

Questa rubrica propone Documenti sanitari, linee guida, linee di indirizzo o di intenti di interesse pediatrico commentati a cura dell'Associazione Culturale Pediatri.

LA SALUTE DEI BAMBINI IN ITALIA. DOVE VA LA PEDIATRIA? IL PUNTO DI VISTA E LE PROPOSTE DELL'ACP

Commento a cura di Dante Baronciani

Neonatologo

Il documento "La Salute dei Bambini in Italia. dove va la pediatria? Il punto di vista e le proposte dell'ACP", prodotto ed approvato in assemblea nel giugno 2014, affronta i temi essenziali per un piano nazionale per l'infanzia e propone alcuni spunti al Governo nazionale ed ai Governi regionali raggruppandoli in otto punti. Le Pagine elettroniche di Quaderni ACP ripropongono, a partire da questo numero, ogni punto del documento con una riflessione, a distanza di quasi tre anni, sull'esistente oggi, sui cambiamenti avvenuti e sulle nuove politiche e forme assistenziali necessarie ma ancora da costruire nell'ottica di un sistema sanitario centrato sul bambino.

PIENA ATTUAZIONE DI LINEE GUIDA E RACCOMANDAZIONI SU NASCITA E POST PARTUM

A che punto siamo con le proposte contenute nel capitolo "Piena attuazione di Linee Guida e raccomandazioni su nascita e post-partum"?[1]. Questo l'invito rivoltomi dalla redazione. La risposta è resa difficile dal fatto che nella realtà italiana accade sovente che l'emanazione di leggi o direttive non sia accompagnata da dati che indichino la situazione di partenza (la linea di base), né sia seguita da una valutazione dell'attuazione delle disposizioni e, tanto meno, dalla misurazione del raggiungimento degli obiettivi. La risposta al quesito non può quindi che essere il risultato dell'esperienza personale, condotta negli ultimi anni nella realtà dell'Emilia Romagna. Quale premessa vorrei sottolineare che la selezione dei temi operata nel capitolo in esame, per i quali si segnala l'esistenza di raccomandazioni, presenta alcune carenze tra le quali particolare rilevanza assumono: rilevazione e interventi relativi alla depressione materna, modalità di rianimazione, profilassi in epoca neonatale, analgesia per procedure minori, cure minime neonatali (es.: ipoglicemia, rischio infettivo), screening neonatali. Tra le azioni raccomandate il documento chiede la "piena attuazione delle raccomandazioni nazionali e internazionali sopra elencate". A me pare, con tutta franchezza, che questa richiesta sia tautologica: si raccomanda di adottare le raccomandazioni basate sulle prove di efficacia. Credo sia venuto il momento di entrare nel merito: cosa impedisce di adottarle? Nel presentare il significato dell'EBM, Sackett sottolineava che le "prove di efficacia" si devono confrontare con i quesiti che emergono dalla valutazione del paziente e, all'atto delle decisioni terapeutiche, con le preferenze dello stesso. In modo analogo, allorché si decida di adottare raccomandazioni che riguardano modelli organizzativi o impostazioni terapeutiche, è necessario misurarsi con la realtà del singolo contesto lavorativo, con la sua storia, le sue risorse, le sue resistenze al cambiamento. Deve essere posta la massima attenzione alla definizione delle priorità; non è possibile innescare processi di cambiamento se non si se-

lezionano non solo i temi ma anche le raccomandazioni relative al singolo tema. E' necessario definire, nel singolo contesto una strategia "possibile"; un'insufficiente attenzione viene data a questo aspetto nonostante esistano importanti indicazioni sul metodo da adottare per a livello locale [2].

Per quanto riguarda alcuni punti specifici affrontati nel documento, i dati dell'Audit condotto nel 2014 in tutti i 29 punti nascita dell'Emilia Romagna (9 Centri Hub e 20 Spoke) evidenziano come esista un'ampia variabilità tra i Centri rispetto a criteri (di peso ed età gestazionale) adottati per la selezione dei neonati cui garantire il contatto precoce e per quelli che possono essere assistiti in rooming-in (operante in tutti i Centri). Viceversa una discreta uniformità si osserva per quanto riguarda:

- il garantire l'accesso libero dei genitori (24 ore su 24) nelle Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale favorendo al contempo un loro ruolo attivo nell'accudimento del bambino;
- l'adottare le principali raccomandazioni relative al sostegno all'allattamento al seno. La maggiore criticità osservata è relativa alla carenza di informazioni sulla rete di sostegno presente a livello territoriale; criticità confermata dai dati esistenti che, nelle diverse realtà, individuano nel primo mese di vita il momento ove si osserva una rapida caduta del tasso di allattamento;
- il programmare un controllo presso il pediatra di famiglia entro 3-7 giorni nonché la definizione di protocolli di intesa con i Servizi territoriali e con i pediatri di famiglia in caso di dimissione protetta.

La variabilità osservata nelle scelte organizzative ed assistenziali testimonia o un diverso impegno nei processi di cambiamento o un diverso esito di interventi atti al cambiamento. Se si prende in esame la seconda ipotesi si evidenzia come sia necessario ipotizzare strumenti che consentano alle diverse realtà di conoscere le caratteristiche degli interventi attuati in quei contesti che sono riusciti ad operare il cambiamento. Penso allo sviluppo di un archivio elettronico ove raccogliere la sintesi degli interventi attuati nelle diverse realtà e degli esiti degli stessi. Si può uscire dalla ripetizione di obiettivi che da anni caratterizzano i documenti di programmazione per entrare nel merito degli interventi possibili, raccogliendo le esperienze positive che ci sono? Può l'ACP avere un ruolo in questo cambiamento di marcia? La variabilità delle scelte assistenziali e organizzative può riflettersi nei risultati. Uso la forma dubitativa non solo perché non sempre esiste una raccolta ed analisi degli indicatori (l'Emilia Romagna è in una situazione favorevole) ma perché in alcuni casi può essere difficile stabilire una relazione diretta tra interventi ed esiti. Ho, ad esempio, qualche dubbio su alcuni risultati attesi enunciati nel capitolo in esame. L'apertura delle Unità di Terapia Intensiva alla presenza dei genitori potrebbe non comportare una riduzione della durata del ricovero. Il ricorso

appropriato al parto cesareo potrebbe determinare una minore riduzione, di quanto previsto dagli autori, dei tassi di mortalità e morbosità materna. La pratica del rooming-in potrebbe non determinare un incremento significativo del tasso di allattamento esclusivo alla dimissione. In assenza di questi risultati dovremmo forse rinunciare a queste pratiche? La scelta di indicatori appropriati è un passo importante per evitare che un presunto non raggiungimento dell'obiettivo porti ad abbandonare scelte che diversi studi (o il semplice buon senso) avvalorano. Da ultimo, non per importanza, vorrei sottolineare la necessità di introdurre profondi cambiamenti nella formazione in ambito perinatale se si vuole che la nascita non rappresenti un semplice passaggio di consegne tra ostetrico (qualche volta ginecologo con scarse competenze ostetriche) e neonatologo/pediatra.

-
1. Capitolo del "La salute dei bambini in Italia. Dove va la pediatria? Il punto di vista e le proposte dell'ACP" del giugno 2014?"
 2. Potter J, Fuller C, Ferris M. Local clinical audit: handbook for physicians. Healthcare Quality Improvement Partnership. Royal College of Physicians; August 2010 URL: <http://www.hqip.org.uk>

