabili a un ospedale pubblico, altre sono piccole cliniche, altre ancora sono di medie dimensioni.

I vari gruppi sono distribuiti per presenza geografica: 38,46% al Nord, 30,76% al Centro e 30,76% al Sud.

Le richieste di risarcimento danni complessive geograficamente sono così distribuite: 52,73% al Nord, 33,81% al Centro e 13,45% al Sud.

mento danni dal 1994 in poi. Il dato diventa significativo e interessante a partire dal 2004-2005 circa.

Complessivamente sono state raccolte 3.286 richieste di risarcimento danni. Per quanto riguarda il contenzioso nella Sanità privata si osservano un aumen-

to del numero delle richieste fino al 2009 e una flessione negli anni 2010 e 2011.

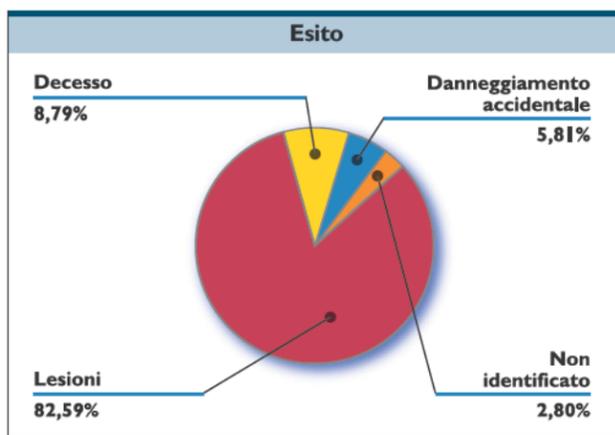
Le richieste di risarcimento danni complessive geograficamente sono così distribuite: 52,73% al Nord, 33,81% al Centro e 13,45% al Sud.

Se analizziamo il dato medio per singola struttura sanitaria il Nord equivale al 66,34%, il Centro al 12,51% e il Sud al 21,15 per cento.

La tipologia delle richieste di risarcimento danni è principalmente stragiudiziarie (65,09%), il 22,34% è riferito a

un procedimento giudiziario civile e il 4,41% a un procedimento penale. Il restante 7% circa è indeterminato per questa tipologia di informazione.

Rispetto ai procedimenti giudiziari, sia quelli civili che penali prevalgono al Nord (rispettivamente 49% e 62%



Il campionario degli eventi specialità per specialità

Osservando le specialità cliniche che hanno avuto il maggior numero di richieste di risarcimento e prendendo in considerazione le diverse tipologie di eventi, si evidenzia che per l'ortopedia sono stati denunciati principalmente errori chirurgici, errori terapeutici ed errori diagnostici. Va considerato che, inoltre, molti errori diagnostici su fratture o traumi reclamati in pronto soccorso sono spesso relativi a problematiche di ortopedia.

Per l'odontoiatria sono stati denunciati maggiormente errori chirurgici ed errori terapeutici.

In chirurgia generale si evidenziano errori chirurgici, infezioni ed errori diagnostici.

Per quanto attiene all'ostetricia e ginecologia la principale fonte di risar-

cimento sono gli errori derivanti da problemi in parti o cesarei, gli errori chirurgici, gli errori diagnostici e in alcuni casi gli errori da procedura invasiva.

In pronto soccorso predominano gli errori diagnostici seguiti dagli errori terapeutici.

Infine per quanto attiene alle problematiche legate alla struttura e alle parti comuni si evidenziano cadute accidentali di pazienti e/o visitatori, danneggiamenti a cose, furti o smarrimenti e infortuni.

Le specialità in cui è stato presentato il maggior numero di richieste di risarcimento dovuto a decessi sono il pronto soccorso (8,3%), la chirurgia generale (7,9%), la cardiocirurgia (7,9%), i servizi intensivi (6,5%) e l'ostetricia e ginecologia (5,9%).

La tipologia delle richieste danni

Nel secondo report Marsh sulla Sanità privata emerge che il 90,99% delle richieste danni riguarda pazienti, il 5,57% visitatori e l'1,16% operatori.

A guidare la classifica per tipologia di rischi è ovviamente il rischio clinico, con l'81,62 per cento.

Seguono i rischi relativi alla struttura (eventi in aree comuni, parcheggi, scale ecc.) 8,67%, i danni alla proprietà (oggetti personali, protesi ecc.) 5,84% e i rischi professionali 1,07 per cento.

L'analisi delle conseguenze derivanti dall'evento che ha generato la richiesta di risarcimento vede al primo posto le lesioni (82,59%) seguite da decessi 8,79% e danni alle proprietà 5,81 per cento.

Le principali tipologie di errori reclamati sono errori chirurgici (36,91%), errori terapeutici (10,38%), errori diagnostici (10,16%), cadute di pazienti e visitatori (8,58%), le infezioni (5,05%), gli errori da procedura invasiva (3,8%), gli errori da parto (2,6%) e gli errori anestesiolgici (2,6%).

Le specialità cliniche maggiormente interessate sono: ortopedia (13,54%), struttura e parti comuni (11,99%), chirurgia generale (7,97%), ostetricia e ginecologia (4,78%), pronto soccorso (4,53%), cardiocirurgia (4,47%), odontoiatria (4,38%) e oculistica e oftalmologia (3,9%). Rispetto all'ospedalità pubblica si nota un minore impatto del pronto soccorso perché molte strutture non offrono questo servizio, ma si inseriscono specialità come l'odontoiatria, la cardiocirurgia e in taluni casi la chirurgia plastica.

Quasi la metà delle richieste di risarcimento danni (49,98%) è denunciata entro l'anno dalla data di accadimento dell'evento; più della metà entro il secondo anno.

Circa il 27% delle richieste danni analizzate risultano chiuse, mentre resta aperto circa il 45% di pratiche; un ulteriore 22% circa risulta senza seguito. Le pratiche che vengono denunciate spontaneamente dalle singole aziende a scopo precauzionale sono circa il 5 per cento.





del totale), seguito dal Centro e dal Sud. In tutte e tre le macro-aree geografiche comunque predomina il procedimento stragiudiziario.

Come osservato nel primo report, anche in questa edizione la maggior parte delle richieste danni riguarda pazienti (90,99%). Il 5,57% delle richieste riguarda invece visitatori e l'1,16% operatori.

A guidare la classifica per tipologia di rischi è ovviamente il rischio clinico con l'81,62 per cento. Seguono i rischi relativi alla struttura (eventi in aree comuni, parcheggi, scale ecc., esclusi danni alla persona e alla proprietà) con l'8,67%, i danni alla proprietà (oggetti personali, protesi ecc.) con il 5,84% e i rischi professionali con l'1,07 per cento.

L'analisi delle conseguenze seguite all'evento che ha determinato la richiesta di risarcimento vede al primo posto le lesioni (82,59%) seguite da decessi (8,79%) e danni alle proprietà (5,81 per cento).

Le principali tipologie di errori recla-

mati sono errori chirurgici (36,91%), errori terapeutici (10,38%), errori diagnostici (10,16%), cadute di pazienti e visitatori (8,52%), le infezioni (5,05%), gli errori da procedura invasiva (3,8%), gli errori da parto/cesareo (2,65%) e gli errori anestesiolgici (2,65%).

Le specialità cliniche maggiormente interessate sono: Ortopedia (13,54%), Struttura e parti comuni (11,99%), Chirurgia generale (7,97%), Ostetricia e ginecologia (4,78%), Dea/Pronto soccorso (4,53%), Cardiocirurgia (4,47%), Odontoiatria (4,38%), Oculistica e Oftalmologia (3,90%). Rispetto all'ospedalità pubblica si nota un minore impatto del pronto soccorso perché molte strutture non offrono questo servizio ma si inseriscono specialità come l'odontoiatria, la cardiocirurgia e in taluni casi la chirurgia plastica.

La quasi metà delle richieste di risarcimento danni (49,98%) è denunciata entro 1 anno dalla data di accadimento dell'evento; più della metà entro il secondo anno.

Lo stesso trend è osservabile per le tre tipologie di errore più frequenti (errore chirurgico 57% entro il secondo anno, errore terapeutico 58% ed errore diagnostico 60%).

Per quanto riguarda le principali specialità, le richieste di risarcimento danni vengono presentate entro due o al massimo tre anni a eccezione dell'ostetricia e ginecologia che presenta una consistente percentuale di richieste di risarcimento anche al quinto anno dall'accadimento.

Circa il 27% delle richieste danni analizzate risulta chiuso, mentre resta aperto circa il 45% di pratiche; un ulteriore 22% circa risulta senza seguito. Le pratiche che vengono denunciate spontaneamente dalle singole aziende a scopo precauzionale sono circa il 5 per cento.

Emanuele Patrini
Healthcare practice leader -
Risk consulting - Marsh Spa

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INTERVENTO

La ricetta: un'adeguata formazione anti-rischi

Legge Balduzzi inefficace - Specialità a rischio diserzione

Recentemente ginecologi e ostetriche hanno annunciato il primo sciopero nazionale delle sale parto: una decisione senza precedenti che con ogni probabilità renderà il 12 febbraio uno dei giorni con il minor numero di nascite. Credo di interpretare correttamente asserendo che la decisione dei colleghi dei reparti di ginecologia sia stata presa per dare voce alle gravi problematiche che si trova oggi di fronte la professione medica e più in generale il settore sanitario. Ciò che i colleghi portano in evidenza è che la professione sanitaria è sicuramente più impegnativa per alcune specializzazioni, e in particolare quelle che formano la cosiddetta "area critica": pronto soccorso, chirurgia, anestesia e rianimazione, ortopedia, ginecologia e ostetricia.

È infatti in questi reparti che si raccoglie la maggior parte dei contenziosi medico-legali con la conseguente maggiore tensione psicologica dei professionisti che tendono, di necessità, alla medicina difensiva con il doppio scopo di tutelarsi e di non perdere quella copertura assicurativa che è oggi difficilissima da ottenere e mantenere.

Secondo un recente studio, in Italia, per colpa della medicina difensiva si sprecano ogni anno circa 12 miliardi per esami e interventi inutili effettuati solo per "auto protezione" da parte dei sanitari, in vista di possibili contenziosi futuri con i pazienti e i loro avvocati. Cifre queste che oggi lo Stato non può certo permettersi, tanto più alla luce della spending review e delle manovre finanziarie degli ultimi anni che stanno mettendo in ginocchio l'assistenza sanitaria. Inoltre, il recente intervento del ministro Balduzzi manca di trovare una soluzione al grave nodo delle polizze assicurative per il mondo sanitario - strutture ospedaliere e medici - che oggi hanno costi proibitivi, in particolare per i giovani medici che si affacciano alla professione.

Il timore è che in futuro in Italia alcune specializzazioni mediche saranno disertate; parlando nello specifico della mia esperienza di chirurgo, sono sempre meno i giovani medici che si iscrivono alle scuole di specializzazione in chirurgia. Purtroppo l'aspetto umano della pratica chirurgica rischia di essere travolto dalla preoccupazione del sempre possibile risvolto medico-legale dell'atto operatorio: se il paziente tende a vedere il chirurgo come una possibile causa di errori e di danni, il chirurgo vede il paziente come un potenziale nemico, diffidente e prevenuto, sempre pronto alla denuncia e alla richiesta di risarci-

mento. La sistematica confusione tra errore e complicità e anni di sentenze risarcitorie hanno creato un sistema che rifiuta qualsiasi impreveduto e che fa ricorrere alla querela o alla richiesta di risarcimento fatta "tanto per".

In chirurgia, le denunce sono frequentissime, e anche se oltre i 2/3 dei contenziosi risultano infondati e decadono, il danno che ne risulta è grandissimo, e nell'immediato si traduce nella difficile assicurabilità dei medici e delle strutture sanitarie, creatasi negli ultimi anni proprio a causa degli elevati costi che le compagnie di assicurazione hanno dovuto affrontare per il gran numero di contenziosi penali e civili in Sanità e che, di fatto, hanno determinato la loro uscita dal mercato sanitario.

Tuttavia, anche se l'attenzione dei media è più focalizzata sulla presunta malpractice e sui casi di denuncia, i dati sono dalla nostra parte visto che l'osservatorio per i sinistri sanitari della Regione Lombardia conferma come il numero assoluto degli eventi effettivamente riscontrati e confermati sia rimasto stabile negli ultimi dieci anni. Anzi, le pratiche sono nettamente migliorate poiché

negli ultimi anni si è posta una maggiore attenzione all'analisi delle dinamiche dietro gli eventi avversi in Sanità: dalla paura della notizia si è passati alla ricerca delle cause di errore e di complicità

per ridurre la loro incidenza e la loro gravità.

Nelle aziende ospedaliere pubbliche è obbligatoria la figura del risk manager, cui è affidata la prevenzione dei fattori di rischio riguardanti il singolo professionista e l'intera struttura.

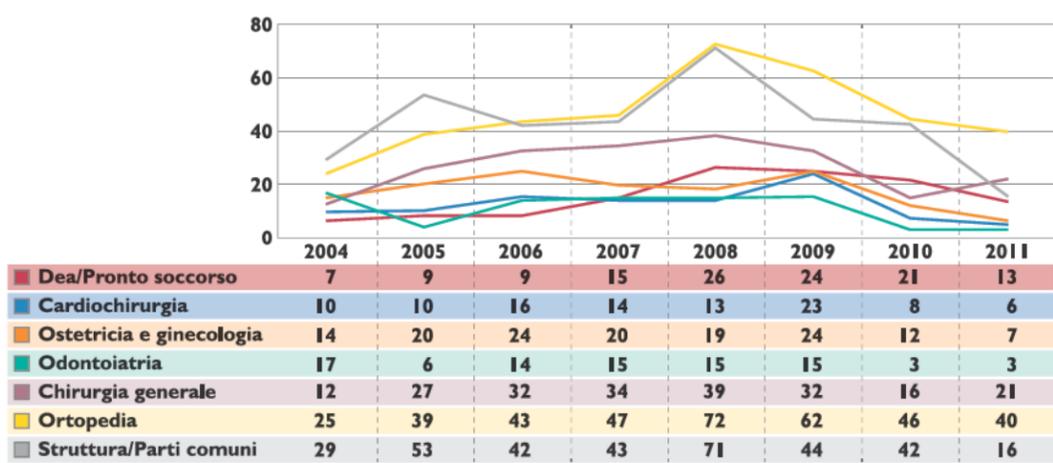
L'obiettivo è quello di migliorare la qualità e la sicurezza della cura dei pazienti facendo in modo che si evitino i rischi anche imparando dagli errori del passato. Per questo sono convinto che sia possibile invertire la tendenza grazie a una maggiore attenzione alla formazione nell'ambito della gestione dei rischi in Sanità, e diffondendo una corretta cultura dei rischi.

In questo contesto la politica deve fare la sua parte: la buona politica non è quella dei tagli lineari, ma quella che elimina gli sprechi laddove sono presenti e garantisce a ogni professionista di svolgere la sua attività con tutte le tutele necessarie e in un contesto di sicurezza generale.

Mauro Longoni
Vice-presidente Cineas
per il settore Sanità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Andamento richieste di risarcimento per Unità operativa



Andamento medio richieste danni per singolo ospedale privato

