



Nino Cartabellotta

“I GENITORI: I PRIMI AGENTI EZIOLOGICI DELLA SALUTE DEI FIGLI”

di Stefano Regondi



Nino Cartabellotta è il presidente e direttore scientifico della Fondazione GIMBE. È uno dei più illustri esperti italiani in metodologia della ricerca, in clinical governance, in valutazione delle prestazioni dei servizi sanitari e management sanitario. In collaborazione con il NHS Centre for evidence-based medicine di Oxford ha istituzionalizzato l'International Conference for Evidence-based Health Care Teachers and Developers.

Stefano Regondi: Presidente Cartabellotta può delineare dal suo privilegiato osservatorio i punti di forza della presa in carico del SSN sui pazienti pediatrici, ai fini di un inquadramento critico del problema?

Nino Cartabellotta: In Europa l'assistenza pediatrica di base è organizzata secondo tre differenti modalità: 1) Paesi in cui è affidata esclusivamente ai pediatri che operano sul territorio come specialisti rimborsati dalle assicurazioni o dallo Stato (Spagna e Paesi dell'Europa orientale), 2) Paesi in cui l'assistenza è a carico dei medici di medicina generale (MMG) che esercitano funzione di filtro per le cure specialistiche di secondo livello (paesi scandinavi, Gran Bretagna); 3) Paesi con “sistema misto” dove l'assistenza pediatrica è affidata sia ai pediatri, sia ai MMG; in questa categoria rientrano tutti i Paesi dell'Europa centrale, tra cui l'Italia.

La figura italiana del pediatra di libera scelta (PLS) è un caso piuttosto unico: si tratta infatti di uno specialista che opera sul territorio in un regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). I genitori di un bambino appena nato scelgono il proprio PLS che lo seguirà obbligatoriamente sino al compimento del 6° anno; quindi i genitori possono decidere di lasciarlo in carico al PLS sino al 14° anno, oppure scegliere un MMG. Indubbiamente, un punto di forza del nostro sistema è rappresentato dal fatto che nell'ambito delle cure primarie l'assistenza pediatrica è affidata ad uno specialista.

SR: Quali sono i punti di debolezza del sistema italiano?

NC: Una delle principali criticità è il fatto che nel nostro Paese l'assistenza pediatrica è spesso divisa in “silos” non comunicanti (pediatria di base, ospedaliera, universitaria) e sono ancora poco diffusi i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) condivisi, in particolare nelle regioni del Centro-Sud. Questo determina inevitabilmente la frammentazione degli episodi assistenziali con una presa in carico insufficiente, soprattutto in bambini con patologie croniche, con conseguente riduzione dell'efficacia e dell'efficienza delle cure.

Un ulteriore elemento di debolezza è la scarsa interazione tra il mondo della scuola e dei servizi sociali con la pediatria di base, una auspicabile sinergia che potrebbe contribuire a prevenire o risolvere alcune patologie/condizioni. Infine, durante la “transizione” tra l'assistenza pediatrica e quella del MMG il ragazzo esce dai radar dell'assistenza della medicina di base proprio in un periodo critico sotto diversi profili: gestione della sessualità, prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, criticità proprie del periodo adolescenziale, ecc.

SR: È possibile confrontare, in termini di esiti di salute, l'approccio italiano di presa in carico di pazienti pediatrici con altri sistemi europei?

NC: Il raffronto non è semplice, poiché si tratta di sistemi sanitari molto differenti tra loro. Anche nei migliori sistemi, come quello italiano, ci sono modalità e procedure di intervento che non necessariamente sono guidati dalle prove di efficacia o dalla sostenibilità economica. Ad esempio, i cosiddetti “bilanci di salute” – visite che i PLS effettuano periodicamente durante i primi anni di vita – non hanno alcuna base scientifica in termini di efficacia clinica, ma sono il frutto di una mera conquista sindacale perché generano remunerazioni integrative. In ogni caso, gli esiti della salute psico-fisica del bambino sono influenzati da numerosissime variabili (demografiche, cliniche, sociali, ambientali, familiari, comportamentali, sanitarie ecc.) per cui è impossibile riconoscere quale modello assistenziale sia più efficace o costo-efficace.

SR: Da analisi e monitoraggi della Fondazione GIMBE sui LEA quale quadro emerge in merito ad accessibilità ed esigibilità delle prestazioni relative ai pazienti pediatrici?

NC: Indubbiamente i nuovi LEA rappresentano un grande traguardo politico, visto che gli elenchi delle prestazioni non venivano aggiornati dal 2001 ignorando 15 anni di progressi nelle terapie, nella riabilitazione, negli ausili e nei presidi. Tuttavia, esistono numerose criticità: innanzitutto, i nomenclatori tariffari non sono attualmente disponibili, ovvero abbiamo gli elenchi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e della protesica, ma in assenza delle tariffe le Regioni non possono erogarli; inoltre mancano ancora numerosi decreti attuativi, tra cui le modalità per attivare le nuove prestazioni sulle malattie rare che dipendono dall'esistenza di reti regionali non ancora istituite in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale.

Ovviamente non possiamo ignorare la “madre” di tutte le criticità: i nuovi LEA arrivano in un momento storico di contrazione del finanziamento pubblico del SSN, configurando l'Italia come il Paese che in Europa ha, sulla carta, il “paniere” di prestazioni più ampio, ma al tempo stesso è fanalino di coda per il finanziamento pubblico.

In ogni caso, al netto di queste criticità, è evidente che le Regioni dotate di sistemi organizzativi avanzati saranno in grado di erogare in tempi più brevi i nuovi LEA, mentre in altre Regioni (in particolare al Centro-Sud) la loro esigibilità avverrà in tempi più lunghi. Peraltro, già l'adempimento dei “vecchi LEA” attesta una notevole eterogeneità tra le varie Regioni.

SR: Efficacia e/o abuso dell'omeopatia nelle cure per i pazienti pediatrici?

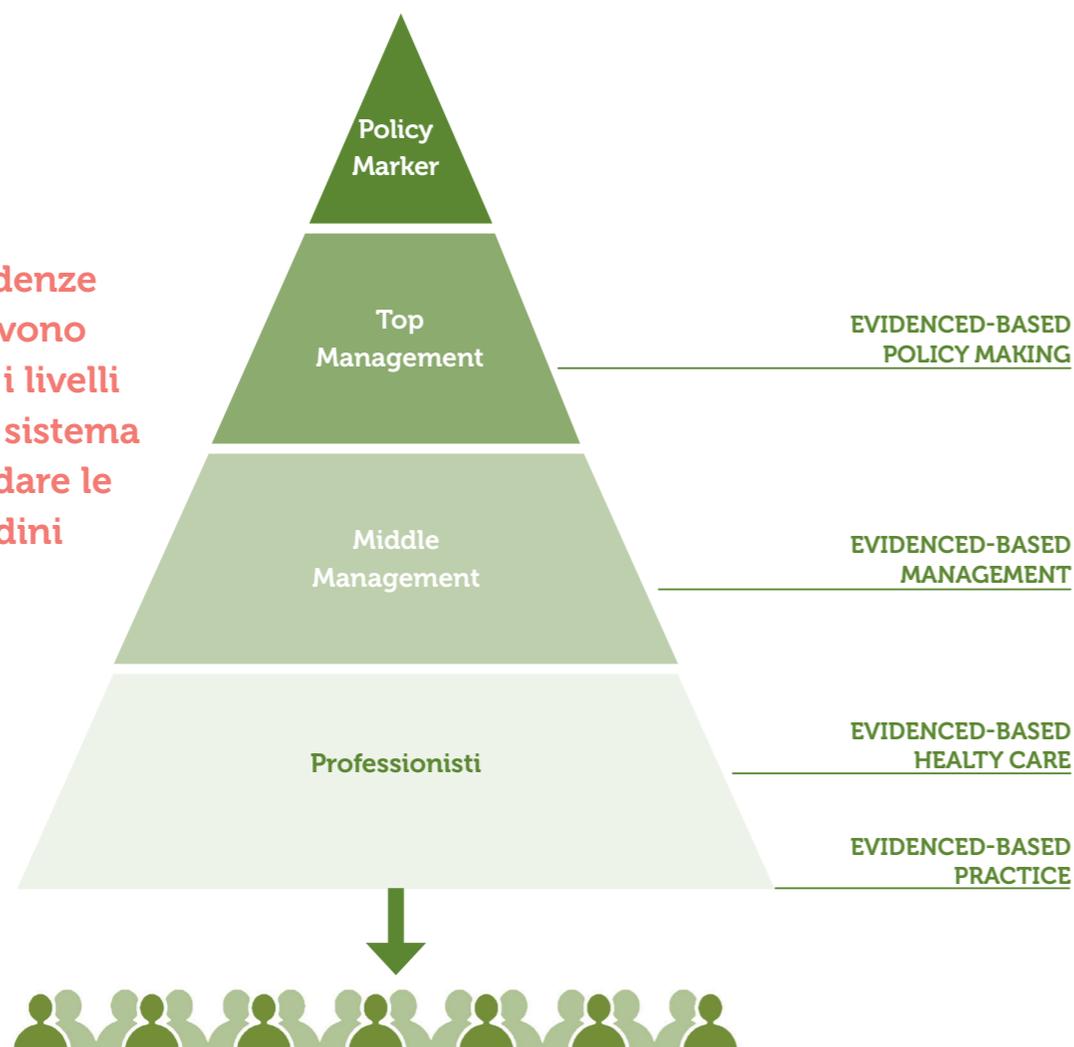
NC: Dal punto di vista scientifico non abbiamo alcuna evidenza che il prodotto omeopatico sia più efficace del placebo, come documentato in maniera ineccepibile dall'ultima

La Fondazione GIMBE

La Fondazione GIMBE ha lo scopo di promuovere e realizzare attività di formazione e ricerca in ambito sanitario finalizzate a:

- Consolidare la formazione continua dei professionisti sanitari come processo di auto-apprendimento permanente integrato nella pratica clinica
- Migliorare la qualità metodologica, l'etica, l'integrità, la rilevanza clinica e il valore sociale della ricerca sanitaria
- Favorire il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche alle decisioni professionali, manageriali e di politica sanitaria
- Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, coinvolgimento degli utenti, efficienza.

Le migliori evidenze scientifiche devono permeare tutti i livelli decisionali del sistema sanitario e guidare le scelte dei cittadini



revisione sistematica del National Medical Health Research Council. E allora perché il prodotto omeopatico risulta essere così diffuso? L'omeopatia non è validata dalla scienza, bensì semplicemente dall'uso. Su questo mi permetto di fare anche una precisazione metodologica: l'efficacia percepita di un trattamento è la sommatoria di quattro determinanti:

- storia naturale della malattia;
- effetto placebo, in particolare nelle patologie psicosomatiche, ma anche in patologie organiche;

- aspettative ottimistiche del medico, che trasferisce al paziente;
- reale efficacia del trattamento.

L'omeopatia "sfrutta" la combinazione delle prime tre determinanti, ma non ha alcuna efficacia. Ecco perché occorre sensibilizzare la popolazione al messaggio chiave: i prodotti omeopatici non hanno alcuna efficacia clinica e non devono mai essere utilizzati in sostituzione dei farmaci.

L'autore
Direttore responsabile di «Extra Moenia»

