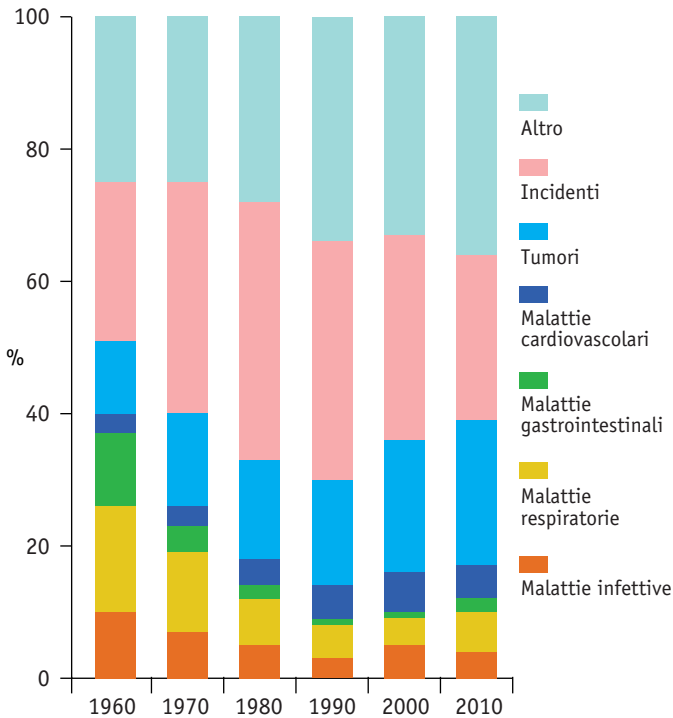


Cambiamenti nella composizione per cause principali della mortalità 0-14 anni, 1960-2010 (WHO Mortality Database, 2012)



rete e non resta confinato nel proprio ambulatorio. I percorsi diagnostico-terapeutici condivisi per le patologie più frequenti e l'assistenza al cronico devono essere ottimizzati. Il ricorso all'infermiere con formazione pediatrica deve trovare adeguato incentivo.

3. *Necessità di concordare e trovare un sistema europeo di indicatori omogenei per la salute infantile.*

Infine una riflessione sugli scenari futuri e sulle politiche di salute per l'infanzia si impone anche alla luce della crisi economica e delle conseguenti restrizioni. Il rischio di aumentare le disuguaglianze, se non si penserà ad una corretta allocazione delle risorse, è più che un timore e l'attenzione ai determinanti distali della salute risulta centrale per avere un quadro complessivo realistico in una visione non autoreferenziale dei veri bisogni di salute del bambino.

Michele Gangemi

Direttore di Quaderni ACP

Pazienti con epatite C: spunti per una riflessione sulla spesa *out of pocket*

Federico CA, Hsu PC, Krajden M et al
Patient time costs and out-of-pocket costs in hepatitis C
 Liver Int 2012; 32: 815-825

L'analisi dei costi legati alla cura delle malattie fa riferimento abitualmente ai costi sociali (diretti e indiretti) a carico del Sistema Sanitario Nazionale, mentre si trascura troppo spesso l'onere che grava sulle spalle del cittadino, cioè la spesa privata sostenuta direttamente dal paziente e/o dalla rete familiare in cui si trova inserito. A questo proposito si utilizza il termine *out of pocket*, espressione che tradotta liberamente suonerebbe come 'di tasca propria'. Tale spesa non va confusa con la spesa assicurativa pagata direttamente dai privati, che nel nostro Paese resta tuttora esigua. La spesa *out of pocket* in Italia è invece tutt'altro che trascurabile se è vero — come attestano stime recenti — che arriva al 30% della spesa sanitaria pubblica, superando di gran lunga quella di altri Paesi europei come la Francia e, soprattutto, la Gran Bretagna dove il sistema sanitario è organizzato in maniera assai simile al nostro. Non meno importanti, sotto il profilo della spesa individuale, sono i costi derivanti dal 'tempo impiegato per le cure', vale a dire quello per gli spostamenti necessari per raggiungere i luoghi di cura, quello trascorso in ambulatorio o in ospedale, quello dedicato agli esami diagnostici, etc. Tale tempo può essere quantificato in termini di 'tempo sottratto all'attività lavorativa' e quindi di guadagno mancato.

Questa categoria di costi è stata valutata in un ampio gruppo di pazienti ambulatoriali (oltre 700) affetti da infezione cronica da virus HCV in uno studio — forse il primo nel suo genere — condotto nella provincia della British Columbia, in Canada, dove gran parte delle prestazioni sanitarie è soggetta a finanziamento pubblico.

I costi *out of pocket*, calcolati con l'ausilio di un questionario validato, si riferivano alle spese strettamente mediche (visite private o in regime di intramoenia, analisi ed esami diagnostici in genere, farmaci a pagamento per curare

eventuali disturbi correlati alla malattia principale) e a quelle non mediche (trasporti, carburante, parcheggi, costo di baby sitter cui affidare i figli, etc). I costi generati dal tempo dedicato alle cure venivano calcolati sulla base delle ore impiegate per gli spostamenti e trascorse in ospedale o negli ambulatori moltiplicate poi per un coefficiente proporzionale al guadagno medio orario di ciascun paziente. La spesa complessiva è stata infine stratificata in base allo stadio di malattia e alla condizione socioeconomica del campione esaminato.

Per ciascun paziente la spesa media annuale legata al tempo impiegato per le cure è risultata superiore ai 2000 dollari canadesi (circa 1600 euro), con un range variabile da 300 a oltre 9000 dollari (nei pazienti sottoposti a trapianto di fegato). A questa andava poi sommata la spesa *out of pocket*, che raggiungeva in media la cifra di 1326 dollari canadesi (poco più di 1000 euro l'anno). Come era prevedibile, tali importi aumentavano sensibilmente nei pazienti sottoposti a terapia antivirale e in quelli con malattia in stadio terminale (cirrosi/tumore) per i quali i costi superavano i 2500 dollari l'anno (pari a circa il 7% del proprio reddito annuale). Ad un esborso significativamente inferiore erano invece chiamati i pazienti curati con successo con i farmaci antivirali, nei quali il virus veniva eradicato.

Ma il dato più sorprendente, e sotto certi versi paradossale, è scaturito dal fatto che i pazienti con reddito inferiore o addirittura disoccupati finivano per essere i più 'tartassati' dal punto di vista della spesa destinata alle cure. In mancanza di una spiegazione certa, gli autori dello studio hanno formulato varie ipotesi fra cui la più plausibile è quella che mette in relazione il basso livello socioeconomico con una maggiore gravità della malattia, che riduce la capacità lavorativa e quindi le possibilità di guadagno aumentando nel contempo la necessità delle cure. A questa categoria di individui particolarmente svantaggiati deve dunque essere dedicata estrema attenzione da parte del sistema sanitario.

Il fatto positivo che i pazienti trattati con successo risultino quelli meno gravati da spese indica che la disponibilità di terapie antivirali efficaci, oltre a migliorare la prognosi e la qualità di vita del paziente, può in ultima analisi ridurre sensibilmente anche l'onere economico individuale. ■ GB

Team multidisciplinari per il trattamento e la cura dei tumori: strumento utile per il raggiungimento dell'obiettivo?

Keating NL, Landrum MB, Lamont EB et al
Tumor boards and the quality of cancer care
J Natl Cancer Inst 2012; doi: 10.1093/jnei/djs502

Blayney DW
Tumor boards (team huddles) aren't enough to reach the goal
J Natl Cancer Inst 2013; 105 (2): 82-84

Non dovrebbe sorprendere il fatto che il miglioramento dei processi e degli *outcome* sanitari non dipenda necessariamente dall'esistenza di gruppi multidisciplinari (*tumor board*) per la cura e il trattamento dei pazienti oncologici. Anche in ospedale, infatti, il lavoro di squadra non è sempre certezza del raggiungimento dell'obiettivo poiché la collaborazione a livello multidisciplinare è una condizione importante ma non è una garanzia sufficiente perché gli *outcome* di salute vengano raggiunti. Il trattamento dei pazienti oncologici è per definizione multidisciplinare: i pazienti con una nuova diagnosi di tumore coinvolgono nella loro cura i medici, i chirurghi, gli oncologi così come tutti gli operatori che lavorano nel campo delle cure palliative e dell'assistenza sociale.

Gli studi sull'efficacia dei *tumor board* di solito provengono da singole istituzioni o dalle strutture che li hanno implementati. Secondo lo studio di Keating e collaboratori pubblicato recentemente sul *Journal of National Cancer Institute*, i gruppi multidisciplinari in ospedale non migliorano la qualità delle cure oncologiche. I risultati dello studio, che ha coinvolto 138 centri medici della Veteran's Health Administration (VA), hanno evidenziato un'associazione piuttosto esigua tra la presenza di team multidisciplinari e l'appropriatezza del trattamento somministrato. Gli autori hanno identificato 27 dimensioni di qualità, confrontando i dati del registro e i dati amministrativi per valutare l'appropriatezza delle cure somministrate e gli *outcome* sanitari nei pazienti oncologici con una diagnosi rilevata nel periodo 2001-2004.