

## L'assistenza pediatrica di base in Europa: variazioni fra i diversi paesi

*Arch Dis Child* (2010). doi:10.1136/2 of 5 adc.2009.178459

### Commento a cura di Pier Luigi Tucci

Diego van Esso,<sup>1</sup> Stefano del Torso,<sup>2</sup> Adamos Hadjipanayis,<sup>3</sup> Armand Biver,<sup>4</sup> Elke Jaeger-Roman,<sup>5</sup> Bjorn Wettergren,<sup>6</sup> Alf Nicholson<sup>7</sup>; and the members of the Primary–Secondary Working Group (PSWG) of the European Academy of Paediatrics (EAP)

<sup>1</sup>Primary Care Centre 'Pare Claret,' Barcelona, Spain <sup>2</sup>Pediatra di Famiglia ULSS16 Padua, Italy <sup>3</sup>Paediatric Department, Larnaca General Hospital, Larnaca, Cyprus <sup>4</sup>Clinique Pédiatrique, Centre Hospitalier Luxembourg, Luxembourg <sup>5</sup>Paediatric Primary Care Office, Berlin, Germany <sup>6</sup>Child and Adolescent Public Health, Uppsala, Sweden <sup>7</sup>Children's University Hospital, Dublin, Ireland

### ABSTRACT

**Background** Benché sia noto che vi siano differenze fra i sistemi di assistenza pediatrica di base (paediatric primary care, PPC) in adozione nei diversi paesi europei, vi è poca informazione riguardo a come, dove e chi fornisce questa assistenza. L'obiettivo di questo studio è raccogliere le informazioni relative ai diversi sistemi di PPC (paediatric primary care) esistenti in Europa.

**Metodi** È stato distribuito un questionario a delegati scelti fra medici di primo e secondo livello di 31 paesi europei, per raccogliere informazioni relative al sistema di assistenza pediatrica di base in vigore nel loro paese, ma anche ai dati demografici, alle figure professionali coinvolte nell'assistenza sanitaria di base e alla loro formazione. Le persone a cui è stato sottoposto il questionario sono tutti pediatri in attività, con una conoscenza approfondita dell'organizzazione della PPC nel loro paese.

**Risultati** Sono state raccolte le informazioni relative a 29 paesi. In dodici di questi (41%) è in vigore un sistema legato alla figura del medico di base/di famiglia (family doctor/general practitioner, GP/FD system), sette paesi (24%) presentano un sistema basato sulla figura del pediatra di base, e dieci (35%) applicano un sistema misto. Solo in 15 paesi (51,7%) l'età pediatrica in medicina di base corrisponde alla fascia 0-18 anni. Il tempo richiesto dalla formazione in pediatria è uguale o superiore a 5 anni in 20 dei 29 paesi esaminati. Il tempo medio di formazione in pediatria dei medici di base è di 4 mesi (IQR 3-6), ma in alcuni paesi non ricevono nessun tipo di formazione in pediatria. L'assistenza agli adolescenti e la partecipazione ai programmi di educazione sanitaria nelle scuole sono svolte da diversi professionisti della salute (medici scolastici, medici di base, infermieri e pediatri), a seconda del sistema vigente in ciascun paese.

**Conclusioni** I sistemi e l'organizzazione della PPC in Europa sono eterogenei. Lo stesso si può dire della formazione in pediatria, del coinvolgimento della scuola nella prevenzione sanitaria e dell'assistenza agli adolescenti. Sono necessarie ulteriori attività di ricerca per studiare gli indicatori specifici relativi all'assistenza sanitaria, e poter valutare l'efficacia dei diversi sistemi di PPC.

### Cosa si sa già sull'argomento

L'assistenza pediatrica di base in Europa è fornita dai pediatri, dai medici di base o da entrambi, ma l'organizzazione varia a seconda del paese.

La diversità fra i sistemi di assistenza pediatrica di base adottati nei diversi paesi è una conseguenza di sviluppi storici e di scelte operate dalla politica nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

C'è una carenza di informazione relativa all'efficienza in termini di assistenza sanitaria di questi diversi sistemi, tuttavia essa aiuterebbe a individuare le debolezze e gli eventuali punti di forza per l'assistenza sanitaria ai bambini.

### **Cosa aggiunge di nuovo questo articolo**

Nell'ultima decade i sistemi basati sul pediatra sono in declino, e molti paesi incontrano delle difficoltà a causa della carenza di pediatri che lavorano in medicina di base.

La formazione in pediatria dei medici di base (medici di famiglia) varia da paese a paese, e generalmente è troppo breve o assente.

C'è bisogno di misurare, con adeguati indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria pediatrica, l'impatto che i diversi sistemi di organizzazione della medicina di base hanno sulla salute dei bambini.

## **INTRODUZIONE**

Una recente relazione dell'OMS, presentata in concomitanza con il 30esimo anniversario della dichiarazione di Alma Ata, ha rafforzato il concetto di medicina di base come strumento chiave per il raggiungimento di un'assistenza sanitaria di alta qualità<sup>1 2</sup>. Negli ultimi anni c'è stato un aumento di consapevolezza e di preoccupazione riguardo alla grande variazione esistente fra i diversi paesi a proposito dell'assistenza medica di base rivolta a bambini e adolescenti.<sup>3</sup> Le differenze presenti nei diversi modelli di assistenza pediatrica di base (PPC) in vigore nei vari paesi europei nel 1999 sono state analizzate da Katz *et al*<sup>4</sup> in un articolo che è diventato un punto di riferimento. In quell'occasione sono stati identificati tre diversi sistemi di organizzazione dell'assistenza sanitaria: uno basato sul pediatra, uno basato sul medico di base e un sistema misto. È stato riscontrato che diversi fattori economici, geografici e storici contribuiscono a determinare queste variazioni.

Gli esiti di questi diversi modelli in termini e le loro conseguenze sull'efficacia dei risultati dell'assistenza sanitaria di base non sono facili da misurare, e non sono stati studiati in maniera approfondita. Tuttavia, una valutazione dello stato di salute dei bambini è essenziale, se si vuole effettuare una comparazione dei diversi sistemi di assistenza sanitaria europei, e ha delle implicazioni per la pianificazione di futuri interventi sulla qualità dell'assistenza.<sup>5 6</sup>

Anche se sembrerebbe ragionevole pensare che i pediatri di base sono forse i professionisti con la formazione e l'esperienza migliori per assicurare la qualità dell'assistenza ambulatoriale ai pazienti pediatrici<sup>7</sup>, i paesi in cui la presenza dei pediatri in medicina di base è scarsa o nulla, hanno risultati

soddisfacenti dal punto di vista dei tradizionali indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria, come la mortalità infantile e neonatale; d'altra parte, questi indicatori sono probabilmente più legati al reddito pro capite<sup>4</sup> che ai sistemi di assistenza sanitaria.

Di recente, in alcuni paesi sono state espresse delle preoccupazioni riguardo alla capacità dei medici di base (o medici di famiglia) di continuare a ricoprire la funzione di "filtro" dei pazienti pediatrici. Laddove questo sistema è in vigore, c'è la tendenza a fare ricorso alla medicina di base in fasi precoci dello sviluppo della malattia del bambino, e si riscontra un ricorso più alto alle strutture ospedaliere allo scopo di avere una valutazione urgente dello stato di salute del bambino. 8 9 L'invio inadeguato di pazienti pediatrici ad altre strutture o figure professionali da parte di non-pediatrì è anche oggetto di preoccupazione, ed è un ambito che non è stato studiato in profondità. Una ricerca finlandese intorno alle ragioni che spingono i medici di base a indirizzare i loro pazienti alle strutture ospedaliere, ha mostrato che la causa più comune di rinvio per i pazienti inferiori ai 15 anni di età è l'otite media.<sup>10</sup> Inoltre, il ruolo degli infermieri nei diversi modelli in vigore non è stato approfonditamente studiato. Si tratta di un aspetto particolarmente interessante, perché in alcuni paesi un importante carico di lavoro viene svolto da questi professionisti della salute, che a loro volta possono contribuire in modo sostanziale all'efficienza del sistema.<sup>11</sup>

Lo scopo di questa ricerca è quello di presentare una panoramica generale delle principali caratteristiche dei sistemi di assistenza pediatrica di base dei diversi paesi europei (a chi, come e dove viene fornita l'assistenza), e dei principali problemi che si riscontrano nei diversi modelli in vigore. Le informazioni ottenute sono utili per definire l'attuale situazione dell'assistenza pediatrica di base in Europa.

## **METODI**

Un questionario, basato in parte sullo strumento usato da Katz *et al*, è stato redatto da uno degli autori (DvE) e approvato dai coautori della ricerca e dai membri del Primary–Secondary Working Group (PSWG) dell'European Academy of Paediatrics (EAP).

I questionari, muniti di una lettera di accompagnamento che spiegava lo scopo della ricerca, sono stati spediti da uno degli autori (DvE) ai delegati dei 31 paesi rappresentati nell'EAP. I delegati nazionali a cui ci si è rivolti sono pediatri in attività, impegnati nell'assistenza pediatrica di base, di secondo livello o nell'assistenza sanitaria pubblica, ma comunque con una conoscenza diretta delle strutture e del funzionamento dell'assistenza pediatrica di base nel loro paese. I questionari completati sono stati raccolti da novembre 2007 fino ad aprile 2008.

Il questionario si divideva in sei sezioni: (A) definizioni del sistema di assistenza pediatrica di base, (B) dati demografici, (C) contesto e figure professionali coinvolti nell'assistenza medica di base, (D) numero di professionisti e dettagli circa la loro formazione, (E) altre attività e (F) una sezione finale in cui inserire i propri commenti riguardo ai punti di forza e di debolezza del sistema di assistenza sanitaria di base del proprio paese. I dettagli del questionario sono mostrati nella Tabella n. 1. Come sistemi di PPC sono stati considerati quelli che, secondo i professionisti (pediatrì o medici di base) provvedono al 75% della popolazione pediatrica nel sistema di assistenza medica pubblica di ogni paese che partecipa. Nel sistema misto, o combinato, sia i pediatri che i medici di base provvedono all'assistenza in proporzioni variabili. Tutti i paesi europei coinvolti in questa ricerca hanno sistemi di assistenza sanitaria pubblica, per quanto riguarda la medicina di base, che

coprono la maggior parte dei pazienti pediatrici. L'accesso è completamente gratuito nella maggior parte dei casi, quando non è così la spesa viene rimborsata.

I dati demografici e i dati relativi agli indicatori dello stato di salute sono stati ottenuti dal sito dell'Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat>), dal sito dell'Unicef (<http://www.childinfo.org>), oppure si tratta di dati nazionali. Alcuni dati relativi ai comportamenti professionali sono stime fatte dai rappresentanti di ogni paese.

## **RISULTATI**

I risultati riportati vengono dalle risposte ricevute da 29 dei 31 paesi rappresentati nel PSWG dell'EAP: 25 su 27 (92,6%) sono paesi della Comunità Europea, tre appartengono all'EFTA (Associazione Europe di Libero Scambio: Svizzera, Islanda, Norvegia) e uno da uno stato associato (Israele).

### **Dati demografici**

La popolazione totale dei 29 paesi coinvolti dalla ricerca è di 491 011 230 abitanti, con una popolazione pediatrica di 90 795 307 abitanti, e una previsione di 5 153 295 nascite annuali. La percentuale della popolazione pediatrica rispetto alla popolazione totale varia dal 14,13% dell'Italia al 32,4% di Israele.

### **Definizioni dei sistemi di assistenza pediatrica di base**

Sette paesi (24,1%) possiedono un sistema di assistenza pediatrica di base incentrato sulla figura del pediatra, dodici paesi (41,4%) hanno un sistema basato sulla figura del medico di famiglia, e dieci (34,5%) presentano un sistema misto.

L'assistenza sanitaria è totalmente pubblica in 82,8% paesi, e mista (privato/pubblico) nel restante 17,2%. L'accesso al sistema è gratuito, senza nessun pagamento diretto, nel 75,9% dei paesi, e prevede il parziale rimborso delle spese nel 24,1% dei casi. La pianificazione e il finanziamento dell'assistenza sanitaria sono centralizzati in 24 paesi (82,8%) e decentralizzati in cinque.

La definizione dell'età pediatrica, in funzione dell'assistenza medica di base, cambia a seconda dei paesi. Nella maggior parte dei casi (15 paesi) l'età pediatrica arriva fino ai 18 anni di età, e nel 10% si spinge fino ai 19 anni. In molti paesi, questa si estende fino all'età adulta per gli accessi ospedalieri o per le cure specialistiche (ad es. in caso di patologie croniche). Fra gli 11 paesi in cui l'età pediatrica non arriva fino ai 18 anni, otto prevedono la possibilità di estenderla fino ai 18 anni e oltre in caso di ospitalizzazione.

### **Contesto ambulatoriale e professionisti coinvolti nell'assistenza di base**

Per quanto riguarda il luogo dove i bambini vengono visitati per l'assistenza di base, si tratta di ambulatori privati in nove paesi, di centri di assistenza pediatrica in otto paesi, e sia di ambulatori privati che di centri di assistenza in dodici paesi.

Per quanto riguarda il numero di pazienti che ogni professionista ha in carico (pediatra o medico di famiglia), sono stati raccolti i dati relativi solo a 21 paesi. Il numero medio di pazienti che ciascun pediatra o medico ha in cura è di 1250 (il range va da 650 a 2100).

I dati relativi al personale coinvolto direttamente nell'assistenza pediatrica di base non sono stati reperiti per quattro dei paesi coinvolti. Fra i restanti 25 paesi, in 16 si riscontra la presenza di personale infermieristico (64%), e sia infermieri che altre figure professionali sono coinvolte in nove paesi. Il numero medio di infermieri per pediatra o medico di base è uno (range 1-7).

### **Numero di professionisti e formazione**

Il numero totale di pediatri attivi nei paesi coinvolti nella ricerca è di 82.078, il 40,4% dei quali (33.195) lavorano nell'assistenza medica di base.

La formazione standard indicata dall'European Board of Paediatrics (Commissione Permanente dell'EAP) è di 5 anni, composti da 3 anni per la formazione comune e 2 anni per la formazione specialistica in assistenza medica di primo, secondo o terzo livello.

Gli anni di formazione previsti per i pediatri sono 5 (o più) in più di 20 dei 29 paesi considerati, e meno di 5 in nove paesi. Il tempo medio dedicato alla formazione in pediatria dei medici generici è di 4 mesi (IQR 3-6), e in alcuni paesi non è prevista alcuna formazione obbligatoria in pediatria per loro.

### **Attività**

Il numero medio di visite mediche previste nell'ambito del programma di assistenza pediatrica negli anni è di 14,7 (range 5-30). Le vaccinazioni vengono somministrate nell'ambulatorio del pediatra in otto paesi, nei centri di assistenza sanitaria in nove e in diversi luoghi in 12. Le figure professionali coinvolte nelle vaccinazioni comprendono gli infermieri in cinque paesi (Svezia, Portogallo, Israele, Finlandia, Norvegia), i pediatri in cinque (Bulgaria, Repubblica Ceca, Germania, Grecia, Slovacchi), i medici generici in altri cinque paesi (Polonia, Irlanda, Estonia, Danimarca, Belgio), e una combinazione di diverse figure professionali in 12 paesi.

In 25 paesi sono stati raccolti dei dati relativi all'esistenza di un programma di prevenzione e assistenza sanitaria specifico per i bambini in età scolare. Ventidue paesi possiedono un programma di prevenzione e assistenza specifico, tre paesi non lo possiedono. Questo programma è a carico di medici e infermieri in sei paesi, di infermieri scolastici in tre paesi, di pediatri in altri tre paesi e sia di pediatri che di medici generici in sette. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria agli adolescenti, abbiamo i dati relativi a 22 paesi. In cinque di questi essa è affidata ai pediatri, in altri cinque è affidata ai medici di base, e nei restanti 14 paesi viene svolta da un sistema misto (principalmente da medici di base e, occasionalmente, da pediatri).

### **DIBATTITO**

Di recente l'OMS ha pubblicato il suo Rapporto relativo al 2008, con lo slogan "assistenza medica di base, ora più che mai"<sup>1</sup>, rinforzando ancora una volta l'idea che un sistema di assistenza medica di base efficace è la chiave per la qualità di qualsiasi sistema sanitario. La presente ricerca fornisce una panoramica generale dell'assistenza pediatrica di base in Europa, allo scopo di condividere informazioni raccolte in paesi diversi con diversi sistemi di assistenza medica di base. Il dibattito intorno a quale sia il miglior modello di assistenza sanitaria esistente per l'età pediatrica è ancora in corso, in parte a causa del fatto che i dati disponibili relativi all'efficacia dei vari sistemi sono per il momento ancora insufficienti.

Per quanto riguarda il tipo di sistema di PPC (paediatric primary care), solo in sette paesi (24%) si riscontra un sistema incentrato sulla figura del pediatra. Dieci paesi (35%) presentano un sistema misto, e 12 (41%) un sistema basato sulla figura del medico generico. Se paragoniamo questi dati allo studio di Katz *et al*<sup>4</sup>, notiamo un incremento dei sistemi basati sul medico generico e una diminuzione sia dei sistemi misti che di quelli basati sul pediatra. Ad ogni modo, queste differenze possono essere in parte dovute all'utilizzo di definizioni diverse per operare la classificazione dei paesi, e inserirli in un gruppo o nell'altro. Nella nostra ricerca, queste definizioni sono state basate sul tipo di assistenza previsto dal sistema sanitario pubblico, che è il principale responsabile

dell'assistenza sanitaria nei paesi presi in esame. Per esempio, in Portogallo è stata identificata la presenza di un sistema misto da Katz *et al*<sup>4</sup>, mentre la nostra ricerca individua un sistema basato sulla figura del medico generico, poiché, anche se vi sono pediatri che lavorano privatamente nell'assistenza di base, il sistema sanitario pubblico portoghese prevede solo il medico di base come medico curante per i bambini. La Bulgaria è passata, nel 2001, da un sistema basato sul pediatra a un sistema basato sul medico generico. La carenza di pediatri rispetto ai bisogni dell'assistenza di base, nei paesi che presentano un sistema basato sul pediatra, può essere sintomo di un prossimo passaggio al sistema misto, se le variazioni nel numero di specialisti che vogliono lavorare nell'assistenza medica di base, e le questioni relative all'organizzazione professionale, non verranno esaminati al più presto.

È interessante notare che c'è una grande variazione nella definizione dell'età pediatrica in uso nei diversi paesi nell'ambito dei sistemi di assistenza medica di base. In più di metà dei paesi considerati, l'età pediatrica va dagli 0 ai 18 anni, ma nel 38% dei casi, l'età pediatrica arriva solo fino ai 14, ai 15 o ai 16 anni. Nella maggior parte dei casi, per quanto riguarda gli accessi ospedalieri o le visite specialistiche, soprattutto in caso di patologie croniche, l'età pediatrica può venire estesa fino ai 18 anni. Sarebbe auspicabile armonizzare la definizione di età pediatrica in tutti i paesi europei, nell'ambito dell'assistenza medica di primo, secondo e terzo livello, così come sarebbe opportuno fissare limiti di età comuni per l'ospitalizzazione.

Rigby *et al*<sup>12</sup> hanno individuato una serie di indicatori della qualità dell'assistenza sanitaria, relativi alla popolazione pediatrica europea, nell'ambito del progetto Child Health Indicators of Life and Development. Sono stati identificati 38 indicatori principali, che sarebbero utili per misurare le condizioni dell'assistenza pediatrica. L'uso di questi indicatori potrebbe essere d'aiuto per poter valutare con maggior precisione le differenze esistenti tra i diversi sistemi nazionali in vigore. Sfortunatamente, per poter valutare ciascuno di questi indicatori sono necessari dati piuttosto complessi, che non sono attualmente disponibili nella maggior parte dei paesi coinvolti.

La formazione in pediatria ricevuta dai medici di base è chiaramente insufficiente, essendo in media solo di 4 mesi. In alcuni paesi la formazione in pediatria dei medici di base non è obbligatoria, o è addirittura inesistente. Si tratta probabilmente di un problema rilevante, in quei paesi che non vedono i pediatri coinvolti nell'assistenza medica di base. Un tempo di formazione compreso tra i 9 e i 12 mesi è probabilmente il minimo necessario, per poter acquisire una conoscenza di base dei problemi sanitari specifici dei pazienti pediatrici, che non vengono affrontati nella formazione di un medico di base.

Il numero di visite di prevenzione previste dai diversi sistemi per i pazienti pediatrici varia in modo notevole. Si va da poche visite (cinque in Lussemburgo e otto in Danimarca) a un numero cospicuo (più di 20 in Slovacchia, Lettonia, Lituania e Svezia). La prevenzione è importante per il mantenimento di uno stato di salute buono fra i bambini, ma non ci sono dati che ci permettano di stabilire quale sia il miglior programma di screening. Alcuni paesi, come l'Olanda, hanno un sistema che prevede specialisti in medicina preventiva, e questo permette un alto livello di compimento dei programmi di prevenzione. In altri paesi, le visite di prevenzione sono condotte da infermieri, pediatri o medici di base. Uno studio recente mette in evidenza che il ricorso alle visite di prevenzione in età pediatrica è più basso nelle fasce sociali svantaggiate della popolazione.<sup>13</sup>

La diversità fra i sistemi e le organizzazioni dell'assistenza pediatrica di base in adozione nei diversi paesi europei dovrebbe essere vista come un'opportunità di confronto, e un modo di ottenere informazioni sull'efficacia dei diversi sistemi. È comunque necessario individuare indicatori specifici, che dovrebbero essere valutati in maniera uniforme e regolare in tutti i paesi coinvolti.

**Ringraziamenti** Gli autori ringraziano JL Bonal (Spagna) e J Ruiz-Canela (Spagna) per il sostegno dato all'attività di DvE presso l'EAP; M Zach, P Hamilton, A Tenore e J Ramet, dell'EAP; A Craft, per le critiche costruttive e i preziosi commenti; e M Pulido per l'aiuto nella redazione. Membri del PSWG che hanno contribuito: I Azevedo (Portogallo), S Barak (Israele), A Barillari (Belgio), A Biver (Lussemburgo), F Bovet (Svizzera), A Chybicka (Polonia), C de Beaufort (Lussemburgo), S del Torso (Italia), AK Eigenmann (Svizzera), Ü Einberg (Estonia), E Ghenev (Bulgaria), A Hadjipanayis (Cipro), P Hamilton (Gran Bretagna), H Hardarson (Islanda), E Jaeger-Roman (Germania), F Kadar (Ungheria), G Kubatova (Repubblica Ceca), I Lanka (Lettonia), R Lounamaa (Finlandia), F Mimouni (Israele), A Nicholson (Irlanda), K Prcuchova (Slovacchia), A Prieler (Austria), F Rubel (Francia), O Rudzeviciene (Lituania), W Sedlak (Austria), MS Zupancic (Slovenia), E Siebke (Norvegia), K Simovicova (Slovacchia), F Skovby (Danimarca), M Solomou (Cipro), D Stefanidis (Grecia), N Szitanyi (Repubblica Ceca), D Van Esso (Spagna), P Verloove Vanhorick (Olanda) e B Wettergren (Svezia).

**Conflitto di interessi** Nessuno.

**Provenienza e revisione** Non accreditato; revisione esterna.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Primary health care—now more than ever. The World Health Report 2008. World Health Organization, 2008.
2. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfi eld B. From Alma -Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet* 2008;372:1365–7.
3. Ercan O, Alikasifoglu M, Erginoz E, et al. Demography of adolescent health care delivery and training in Europe. *Eur J Pediatr* 2009;168:417–26.
4. Katz M, Rubino A, Collier J, et al. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics* 2002;109:788–96.
5. del Torso S, Bussi R, DeWitt TG. Primary care pediatrics in Italy: eighteen years of clinical care, research, and teaching under a national health service system. *Pediatrics* 1997;99:E8.
6. Janda J. Paediatric care in the Czech Republic. *Arch Dis Child* 1995;72:271–3.
7. Cheng TL. Primary care pediatrics: 2004 and beyond. *Pediatrics* 2004;113:1802–9.
8. Peile E. The future of primary care paediatrics and child health. *Arch Dis Child* 2004;89:113–15.
9. Craft A. Out of hours care. *Arch Dis Child* 2004;89:112–13.
10. Vehviläinen AT, Kumpusalo EA, Takala JK. Reasons for referral from general practice in Finland. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:43–7.
11. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324:819–23.
12. Rigby MJ, Köhler LI, Blair ME, et al. Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *Eur J Public Health* 2003;13:38–46.

13. Søndergaard G, Biering-Sørensen S, Michelsen SI, et al. Non-participation in preventive child health examinations at the general practitioner in Denmark: a register-based study. Scand J Prim Health Care 2008;26:5–11.

**Allegati:**

<b>Tabella n. 1 Definizioni e descrizione del questionario</b> Tabella n. 1 Definizioni e descrizione del questionario		
Temi	Dati	Commenti e rettifiche
Paese	Nome del Paese	
Data	Anno	
Definizioni		