

La salute dei bambini in Europa occidentale

Wolfe I, Thompson M, Gill P et al
Health services for children in Western Europe
 Lancet 2013, 381: 1224-1233

L articolo mette a confronto i sistemi sanitari dei Paesi dell'Europa occidentale per quanto riguarda la salute infantile e i servizi dedicati. Questo confronto nasce per ripensare i diversi modelli esistenti alla luce dei nuovi bisogni e per misurarne i risultati.

Cosa emerge in particolare dalla lettura dello studio e quali le ricadute sulla salute infantile? Ecco i punti salienti.

1. La mortalità infantile è in riduzione progressiva in tutti i Paesi esaminati; le principali cause di mortalità sono rappresentate da anomalie e malattie congenite, malattie croniche, incidenti e tumori. Tutte le nazioni presentano differenze significative per aree geografiche e gruppi sociali. Queste disuguaglianze sono state peraltro segnalate in Italia anche dall'ultimo rapporto del CRC (Gruppo di lavoro per la Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza).

2. La mortalità per polmonite e per asma pone l'Italia a metà classifica, mentre il Regno Unito si trova nelle posizioni di coda. L'aspro dibattito che ne è conseguito ha posto l'accento sulla necessità di ripensare alla formazione pediatrica dei medici di base.

3. I modelli di cura che corrispondono ai migliori risultati sono quelli in cui il personale che si occupa di bambini (medici e infermieri) ha ricevuto una formazione pediatrica ed esistono forme di integrazione tra livelli di cura e percorsi condivisi per le patologie principali.

Come migliorare l'assistenza pediatrica in Europa e in Italia in particolare?

1. *Necessità di ripensare la formazione.* In Italia il pediatra di libera scelta è una figura ad accesso diretto da parte delle famiglie. Il nostro Paese si trova quindi in una posizione privilegiata rispetto ad altri. Sicuramente la formazione infermieristica è però carente così come la capacità di lavorare in gruppo attraverso équipe multiprofessionali è migliorabile a tutti i livelli.

2. *Necessità di rivedere e ottimizzare i livelli assistenziali.* L'Italia dovrebbe ripensare alla figura del pediatra di libera scelta come una figura cardine, che opera all'interno di una



Quaderni acp

Bimestrale di informazione politico culturale e ausili didattici dell'Associazione Culturale Pediatri.
 Rivista indicizzata in SciVerse Scopus

La rivista si occupa in particolare di temi riguardanti la salute del bambino in una visione biopsicosociale.

Dal numero 1-2013 di Quaderni acp potrai scegliere di acquisire i crediti formativi con la nostra FAD:

DIAGNOSI E TERAPIA DELLE PATOLOGIE NELL'AREA PEDIATRICA IN AMBITO TERRITORIALE E OSPEDALIERO

[18 crediti ECM]

per info scrivi a: fad@acp.it

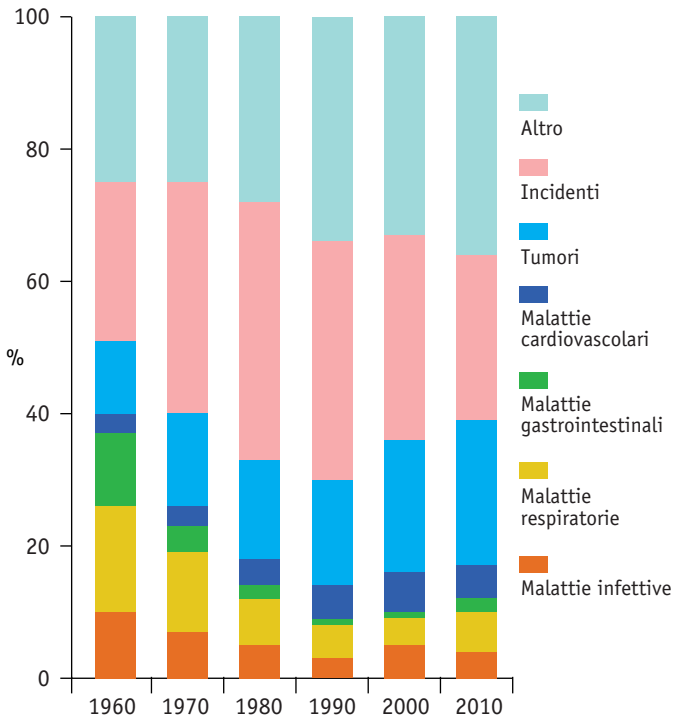
Il costo della FAD è di 50 euro per i soci ACP e 150 euro per i non soci.

Scopri come diventare socio ACP: www.acp.it

per info: segreteria@acp.it

www.quaderniacp.it

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