



Italia, allarme obesità infantile: a rischio un bambino su tre

Cattiva gestione dei pasti, poca attività sportiva e il triste primato del Sud

ROMA – Si confermano allarmanti i dati sull'obesità infantile in Italia: secondo uno studio promosso dal Ministero della salute e dal Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie, giunto alla terza edizione, nel nostro Paese, infatti, un bambino di 8-9 anni su tre è particolarmente grasso o sovrappeso. Nello specifico, si tratta del 32,3 per cento di una popolazione campione composta da oltre 46mila alunni di circa 20mila classi terze della scuola primaria, stima che, seppure leggermente al ribasso rispetto alla rilevazione del 2008, (allora la percentuale fu del 35,2, sommando obesi, 12 per cento, e bimbi troppo in "carne", 23,2, che oggi, invece, si attestano rispettivamente al 10,2 e al 22,1) rinsalda la Penisola ai primi posti della speciale classifica europea sull'eccesso ponderale infantile.

"Okkio alla Salute". L'inchiesta ha coinvolto tramite l'invio di questionari anche genitori e insegnanti. Tra le cause dell'aumento precoce di peso la principale è naturalmente la scorretta gestione dei pasti: il 9 per cento dei bambini intervistati ammette di saltare abitualmente la prima colazione, mentre il 67 per cento confessa di concedersi spesso un ricco spuntino a metà mattinata. Altri peccati non certo veniali sono quelli di bere frequentemente bibite gassate e zuccherate (lo riconosce il 43 per cento), e di non consumare sufficientemente frutta e verdura.

Sport, questo sconosciuto. A incidere, però, sono anche le cattive abitudini legate al difficile rapporto con l'educazione fisica: il 16 per cento dei bambini, infatti afferma di praticare lo sport solamente per non più di un'ora alla settimana. Inoltre gli alunni che dicono di svolgere attività motorie extracurricolari sono passati negli ultimi quattro anni dal 62 al 54 per cento. E a dimostrazione di una tendenza preoccupante alla sedentarietà, benché fortunatamente in calo rispetto alle due precedenti indagini, il 36 per cento dichiara di passare oltre due ore al giorno davanti alla Tv e ai videogiochi. Pericoloso, poi, è il fatto che i genitori non sempre riescano ad accorgersi delle condizioni dei figli: il 30 per cento delle madri di scolari con significativi problemi di peso, ad esempio, non trova che il proprio bambino mangi troppo.

Questione meridionale. Tra le regioni, il triste primato dell'obesità infantile spetta a quelle centromeridionali: in Abruzzo, Basilicata, Campania, Molise e Puglia si supera addirittura la percentuale del 40 per cento; seguono Calabria, Sicilia ed Umbria dove si oscilla tra il 33 e il 40. Il Lazio, invece, come gran parte del centro-nord, si attesta nella percentuale nazionale, tra il 25 e il 33 per cento. Chiudono la classifica Sardegna, Trentino e Valle d'Aosta con percentuali inferiori al 25.

Salute

Pazienti danneggiati Le strutture sanitarie hanno sempre più difficoltà ad assicurarsi

Cure sbagliate in ospedale A rischio i risarcimenti

Le polizze stanno raggiungendo prezzi proibitivi

Nessun vincolo

Scarso interesse

Al momento non c'è alcun obbligo di dotarsi di «copertura»

Per molte Compagnie le cause sono troppe e molto onerose

Dati allarmanti
Rapporto della Commissione parlamentare errori e disavanzi nella sanità

Ogni paziente riconosciuto vittima di un danno in conseguenza di un trattamento sbagliato, per colpa di un medico e di un altro operatore all'interno di una struttura sanitaria ha il diritto a essere risarcito, nella misura concordata tra le parti o stabilita dal Tribunale.

Ogni struttura pubblica o privata (ospedale, Asl o casa di cura) è tenuta a risarcire quel danno, anche se derivante da colpa grave di medici e di altri operatori (salvo poi rivalersi su questi ultimi).

Per garantire che il diritto del paziente al risarcimento sia effettivo, la soluzione ritenuta migliore, fino a ieri, è stata quella che la struttura sanitaria si fornisse di una copertura assicurativa. Oggi, però, questo sistema sta mostrando preoccupanti falle, come conferma un recente rapporto della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali. Vediamo perché.

Innanzitutto, le strutture sanitarie non hanno l'obbligo di

stipulare assicurazioni per responsabilità civile nei confronti dei loro assistiti e, comunque, non possono assicurarsi per il danno da colpa grave del medico o di altro operatore sanitario. In effetti, secondo il rapporto della Commissione parlamentare, il 26 per cento delle strutture pubbliche censite, ha ugualmente stipulato polizze di questo tipo, esponendosi però al rischio di procedimento da parte della Corte dei conti.

E i singoli medici? I medici liberi professionisti o operanti in strutture private saranno obbligati ad assicurarsi per la responsabilità civile derivante da colpa grave dal prossimo 13 agosto (ai sensi del cosiddetto "Decreto Balduzzi", 13 settembre 2012 n.158, e legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189). Non lo sono, invece, i medici dipendenti di strutture pubbliche.

Dal canto loro, le compagnie assicuratrici non sono obbligate ad assicurare le strutture sanitarie. E sono comunque sempre meno interessate a farlo, perché, dicono, i rischi superano i benefici. Così, fissano premi sempre più elevati, oppure disertano le gare indette dagli ospedali per la scelta della compagnia con cui assicurarsi.

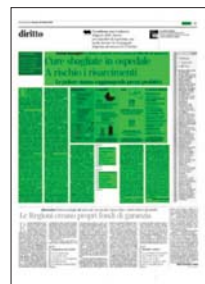
Il risultato? Nonostante tutto, oltre il 72 per cento delle aziende sanitarie — secondo la ricognizione fatta dall'indagine della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario — si tutela ancora dal rischio risarci-

menti destinando ingenti somme per premi assicurativi sempre più onerosi. Alcune strutture, però, non sono state più in grado di riassicurarsi, mentre altre faticano a trovare compagnie disposte ad assicurarle.

E i pazienti danneggiato? A parte il rischio di non essere risarcito per mancanza di copertura delle strutture o di riuscire a ottenere (parziale) soddisfazione solo dopo un lungo calvario legale, il cittadino-paziente rischia anche di diventare più temuto che assistito, oppure curato più in funzione delle ansie del medico e delle precauzioni della struttura che per l'obiettività dei propri disturbi, in un clima di sospetto reciproco invece che di fiducia e alleanza.

Secondo i dati ricavati dalla Commissione parlamentare d'inchiesta, nel periodo 2006-2011, il premio assicurativo medio pagato dalle aziende sanitarie è aumentato del 35 per cento. I risarcimenti liquidati dalle compagnie, invece, sono diminuiti del 75 per cento come valore complessivo. In pratica, le strutture sanitarie spendono di più e i cittadini ottengono di meno.

«Una "forbice", quella tra i premi assicurativi pagati dalle strutture sanitarie e i risarcimenti liquidati, che si è via via allargata — commenta Antonio Palagiano, presidente della Commissione — perché le assicurazioni liquidano meno 'volentieri' e accantonano di più, anche nella previsione che con il passar del tempo i



ricorrenti si accontentino di liquidazioni meno onerose».

Una delle cause di questa situazione — spiegano all'Ania, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici — risiede nell'aumento del contenzioso medico-legale, che ha raggiunto dimensioni tali da condizionare in maniera rilevante sia i bilanci delle strutture sanitarie, sia la relazione fra medico e paziente: secondo le compagnie di assicurazione (dati del Rapporto Marsh 2012), dal 2010 al 2011 il tasso di rischio clinico (cioè la probabilità che una persona subisca un "danno o disagio" imputabile, anche se in modo involontario, a cure mediche durante un ricovero) è aumentato di circa l'8%.

Di recente si vanno cercando soluzioni alternative al caro-polizze che rischia di lasciare "scoperte" le strutture, i medici, e di conseguenza i pazienti danneggiati: per esempio, quella di un fondo regionale assicurativo, cioè di una copertura assicurativa gestita direttamente dalle Regioni, oppure quella di un'integrazione Regione-ospedali con risarcimenti a carico delle strutture fino ad una certa cifra, oltre la quale "viene in aiuto" la Regione (vedi articolo sotto).

«Comunque, al cittadino-paziente che ritiene di aver subito un danno consigliereerei di rivolgersi con serenità agli uffici competenti della struttura sanitaria, per metterli al corrente della propria valutazione dell'esperienza vissuta, — dice l'avvocato Anna D'Andrea, che si occupa di gestione delle problematiche assicurative e del risk management per l'Azienda ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano — in modo che la struttura e il personale possano condividere la sua personale percezione degli eventi. Questo contatto può consentire l'avvio di un percorso di chiarimento, lasciando libero il cittadino-paziente di attivare in qualsiasi momento tutte le forme di tutela che riterrà necessarie, qualora non si trovi un punto d'incontro condiviso e laddove ne sussistano i presupposti».

Luciano Benedetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il contenzioso

Richieste di risarcimento a strutture sanitarie
+24%
nel periodo 2006 - 2011

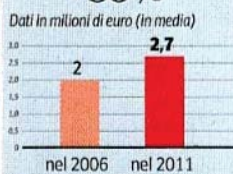
Risarcimenti liquidati per responsabilità civile di ospedali
-75%
nel periodo 2006 - 2011



La copertura

72%
Le aziende sanitarie assicurate per responsabilità civile nei confronti degli assistiti

Aumento del premio assicurativo medio pagato dalle aziende sanitarie
+35%



Fonte: Rapporto Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, 2012

I costi



288
milioni di euro

I premi versati complessivamente dalle strutture sanitarie pubbliche alle assicurazioni nel 2006

354
milioni di euro

I premi assicurativi pagati in totale dalle strutture sanitarie pubbliche nel 2011

Fonte: Rapporto Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, 2012

La medicina difensiva

53%
La quota di medici che dichiara di prescrivere farmaci in via cautelativa

73%
Quelli che dichiarano di prescrivere per lo stesso motivo visite specialistiche

71%
I medici che richiedono esami di laboratorio per cautelarsi

75,6%
Quelli che richiedono esami strumentali per cautelarsi

50%
I medici che preferiscono ricoverare pazienti per tutelarsi

Fonte: Fondazione ISTUD - Rapporto «Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti», 2012

Salute

Primo passo

Dialogo e risposte sollecite

All'origine dell'aumento dei contenziosi medico-legali c'è anche un difetto di dialogo tra medico e paziente. Alcune strutture sanitarie si stanno organizzando in questa direzione. L'Azienda ospedaliera Careggi di Firenze, per esempio, ha istituito un corso per aggiornare i professionisti in tema di *malpractice*, anche per ridurre il contenzioso, attraverso un uso consapevole della cartella clinica e del consenso informato, e una migliore comunicazione con il paziente e tra i diversi operatori. Inoltre, ha attivato un servizio di supporto all'utente, per definire in tempi rapidi le istruttorie, comunicare entro 10 giorni la presa in carico "diretta" (senza l'intermediazione di

un'assicurazione) di ogni evento avverso contestato. «Perché il sistema funzioni — precisa Raffaella Giardiello, del Dipartimento giuridico e gestione risorse umane del Careggi — il tempo è un fattore chiave: i pazienti e i familiari devono essere ascoltati senza ritardi e alle loro richieste di chiarimento e rimostranze l'ospedale deve rispondere nel più breve tempo possibile». «Il sistema è migliorativo — dice Gian Aristide Norelli, direttore dell'Istituto di Medicina legale dell'Università di Firenze — perché diminuisce la litigiosità, abbrevia i tempi del contenzioso e riduce i costi per la struttura sanitaria e, quindi, per il cittadino».



Relazioni pericolose | Ipertensione e infiammazione nemici di sempre

Legame stretto con il cuore

Sotto accusa ora anche l'eccesso di fosforo

L'obesità può avere un impatto negativo sulla malattia renale e sull'apparato cardiovascolare

Un danno renale può complicare la gestione delle terapie oncologiche

Ireni vanno protetti perché, se non funzionano bene, a risentirne è tutto l'organismo, a partire da cuore e vasi. «La malattia renale cronica è un fattore di rischio per tutti gli organi, in particolare per l'apparato cardiovascolare — conferma il professor Giancarlo Marinangeli, dell'Unità operativa complessa di nefrologia e dialisi dell'Ospedale Maria Santissima dello Splendore, di Giulianova (Te), nonché segretario della Sin —. Chi presenta un danno renale lieve ha un rischio di incidenti cardiovascolari 2-3 volte superiore alla norma e chi ha reni che funzionano al 40% ha 10 volte più probabilità di avere un infarto».

«L'infiammazione, l'ipertensione, ma anche l'eccesso di fosforo nel sangue, associati al cattivo funzionamento renale, sono fattori che possono mettere in pericolo il cuore e che vanno combattuti — osserva il professor Piernigorio Messa, direttore dell'Unità operativa complessa di nefrologia e dialisi del Policlinico di Milano —. Da studi recenti, si è appreso che alcuni alimenti (bibite contenenti coloranti, cibi conservati o surgelati, insaccati, ecc.) hanno un contenuto nascosto di fosforo che può essere persino superiore a quello contenuto in tutto il resto dell'alimentazione, e costituiscono un fattore di possibile danno sia per i reni che per il cuore. L'intervento sulla dieta è perciò importante per la protezione dei reni e dell'apparato cardiovascolare. E quando la dieta non basta, come può capitare nei pazienti con malattia renale avanzata, si può prendere in considerazione il ricorso a **farmaci** che riducono l'assorbimento intestinale del fosforo».

Le relazioni tra reni e cuore si possono complicare ulteriormente quando si aggiunge l'obesità, come sottolinea un recente studio di ricercatori italiani guidati

dal professor Carmine Zoccali, direttore della Unità operativa complessa di nefrologia, dialisi e trapianto di Reggio Calabria, pubblicato sulla rivista *Nephrology Dialysis Transplantation*: dalla ricerca è emerso che il rischio di morte cardiovascolare aumenta del 42% per i malati ai reni portatori di un particolare gene correlato all'obesità, denominato *Fat-mass and Obesity-associated gene (Fto)*. «L'obesità può avere un impatto negativo sulla malattia renale e sul cuore, soprattutto quando rientra in un quadro più generale di sindrome metabolica e quindi risulta associata ad altri potenziali "nemici", come un elevato livello di trigliceridi nel sangue, un aumento del colesterolo più nocivo (Ldl), valori di pressione arteriosa elevati e glicemia a digiuno più alta del normale» dice il professor Messa. E un cattivo funzionamento renale non si limita purtroppo a danneggiare il cuore: può avere conseguenze negative anche sulle malattie tumorali, come dimostra un recente studio dell'Anderson Cancer Center di Houston. La ricerca, condotta su più di 3.500 pazienti oncologici, ha evidenziato che la sopravvivenza si riduce di 5 volte se al cancro si aggiunge il danno renale. «La presenza di un danno renale ha un impatto negativo sulla malattia oncologica perché complica la gestione delle cure farmacologiche. I **farmaci** antitumorali sono sempre più potenti, ma anche tossici e tocca al rene eliminarli dall'organismo dopo che hanno svolto la loro funzione — spiega Marinangeli —. Per questo motivo la collaborazione continua tra nefrologo e oncologo può fare la differenza, così come la può fare la collaborazione con gli altri specialisti che si trovano ad affrontare le altre problematiche che vanno di pari passo con la malattia renale, come cardiologi, geriatri e, naturalmente, diabetologi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

