

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

• *Studio infermieristico rispetto all'efficacia ed economicità di due diversi Cateteri Venosi Centrali a lunga permanenza nei pazienti con sarcoma primitivo dell'osso.*

*di: C. Forni, L. Loro,
T. Mazzei, M. Tremosini, A.
Triggiani, C. Beghelli,
A. Biolchini, C. Raspanti,
R. Boschi.*

Servizio Assistenza Istituti Ortopedici Rizzoli. Bologna

Introduzione

Per inquadrare il problema si descrive brevemente il contesto.

Il servizio di Chemioterapia dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (Bologna), è un reparto di degenza composto di 12 letti dove vengono somministrate le chemioterapie ai pazienti affetti da tumore primitivo dell'osso (Osteosarcoma e Sarcoma di Ewing) tumori che colpiscono prevalentemente ragazzi adolescenti. Le chemioterapie constano nella somministrazione endovenosa di farmaci antitumorali per infusione continua di 2-6 giorni con intervalli di 2-3 settimane per una durata complessiva di 11 mesi. Solo il 5% dei pazienti afferenti al centro proviene dall'Emilia Romagna, i restanti dalle altre regioni o dall'estero. Con un bacino d'utenza così vasto di fatto non si trattano pazienti neutropenici in quanto il periodo di nadir, avvenendo a domicilio, costringe i malati ad utilizzare le strutture sanitarie vicino a casa ad eccezione dei pazienti di Bologna che non superano mai uno-due casi all'anno.

Scenario

A questi pazienti, nell'80% dei casi, viene inserito un Catetere Venoso Centra-

le (CVC) a lungo termine parzialmente impiantato, non solo per l'infusione dei cicli chemioterapici in ospedale, ma anche per effettuare ripetuti prelievi ematici, terapie endovenose e trasfusionali necessarie a domicilio.

Il posizionamento di un CVC è oggi una modalità ormai routinaria per i pazienti che devono sottoporsi a lunghe terapie antitumorali. L'utilizzo di tali cateteri implica alti costi e un rischio di complicazioni anche severe che possono essere limitate attraverso un'attenta assistenza infermieristica e una puntuale informazione ai sanitari di riferimento per la gestione domiciliare. Anche le diverse caratteristiche dei vari tipi di catetere giocano un ruolo importante rispetto ai costi e all'incidenza delle complicazioni. Purtroppo molto spesso la scelta dei diversi presidi dipende più da considerazioni marginali, abitudini o da pressioni di mercato. Anche nella nostra realtà abbiamo assistito a modifiche repentine di tipologie di presidi e in particolare, rispetto ai CVC, dopo anni di utilizzo del catetere tipo Broviac che è a punta aperta, parzialmente impiantato e a lunga permanenza, gli anestesisti hanno cominciato ad impiantare cateteri di tipo Groshong che sono a punta chiusa. La motivazione data si riferiva al fatto che non necessitando eparinizzazioni a giorni alterni, il rischio d'infezioni diventava minore e si risparmiava anche tempo infermieristico. Il presidio però era molto più costoso ma l'ipotesi era che il rapporto rischio-beneficio e costo-beneficio era ben compensato. Come accade di frequente, nessuno chiese il parere degli infermieri utilizzatori e, in questa popolazione specifica, non si accertò se tali affermazioni avessero prove di efficacia a sostegno. Dopo alcuni mesi di utilizzo, cominciarono a sorgere perplessità, i cateteri avevano problemi di malfunzionamento apparentemente più frequentemente del vecchio presidio che continuava a essere impiantato a seconda delle forniture presenti in farmacia. In reparto erano quindi in trattamento ragazzi con CVC a punta aperta e ragazzi con CVC a punta chiusa scelti "casualmente".

Come infermieri del Servizio di Chemioterapia dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, decidemmo quindi di verificare l'efficacia e la sicurezza rispetto al costo/beneficio, dei due di-

versi cateteri che venivano impiantati presso il servizio in un gruppo di pazienti con sarcoma primitivo dell'osso trattati con cicli di chemioterapia per 9-11 mesi per cercare di confermare scientificamente tali ipotesi di utilizzo del nuovo presidio.

Materiali e metodi

È stata creata una scheda di raccolta dati per monitorare le caratteristiche del paziente (non potendo randomizzarli occorreva confrontarli rispetto alle variabili confondenti); il tipo di CVC impiantato (tipo di punta, lume, posizione, operatore, complicanze precoci); il numero dei malfunzionamenti e il numero totale di manovre; il numero delle infezioni sintomatiche catetere relate (e conseguenti emocolture di conferma); le infezioni del punto d'ingresso, i problemi riscontrati (rottura di raccordi o di clamp...) e la durata complessiva, in giorni, del catetere.

Questi dati, peraltro già stabilmente raccolti dagli infermieri per monitorare il fenomeno infettivo, non prendeva in considerazione tutta la gestione domiciliare che rappresenta circa i 2/3 della gestione complessiva. Si è quindi predisposta anche una semplice scheda da consegnare al genitore in cui doveva segnalare tutte le volte che un sanitario utilizzava il catetere a casa (prelievi, eventuali eparinizzazioni, antibiotici endovenosi...); tutti i problemi accaduti (prelievo non riuscito...) e se compariva febbre con brivido. A ogni dimissione veniva illustrata dall'infermiere di riferimento la scheda al parente o al paziente stesso che la consegnava poi all'infermiere al ricovero successivo. Era attiva una linea telefonica dedicata infermieristica, 24 ore su 24, cui far riferimento per qualsiasi problema gestionale.

Risultati

Sono stati arruolati 83 pazienti consecutivi per un totale di oltre 600 giorni catetere durante 18 mesi di studio. A 41 pazienti in quel periodo montarono 41 CVC di tipo Broviac e a 42 un Groshong e questo a conferma della "casualità" di scelta. Nessun paziente è stato perso durante lo studio.

Le caratteristiche dei pazienti erano sovrapponibili in termini di malattia e stadio, sesso e tossicità da chemioterapia. Una lieve differenza c'era rispetto all'età media, 16 anni vs 13, (Tabella 1) in quanto in uno dei due gruppi vi

era un paziente sessantenne che per la tipologia di tumore riveste il carattere di eccezione ma si è deciso di non escluderlo in quanto si era deciso di arruolare la totalità dei pazienti afferenti al reparto a cui veniva impiantato un CVC nei 18 mesi di studio senza introdurre quindi ulteriori bias di selezione. Tale differenza non era comunque statisticamente significativa. Anche la durata media del catetere era sovrapponibile (252 giorni vs 240 giorni) ma anche il numero medio di manovre non differiva significativamente (157 per il Broviac vs 149 per il Groshong) e già questo dato dimostra che il catetere a punta chiusa non ha un uso inferiore di accessi come invece veniva prospettato perlomeno su questa tipologia di pazienti.

Analizzando poi le complicanze, intese come numero di infezioni catetere relate (da richiedere l'asportazione del CVC), malfunzionamenti, occlusioni parziali tutti i dati sono a leggero svantaggio del nuovo presidio a punta chiusa. (Tabella 1). L'analisi delle differenze fra i vari dati non è peraltro significativa e come minimo questo consente di rigettare l'ipotesi che il nuovo presidio sia più sicuro per il paziente, faccia risparmiare tempo al personale e quindi giustifichi il maggior costo che deve sostenere l'azienda.

La valutazione economica grossolana riguardava infatti i costi per l'ospedale: un catetere Groshong costava 329,24 euro contro 90,19 euro del "vecchio" presidio. La media degli impianti è di circa 53 all'anno (il reparto è molto piccolo) e questa piccola ricerca ha permesso all'ospedale (questi risultati sono stati illustrati al farmacista responsabile che ha deciso di non acquistare più il prodotto) un risparmio secco di 11.000 euro annui senza valutare neppure i costi dei farmaci utilizzati per risolvere le occlusioni parziali più frequenti nei Groshong né i reimpianti più frequenti in modo significativo sempre in questo presidio (2 CVC si sfilarono e 5 furono rimossi per malfunzionamento). La ricerca ha notevoli limiti metodologici ma rappresentando l'universo della popolazione afferente al reparto oggetto dello studio e trattando una tipologia di pazienti molto selezionata, ha consentito di confrontare i due gruppi senza mettere troppo a rischio le associazioni evidenziate e potendo trovare la risposta al quesito assistenziale posto dagli infermieri di

reparto. Resta inteso che tali dati possono generalizzarsi solo alla popolazione identificata, ma le conclusioni volevano raggiungere innanzitutto proprio questo risultato.

Tabella 1

n.	Broviac	Groshong	Significatività (P)
Numero pazienti	41	42	
Maschi	13	13	
Femmine	28	29	
Età media (range)	16 (4-60)	13 (3-43)	P .58
Età mediana	14	11	
Rimossi x infezione	2 (0,79 per 100gg catetere) 2 con punta posit	4 (1,66 per 100gg catetere) 3 con punta posit e 1 neg	P .63
Durata media cvc in gg (range)	252 (29-377)	240 (7-386)	P .80
Durata mediana cvc in gg	274	270	
n. medio di manovre per singolo catetere	157	149	
n. complicanze tardive (per 100gg catetere) occlusioni, rotture distali, rotture raccordi, reflusso, scuffiato	20 (7,9 per 100gg catetere)	27 (11,25 per 100gg catetere)	P .4
Rimossi per complicanze (escluse le infezioni) (per 100gg catetere)	2 (0,79 per 100gg catetere) (2 rotture)	7 (2,9 per 100gg catetere) (5 malposiz. e 2 sfilati)	P .13
n. occlusioni parziali	13	18	P .30
Complicanze precoci	6	7	

A sostegno di quanto osservato, dopo poco tempo sono stati pubblicati in letteratura trial ben disegnati che confrontavano la stessa problematica giungendo alle stesse conclusioni. Questa ricerca, oltre a consentire tutte le valutazioni appena riportate, evidenziò anche un problema all'epoca sottostimato: al 13,4% dei pazienti a casa il CVC non veniva usato costringendoli a fastidiose e continue venipunture. Tale dato si evidenzò nell'analisi delle

schede domiciliari date ai genitori che riferivano inoltre che spesso i sanitari a domicilio preferivano non utilizzare il presidio nonostante fossero forniti di precise indicazioni all'utilizzo fornite dal reparto al momento della prima dimissione. Da questo studio è nato così il progetto di istruzione di un parente sulla gestione domiciliare del CVC nel caso non trovassero un sanitario di riferimento. L'obiettivo primario era di formare un parente

sulle manovre eseguibili sul Catetere Venoso Centrale affinché sorvegliasse, informato, il comportamento del sanitario prescelto per tali procedure a domicilio o, a eseguirle lui stesso direttamente nel caso non trovasse nessuno disposto ad utilizzarlo come purtroppo spesso segnalato (i pazienti provengono da tutt'Italia). Tali manovre riguardavano prioritariamente come si eparinava e si lavava il catetere, come si medicava e come si sostituiva il tappino ivi comprese le manovre necessarie in caso di malfunzionamento e il riconoscimento precoce dei sintomi attestanti una probabile contaminazione. È stata predisposto un libretto informativo, una videocassetta e un manichino per le lezioni pratiche. Il progetto è stato premiato e finanziato dall'Agenzia Sanitaria Regionale e da quando c'è un familiare informato e formato a medicare, eparinare e fare i prelievi ematici, l'incidenza delle infezioni da CVC è passata dall'11,5% al 7,6%; i malfunzionamenti dal 38,4% al 23% mentre solo l'1,6% non utilizza il CVC a casa. La nostra professione ha una grande responsabilità nella valutazione dei trattamenti assistenziali e nell'efficacia dei presidi adottati, lo strumento della ricerca non solo permette di dimostrare scientificamente la validità o meno di ipotesi ma anche di spalancare continuamente nuovi scenari sempre nell'ottica della qualità e sicurezza del paziente e della professionalità degli infermieri.



BIBLIOGRAFIA

- Hoffer EK, Bloch RD, Borsa JJ, Santulli P, Fontaine AB, Francoeur N.
Peripherally inserted central catheters with distal versus proximal valves:
prospective randomized trial.
J Vasc Interv Radiol. 2001 Oct;12(10):1173-7.
- Biffi R, De Braud F, Orsi F, Pozzi S, Arnaldi P, Goldhirsch A, Rotmensz N, Robertson C, Bellomi M, Andreoni B.
A randomized, prospective trial of central venous ports connected to standard open-ended or Groshong catheters in adult oncology patients.
Division of General Surgery, European Institute of Oncology, Milan, Italy.

Cancer. 2001 Sep 1;92(5):1204-12.

- Fratino G, Molinari AC, Mazzola C, Giacchino M, Saracco P, Bertocchi E, Castagnola E.
Prospective study of indwelling central venous catheter-related complications in children with broviac or clampless valved catheters.
Department of Pediatric Surgery, G. Gaslini Children's Institute, Largo G. Gaslini, 5-(I) 16147 Genoa, Italy.
J Pediatr Hematol Oncol. 2002 Nov;24(8):657-61.
- Warner BW, Haygood MM, Davies SL, Hennies GA.
A randomized, prospective trial of standard Hickman compared with Groshong central venous catheters in pediatric oncology patients.
Division of Pediatric Surgery, Children's Hospital Medical Center, University of Cincinnati College of Medicine, OH 45229-3039, USA.
J Am Coll Surg. 1996 Aug;183(2):140-4.
- Pasquale MD, Campbell JM, Magrant CM.
Groshong versus Hickman catheters.
Department of Surgery, Georgetown University Hospital, Washington, District of Columbia 20007.
Surg Gynecol Obstet. 1992 May;174(5):408-10.



• Osservatorio Nazionale sulla Salute "Rapporto Osservasalute - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane"

di Dott.ssa Laura Murianni
Segretaria Scientifica e Coordinatrice

e Prof. Gualtiero Ricciardi
Direttore Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane
Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Sintesi e Conclusioni del Rapporto Osservasalute 2007

Il Rapporto Osservasalute analizza come ogni anno lo stato di salute della popolazione italiana e la qualità dei servizi erogati dai Sistemi Regionali Sanitari.

In linea generale lo stato di salute degli italiani è complessivamente buono, ma permane, e in qualche caso aumenta, la differenza tra macroaree geografiche, tra singole regioni e tra maschi e femmine.

I principali risultati:

PARTE PRIMA - Salute e bisogni della popolazione

Popolazione

L'analisi della popolazione rispetto all'anno 2005-2006 evidenzia un calo numerico soprattutto in Molise, Basilicata e Calabria, mentre il movimento interno mostra spostamenti dalle regioni meridionali (soprattutto la Sicilia) verso il Centro-Nord.

Per quanto riguarda la fecondità, ci sono lievi aumenti nelle regioni del Centro-Nord, mentre le altre regioni permangono stazionarie.

Indistintamente in tutte le regioni la popolazione italiana continua ad invecchiare. Nonostante il contributo di "ringiovanimento" dato dall'afflusso di popolazioni immigrate, ogni cinque persone una ha più di 65 anni.

Sopravvivenza e mortalità

Per quanto riguarda la speranza di vita, analizzata dal 2002 al 2006, si evidenzia come sia migliorata (dopo un peggioramento nel 2003 dovuto probabilmente all'ondata di calore) di 1,1 anni per gli uomini (78,3 anni nel

2006) e di 1 anno per le donne (83,9 anni nel 2006).

Quest'anno si evidenzia una generale ripresa della speranza di vita, sia alla nascita che a 65 e a 75 anni. Le Marche rimangono la regione più longeva, così come viene confermata la Campania come quella meno longeva, sia alla nascita che a 65 anni.

Sempre più accentuata la differenza tra uomini e donne; quest'ultime vivono di più, ma resta evidente il loro svantaggio nell'affrontare gli anni di vita in più in condizioni di maggiore disabilità.

Emergono, infatti, miglioramenti nei valori della speranza di vita libera da disabilità, miglioramento però più evidente per gli uomini (da 12,7 a 14,9 anni) che per le donne (da 14,2 a 16,1 anni) e con gradiente Nord-Sud (la Calabria ha i valori più bassi per entrambi i sessi).

Per quanto riguarda le cause di morte, la loro distribuzione rimane invariata rispetto alla situazione presentata lo scorso anno, mentre vi è una notevole differenza tra uomini e donne, con il 40% delle morti degli uomini dovuto a malattie cardiovascolari ed il 24% ai tumori, mentre nelle donne le percentuali sono, rispettivamente, il 60% e l'11%.

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

L'analisi relativa ai fattori di rischio ed agli stili di vita evidenzia che, pur cominciandosi a concretizzare i primi risultati di programmi mirati al miglioramento dello stato di salute attraverso attività di prevenzione, c'è ancora da lavorare molto per ridurre fattori come fumo, alcol ed alimentazione scorretta.

Fumo: vi è una lieve diminuzione dei fumatori rispetto all'anno scorso, soprattutto nelle regioni del Nord Italia, ma sono evidenti le differenze dovute a diseguaglianze socio-economiche.

Obesità: è in costante aumento. Il livello di sovrappeso della popolazione maschile è quasi il doppio di quello della popolazione femminile.

Per quanto riguarda i programmi di screening, le regioni del Sud hanno aumentato in maniera considerevole la loro copertura (ad esempio la percentuale di donne inserite nel programma di screening mammografico è passata dal 10% del 2003 al 40% del 2005), anche se i valori sono ancora molto inferiori rispetto a quelli relativi

alle donne residenti nelle regioni del Centro-Nord (sempre per il mammografico superiori al 90% nel 2005).

Esiste ancora una forte disomogeneità nei valori di copertura vaccinale tra i bambini, con le percentuali più basse tra i residenti nella Provincia Autonoma di Bolzano e nelle regioni Calabria, Campania e Sicilia.

Altro problema persistente è quello degli incidenti stradali: le Province Autonome di Trento e Bolzano, seguite da Veneto e Campania hanno i valori più alti, mentre per quanto riguarda gli incidenti domestici, le donne, i bambini e gli anziani del Centro-Sud sono i più colpiti.

Ambiente

Dall'analisi dei dati relativi alla disponibilità d'acqua potabile, appare chiara la marcata differenza esistente tra le regioni, così come ancora più allarmante è il livello di disomogeneità nella depurazione dei liquami tramite fognatura pubblica: solo il 56% dei comuni italiani è in regola con la normativa vigente.

È in costante aumento la produzione di rifiuti solidi urbani: le regioni del Sud hanno in discarica quantitativi più alti di rifiuti rispetto al Centro-Nord.

Si conferma la carenza di dati e di informazioni, soprattutto nelle regioni meridionali, sui livelli e sulle caratteristiche degli inquinanti atmosferici.

Malattie

Rilevante l'aumento delle malattie croniche:

- per le malattie *cardiovascolari* non vi sono differenze significative e pertanto si rimanda ai dati ed alle analisi effettuate nel Rapporto Osservasalute 2006;

- per le malattie *metaboliche* si riscontra un aumento della prevalenza ed un incremento dei ricoveri per tali patologie, in particolare nel Sud. Esistono molte iniziative che hanno come obiettivo l'individuazione di strategie di gestione complessiva della malattia, soprattutto rispetto alla creazione di profili di cura integrati territorio-ospedale;

- per i *tumori* i tassi di incidenza complessivi confermano che il Sud si sta avvicinando al Nord. Da sottolineare le differenze di genere, poiché per le donne i valori sono in aumento in tutte le regioni;

- i tumori restano una patologia che interessa prevalentemente la popo-

lazione anziana, positivi comunque i dati relativi all'aumento della sopravvivenza e, quindi, della prevalenza e la riduzione costante della mortalità.

Per le malattie *infettive* si riscontra:

- una riduzione nell'incidenza di AIDS con tassi che continuano ad essere più bassi nel Meridione;
- l'aumento dei tassi di incidenza di sifilide e gonorrea;
- l'aumento dell'incidenza della legionellosi, con un gradiente svantaggioso per le regioni del Centro-Nord, ma con evidenti problemi legati alla correttezza delle notifiche dei casi, alla migliore compilazione delle notifiche stesse ed al miglioramento nelle tecniche diagnostiche;
- tra le infezioni a trasmissione respiratoria, la varicella sembra la patologia più diffusa nella classe d'età 0-14 anni.

Lo studio sulla *disabilità* quest'anno prende in considerazione anche aspetti legati alle condizioni socio-economiche delle persone affette da disabilità e delle loro famiglie:

- il 4,8 % della popolazione italiana risulta affetta da disabilità grave;
- la maggior parte dei disabili è costituita da anziani che vivono soli. La percezione del loro stato di salute è molto negativa (il 56% dichiara di sentirsi male o molto male);
- vi è una maggiore presenza di disabili in Sicilia ed in Puglia, mentre le Province Autonome di Trento e Bolzano fanno registrare il dato più basso;
- il sistema non riesce a fornire assistenza adeguata: l'80% delle famiglie con persone disabili non è assistito dai servizi pubblici a domicilio, la maggior parte di queste famiglie risiede al Sud;
- in assenza di adeguati supporti, le famiglie sono costrette a far fronte, a proprie spese, alle necessità dovute alle problematiche connesse alla disabilità e, pertanto, la metà di queste famiglie si dichiara insoddisfatta della propria condizione finanziaria;
- la disabilità ha pertanto un impatto elevato sui bilanci familiari, pari ad un quinto dei consumi privati delle famiglie.

Salute mentale e dipendenze

- L'esame del trend 2001-2004 dei tassi di ospedalizzazione per disturbi psichici evidenzia che i valori permangono alti, ma con l'avvio di una lieve diminuzione per entrambi i sessi

- in tutte le regioni, ad eccezione di Abruzzo e Sardegna. Sostanziale il trasferimento dei ricoveri dal regime ordinario a quello in Day Hospital;
- questo tipo di ricovero avviene principalmente in strutture ospedaliere del SSN, con il 2,7% dei ricoveri nel 2003 e l'assorbimento del 2,7% della spesa ospedaliera totale. Nell'arco temporale 1999-2003 emerge un utilizzo sempre più appropriato dell'ospedale per il trattamento delle patologie psichiatriche;
 - il consumo di farmaci antidepressivi è triplicato dal 2000 al 2006: ciò potrebbe essere dovuto sia all'effettivo aumento di disagio sociale e/o mentale, sia ad un'aumentata attenzione nei confronti della patologia mentale;
 - è notevolmente aumentato il numero di prestazioni assistenziali psichiatriche erogate in strutture residenziali non ospedaliere, ma con una evidente differenza di offerta tra aree territoriali ed una notevole difficoltà nell'identificazione e nella classificazione di queste strutture;
 - i tassi di mortalità per abuso di stupefacenti sono in diminuzione.

Salute materno-infantile

Numerosi sono stati quest'anno gli approfondimenti e gli studi effettuati in quest'area:

- il parto cesareo è stato studiato in relazione all'età della donna, evidenziando un aumento per tutte le classi di età, ma con fortissime variabilità regionali che vedono il Sud, in particolare la Campania, ai primi posti. Gli approfondimenti confermano che le strutture private ricorrono con maggiore frequenza al parto cesareo rispetto a quelle pubbliche;
- l'aumento del ricorso al parto cesareo in Campania, enormemente al di sopra dello standard fissato dal Ministero della Salute, sembra legato oltre che a scelte non in linea con le indicazioni nazionali e regionali, a problemi di ordine organizzativo;
- per alcune informazioni, come ad esempio la distinzione di parto cesareo primario e pregresso, è migliore l'informazione derivante dalla banca dati SDO che da quella CeDAP;
- in leggero aumento l'abortività spontanea, mentre è stabile il dato complessivo relativo all'interruzione volontaria di gravidanza. Quest'ultima, se analizzata in funzione della cittadinanza, evidenzia però una diminuzio-

ne tra le donne italiane ed un aumento tra quelle straniere, in particolare per le donne nubili e giovani;

- in ulteriore diminuzione la mortalità neonatale ed infantile, ma con un divario Nord-Sud, a sfavore di quest'ultimo, ancora elevato.

Salute degli immigrati

L'analisi sullo stato di salute delle popolazioni migranti è stata, rispetto allo scorso anno, ulteriormente ampliata, evidenziando che:

- aumenta la presenza degli stranieri in Italia (dal 2005 al 2006 dell'1,8%), in particolare di quelli provenienti dai paesi dell'Est-Europa e dalla Cina. I rumeni sono la prima collettività per numero di permessi di soggiorno rilasciati e sono più presenti nell'area Centro-Settentrionale;
- per quanto riguarda il loro inserimento nel mercato del lavoro, risultano valori più alti di attività e di occupazione rispetto a quelli degli italiani. I settori di impiego maggiori sono quello edile e del servizio alle famiglie;
- vi è un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri (soprattutto provenienti dall'Est-Europa) con valori più elevati nel Nord-Ovest;
- la normativa sanitaria è estremamente tutelante verso tali soggetti (il 96% degli immigrati regolarmente presenti ha diritto all'accesso/iscrizione al SSN);
- le donne straniere ricorrono all'aborto volontario in frequenza superiore alle italiane, soprattutto quelle provenienti dall'Est-Europa e dall'America Latina;
- i tassi di ospedalizzazione in regime ordinario e Day Hospital sono aumentati nel tempo, ma i valori dei ricoveri nella popolazione straniera sono inferiori a quelli degli italiani, soprattutto per gli uomini. Al Nord i tassi di ricovero sono più elevati;
- le cause di ricovero più frequenti per gli uomini sono i traumatismi e le malattie dell'apparato digerente, per le donne la gravidanza e le infezioni del sistema genito-urinario;
- solo per le malattie infettive e parassitarie, il ricorso ai servizi di ospedalizzazione resta quasi il doppio rispetto agli italiani;
- l'incidenza di AIDS negli anni 1996-2003 è in diminuzione per gli uomini e stazionaria per le donne;
- l'incidenza della tubercolosi negli anni 1999-2005 è in aumento.

PARTE SECONDA - Sistemi Sanitari Regionali e la qualità dei servizi

Tutte le regioni si sono attivate per migliorare i propri servizi, ma rimane forte e, nel caso di 6 regioni, aumenta il divario quali-quantitativo nell'offerta e nella qualità dei servizi.

I principali risultati:

Assetto economico-finanziario ed istituzionale-organizzativo

- Estrema eterogeneità dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) rispetto alle *performance* economico-finanziarie, che restano comunque nell'insieme alquanto problematiche. Tutto ciò si riscontra attraverso l'analisi della spesa sanitaria, dei disavanzi, delle modalità di allocazione delle risorse e dei *Rating* assegnati dalle agenzie internazionali alle singole regioni;
- la spesa sanitaria rispetto al PIL è in aumento generale, soprattutto al Sud;
- gli squilibri economici sono accompagnati da quelli organizzativi-strutturali;
- nel 2005 i maggiori disavanzi medi annui pro capite si riscontrano in: Lazio, Campania, Molise, Sardegna ed Abruzzo;
- per quanto riguarda i disavanzi 2005-2006 la situazione generale sembrerebbe in miglioramento. Per le regioni interessate da un Piano di rientro a causa di disavanzi strutturali cumulati nel tempo vi sono manovre fiscali e riorganizzative rilevanti. Forti criticità si riscontrano in molte regioni del Sud e nel Lazio per il Centro;
- le regioni presentano assetti istituzionali ed organizzativi (dotazione di personale, prestazioni erogate in base alla classificazione della struttura sanitaria regionale, nuove forme di organizzazione della medicina territoriale, etc) sempre più diversificati: da un lato questa è una risposta alle differenti esigenze di erogazione dei servizi per ciascuna area territoriale, dall'altro indica una sempre più radicata perdita di unitarietà nella gestione dell'assistenza sanitaria;
- il modello "aziendale" in sanità è sufficientemente consolidato anche nelle singole aziende, nonostante l'instabilità prodotta da tensioni finanziarie, da interventi di ingegneria istituzionale, dalle tentazione

all'accentramento di alcune regioni e dall'eccessivo *turnover* dei direttori generali;

- nella gestione di problematiche interprofessionali, come le liste d'attesa, si evidenzia la necessità di lavorare in team multi professionali per mettere insieme competenze cliniche, amministrative, tecniche e gestionali per raggiungere gli obiettivi prefissati;
- infine si è illustrato come siano interessanti lavori che utilizzino indicatori relativi allo stato di salute e alle *performance* delle regioni analizzando insieme a indicatori di gestione dei Sistemi Sanitari Regionali. Attraverso questa analisi preliminare si possono individuare degli indicatori "chiave" per analizzare la coerenza intrinseca dei SSR tra bisogni, domanda ed esiti e tra le capacità di governo e le *performance* dei SSR.

Assistenza

Assistenza Territoriale

- Il numero di casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è molto variabile nelle regioni, sia in generale, sia restringendo l'analisi alla sola popolazione anziana;
- per quanto riguarda i ricoveri potenzialmente evitabili e, quindi, gestibili in assistenza territoriale, come l'asma e complicanze del diabete mellito, dall'analisi del trend 2001-2005 emerge una diminuzione generale.

Cure Palliative

- Vi sono forti differenze nell'utilizzo dei finanziamenti statali da parte delle regioni per costruire la rete di assistenza per le cure palliative e sussistono evidenti diversità nell'offerta di servizi.

Assistenza Farmaceutica

- Vi è un'ampia variabilità di utilizzo e consumo tra le regioni: Molise e PA di Trento hanno avuto un incremento di consumi dal 2005 al 2006 rispettivamente del 16% e dell'11%, la PA di Bolzano ha diminuito i consumi di circa il 4%;
- vi è un'ampia variabilità nella spesa farmaceutica a carico del SSN con miglioramenti tra il 2005-2006 della PA di Bolzano, mentre restano più elevati i valori per le regioni del Sud, capofila la Calabria;
- aumenta l'utilizzo di farmaci a brevetto scaduto: segno di una maggiore attenzione all'uso di farmaci equivalenti che offrono terapie con-

solidate a prezzi competitivi: Toscana e Abruzzo capofila. Ultime Lazio, Molise e Sardegna;

- la spesa farmaceutica privata è molto diversa tra le regioni: al Centro-Nord ci sono valori più elevati;
- ottimi i risultati per il sistema di tracciabilità del farmaco: l'Italia è tra i Paesi Europei più avanzati in questo campo ed appare capace di monitorare analiticamente e in tempo reale l'andamento dei consumi e della spesa farmaceutica.

Assistenza Ospedaliera

- I tassi di ospedalizzazione complessivi a livello nazionale sono in lieve diminuzione (diminuzione dei ricoveri in regime ordinario e lieve aumento dei ricoveri in day hospital), in particolare per i ricoveri per acuti. In aumento, invece, i ricoveri in regime di riabilitazione e lungodegenza;
- a livello regionale sussistono rilevanti differenze tra le regioni soprattutto per i tassi di dimissioni ospedaliere nelle classi d'età inferiore ad 1 anno e maggiore di 75 anni;
- differenze forti anche rispetto alle degenze medie preoperatorie con un gradiente Nord-Sud;
- importante la variabilità regionale ed aziendale per gli aspetti quantitativi di procedure quali bypass aortocoronarico ed angioplastica coronarica percutanea transluminale e per gli interventi di adenotonsillectomia;
- forti differenze regionali nel ricorrere ad un utilizzo appropriato delle cure ospedaliere. Il rischio di ospedalizzazione evitabile appare più elevato al Sud;
- il 43,4% della popolazione italiana oggetto dell'analisi ha espresso un gradimento appena sufficiente sulla qualità complessiva del Servizio Sanitario Pubblico, il 34% è soddisfatto.

Esiste un effetto legato all'età e al sesso per cui gli uomini, sia tra i 18-24 anni che oltre gli 80 anni, si ritengono più soddisfatti del Servizio Sanitario Pubblico delle donne. I valori più elevati di soddisfazione sono nelle classi d'età anziane, i più bassi nelle classi di età intermedie. I giudizi più negativi sono al Sud, in particolare Calabria, Puglia e Sicilia. I giudizi migliori in Valle d'Aosta, Province Autonome di Trento e Bolzano.

Trapianti

L'Italia ha guadagnato una posizione

di *leadership* in ambito europeo verso le donazioni, la qualità degli interventi, la sicurezza delle prestazioni e il trapianto di tessuti e cellule staminali emopoietiche.

Alcune priorità secondo Osservasalute

Nel ribadire, come facciamo ogni anno, che compito del Rapporto Osservasalute non è quello di indicare ai decisori le azioni da intraprendere, ma di mettere a loro disposizione dati oggettivi e scientificamente rigorosi per adottare azioni adeguate, razionali e tempestive per la salute delle popolazioni di riferimento, è possibile individuare, alla luce delle evidenze emerse quest'anno, le seguenti priorità:

Assistenza ospedaliera

- 1) Porre al centro dell'assistenza il punto di vista del paziente per quanto attiene efficacia e qualità percepita.
- 2) Lavorare sulla comunicazione e sugli aspetti organizzativi e gestionali più adeguati a soddisfare le esigenze dei cittadini.
- 3) Iniziare a valutare in modo obiettivo i risultati dell'assistenza.
- 4) Per le regioni più in difficoltà (es. quelle interessate da Piani di rientro) accelerare la razionalizzazione dell'offerta.

Assistenza territoriale

- 1) Organizzare e governare l'assistenza territoriale, attraverso la definizione di percorsi di cura con finalità di *governance* clinica.
- 2) Avviare forme innovative di organizzazione e gestione dell'assistenza primaria.
- 3) Identificare criteri adeguati per la definizione delle strutture residenziali, sia per accesso che per tipologie di trattamenti.

Assistenza farmaceutica

- 1) Analizzare i consumi dei farmaci e valutarne l'impatto sulla salute.
- 2) Attivare flussi informativi capaci di censire e valutare la qualità e i risultati dell'utilizzo in aumento e con forti differenziazioni regionali rispetto all'utilizzo di farmaci antipsicotici ed antidepressivi.

Salute materno-infantile

- 1) Intervenire prontamente sull'utilizzazione del parto cesareo, ancora in aumento per tutte le classi d'età, soprattutto al Sud e soprattutto nelle strutture private.

- 2) Intervenire per ridurre lo svantaggio per alcuni versi allarmante nella mortalità neonatale ed infantile nel Sud.
- 3) Chiarire il sistema di classificazione delle abortività spontanee per rendere confrontabili a livello internazionale i dati del nostro sistema.

Disabilità

Attivare interventi a sostegno delle famiglie che si fanno carico di costi di assistenza elevati dovuti a problemi di disabilità.

Immigrati

Dare maggiori informazioni sull'accesso alle strutture sanitarie.

Cure palliative

Sviluppare un sistema adeguato per l'assistenza per cure palliative sia in regime di ricovero, sia in strutture diverse dall'ospedale.

• “Programma di cura e sviluppo individualizzato al neonato prematuro (nidcap): un nuovo modello assistenziale.”

di I.P. Patrizio Sannino
NIDCAP Professional,

Giovanna De Bon
Fisioterapista
NIDCAP Professional

I.P. Germana Santini
Fondazione I.R.C.C.S. Osp.
Maggiore Policlinico, Mangiagalli,
Regina Elena Milano
U.O. di Neonatologia e Terapia
Intensiva Neonatale

Prof. Fabio Mosca

INTRODUZIONE

Scopo di questo articolo è descrivere una nuova metodologia assistenziale per i neonati prematuri in terapia intensiva neonatale (TIN) e i loro genitori .

Il neonato pretermine necessita di cure altamente specialistiche che gli permettono la sopravvivenza e gli garantiscono la possibilità di crescere affinché possa diventare competente per una vita extrauterina.

La metodologia NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Programme) permette di descrivere le caratteristiche del neonato prematuro attraverso l'osservazione e l'interpretazione dei suoi segnali comportamentali. L'osservazione strutturata del neonato permette di individuare obiettivi e strategie operative per una cura personalizzata ed individualizzata.

Attraverso questo strumento è possibile organizzare procedure assistenziali in relazione allo sviluppo del neonato, supportando e rafforzando contemporaneamente il legame genitore-neonato.

IL NEONATO PREMATURO

B. Brazelton (1), negli anni 60, ha definito che il neonato già alla nascita è dotato di competenze che gli permettono di interagire con chi lo accudisce e con l'ambiente, attraverso un atteggiamento propositivo, interattivo e collaborativi. Al bambino viene rico-

nosciuta la sua unicità che gli consente di sostenere (rispondere) le stimolazioni ambientali e sociali, ma anche che le sue capacità di risposta sono in stretta relazione con il suo stato di salute e con la sua età gestazionale (l'età corretta è calcolata in relazione alla data presunta del parto, prima delle 40 settimana di gestazione si considera come età corretta del bambino l'età gestazionale raggiunta).

La nascita prematura interrompe una fase in cui stanno ancora maturando i suoi organi e sistemi.

Il suo sistema nervoso centrale(SNC) si sta sviluppando velocemente ma le sue strutture non sono sufficientemente mature per affrontare le stimolazione che riceve dal mondo extrauterino.

Il mondo intrauterino è contraddistinto dal semibuio, dalla tranquillità, dal contatto continuo con la madre anche attraverso la percezione dei suoi ritmi cardiaci, respiratori e viscerali. Il bambino all'interno dell'utero si muove nel liquido amniotico dove la forza di gravità è di circa un terzo rispetto a quella ambientale; egli avverte il contenimento dell'utero che favorisce la posizione in flessione, e gli permette di portare gli arti sulla linea mediana, di toccare ed esplorare il proprio corpo (Ferrari).

Il neonato prematuro deve essere considerato come un bambino competente per una vita intrauterina ed impreparato per una vita extrauterina; secondo la Dott.ssa H. Als il neonato prematuro non è un neonato a termine deficitario ma un individuo competente, il cui funzionamento è appropriato per un ambiente intrauterino ed inappropriato per l'ambiente extrauterino (2).

La nascita prematura proietta il pretermine in un ambiente sovraccarico di stimoli (luci, rumori, manipolazioni), viene separato dalla madre, la forza di gravità è triplicata rispetto a quella uterina, la superficie piatta dell'incubatrice nella quale il bambino viene ospitato non agevola il neonato nel controllo posturale.

Se si confronta un neonato molto pretermine con un neonato a termine ci si trova di fronte a due organismi estremamente diversi dal punto di vista maturativi, oltre che per le caratteristiche somatiche. Il S.N.C. che tra la 24 e 40 settimana di gestazione si sviluppa velocemente, subisce vari livelli



di differenziazione mostrando grande plasticità.

Durante questo periodo gestazionale si ha una grande proliferazione e differenziazione neuronale, il cervello si arricchisce di sinapsi e di collegamenti neuronali e, gradualmente, di solchi e di circonvoluzioni.

Negli ultimi decenni le conoscenze e gli strumenti a disposizione, sia nel settore ostetrico che neonatologico, sono molto migliorate ed hanno permesso di garantire la sopravvivenza anche a bambini nati di peso ed età estremamente basse (24- 25 settimane di età gestazionale e peso < 750 g, definiti come "Microneonati").

L'entusiasmo scaturito dall'aumento della sopravvivenza, deve fare i conti però con la consapevolezza che questi neonati sono sottoposti ad un rischio molto maggiore, rispetto ai nati a termine, di sviluppare problematiche ed esiti a lungo termine (3), che potrebbero condizionare la qualità della loro vita e della loro famiglia (4). Infatti la prematurità grave è fattore di rischio per disabilità di diverso grado: Disabilità maggiori (paralisi cerebrali, disturbi sensoriali, gravi ritardi mentali) e Disabilità Minori o Disturbi Cerebrali minimi (D.C.M.) cioè sequele caratterizzate da alterazioni dello sviluppo percettivo-motorio, deficit relazionali e comportamentali (del temperamento, della maturità emotiva, delle competenze sociali), disordini del linguaggio, scarsa performance globale nell'apprendimento scolastico, ecc.

I Disturbi Cerebrali Minimi, al contrario di quelli maggiori per i quali la diagnosi può venir fatta nel primo anno di età, si evidenziano di solito in età prescolare e scolare anche se i primi segni di difficoltà emotive, cognitive e relazionali si possono rilevare anche nel primo anno di vita.

Le sequele maggiori hanno un corrispettivo clinico nelle immagini ecografiche e nelle neuro-immagini, mentre le sequele minori non evidenziano lesioni a livello cerebrale. Solo recentemente i "disturbi" dello sviluppo riscontrati nei bambini pretermine, hanno trovato anche correlazione con la modificazione strutturale dello sviluppo cerebrale rispetto al bambino a termine grazie all'utilizzo della Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) volumetrica tridimensionale, che permette di misurare quantitativamente il volume del tessuto cerebrale (5,6).

Il notevole incremento delle DCM, in relazione ad una riduzione in percentuale delle disabilità maggiori, ha portato ad analizzare quali fossero i fattori che accanto alla prematurità potessero dare origine a tali difficoltà. Si è giunti alla conclusione che la prematurità associata alle influenze ambientali, sociali e alle complicanze mediche, spesso riscontrate nella popolazione dei bambini di peso ed età gestazionali bassi, possono essere elementi multifattoriali che influiscono sullo sviluppo psicomotorio e relazionale del bambino pretermine (7,8,9).

TEORIA SINATTIVA

H. Als, riprendendo le affermazioni di B. Brazelton, considera il bambino pretermine un collaboratore attivo alla sua crescita, con capacità di interagire direttamente con chi si prende cura di lui e con l'ambiente.

La Teoria Sinattiva si basa sulla scala NBAS relativa ai cinque sottosistemi ideata da B. Brazelton per valutare il comportamento del neonato a termine, e definisce che è possibile valutare le capacità del pretermine di adattarsi all'ambiente extrauterino attraverso la valutazione del suo comportamento e delle strategie utilizzate per adattarsi alle proposte sociali ed ambientali.

Il pretermine, attraverso il suo comportamento, comunica il suo stato di benessere e/o di disagio (segnali di stabilità e di stress): il comportamento diventa quindi non solo via di comunicazione, ma anche strumento attraverso il quale è possibile individuare, definire ed attuare strategie assistenziali e di accudimento adeguate alle capacità raggiunte ed emergenti del bambino.

H. Als afferma, attraverso la Teoria Sinattiva, che il corretto funzionamento dell'organismo del neonato dipende dalla maturazione e interazione dei 5 sottosistemi:

- Sistema autonomo o vegetativo: respirazione, colorito, funzioni digestive ed escretorie, motricità;
- Sistema motorio: quantità e qualità dei movimenti, posture spontanee;
- Stati comportamentali: stabilità, disponibilità, variabilità degli stati di sonno e veglia e modalità di transizione da uno stato all'altro;
- Attenzione ed Interazione: qualità dello stato di vigilanza e capacità di mantenere ed utilizzare tale stato per la relazione;
- Autoregolazione: capacità di regola-

re la stabilità dei singoli sottosistemi e la relazione tra essi.

I cinque sottosistemi maturano consecuzionalmente ed il buon funzionamento di un sistema è dipendente dalla stabilità degli altri. I primi sottosistemi che maturano e che permettono la maturazione dei successivi sono il sistema autonomo e sistema motorio.

NIDCAP

Nel 1986 Als, utilizzando la Teoria Sinattiva (e formulando una scala di valutazione strutturata dei sottosistemi), propone la metodologia NIDCAP attraverso la quale risulta possibile effettuare "un'osservazione naturalistica" (Naturalistic Observation of Newborn Behaviour), cioè senza la somministrazione di alcuna prova o items del bambino pretermine anche di bassa età gestazionale e in condizioni cliniche instabili.

Come si formula un'osservazione NIDCAP e come si procede a farla diventare un'indicazione nell'assistenza per gli operatori:

L'osservazione deve essere eseguita da un professionista certificato che ha conseguito il diploma di "NIDCAP Professional": questa osservazione sistematica analizza i segnali di stabilità e disorganizzazione relativi ai 5 sottosistemi.

La valutazione neurocomportamentale è strutturata secondo parametri definiti per ogni sottosistema, di cui si segnala la presenza su di un apposita scheda preordinata. Vengono analizzati ogni 2 minuti (durante l'osservazione è necessario un cronometro) i 5 sottosistemi. Ogni sottosistema è diviso in segnali di stabilità (organizzazione, autoregolazione, consolazione), e segnali di instabilità (disorganizzazione stress ed esitamento); in tutto sono 91 i segnali comportamentali presi in considerazione. Nella scheda vengono anche annotate le caratteristiche dell'ambiente circostante: il microambiente (incubatrice, lettino) e il macroambiente (la stanza dove è ricoverato il bambino).

Egli può essere osservato in ogni momento della giornata, durante qualsiasi attività assistenziale o in qualsiasi momento di interazione del bambino con i caregiver (caregiver è chi si prende cura del neonato: genitore, infermiere, fisioterapista, medico).

L'osservazione inizia circa 10 minu-

ti prima che il caregiver interagisca con il neonato, continua durante tutto il tempo dell'interazione e prosegue dopo che l'attività è terminata, fino a che il bimbo non ritorna allo stato iniziale, quindi per un tempo non definito. La ragione per cui l'osservazione inizia prima dell'intervento e prosegue dopo che l'intervento è terminato è di avere la possibilità osservare quanto le modalità dell'interazione hanno potuto influire sullo stato di base del bambino (stato di sonno, veglia e loro qualità).

La fase successiva consiste nel trasformare la scheda di osservazione in un rapporto scritto in cui vengono indicate le capacità del neonato, le sue difficoltà e gli obiettivi da raggiungere. Nella scelta delle strategie da adottare molta importanza si dà al coinvolgimento nelle cure dei genitori che vengono considerati come principali promotori dello sviluppo del bambino a cominciare dai primi periodi di vita, anche se nella realtà della nascita di un neonato pretermine l'ambiente che lo accoglie è molto diverso per caratteristiche e tipologia di cure dall'ambiente familiare.

Questa osservazione permette di valutare:

- i compiti gestiti facilmente dal bambino;
- i compiti che stressano il bambino;
- i compiti che non sono ancora adeguati;
- le modalità di accudimento fornite al bambino.

Promuove: Stato di salute del bambino e facilita l'organizzazione ed integrazione dei comportamenti nel tempo;

- Favorisce lo sviluppo del SNC;
- Favorisce la relazione neonato-genitore;
- Aiuta i genitori a comprendere il comportamento del neonato e facilita l'accudimento.

Diversi articoli scientifici si sono espressi su questo argomento: il più significativo è un articolo del 2004 in cui Als (10) presenta uno studio randomizzato nel quale l'efficacia dell'intervento individualizzato ed evolutivo è stato correlato con i dati dell'esame elettroencefalografico (EEG) e con i risultati delle neuro-immagini (RMN). Lo studio ha anche previsto una valutazione APIB (Scala di valutazione neurocomportamentale del neonato pretermaturo) a 2 settimane dopo il termine previsto della gravidanza e una valu-

tazione a 9 mesi con test di sviluppo Beyeley. Questo studio è stato il primo a correlare risultati clinici con risultati strumentali: i bambini del gruppo di studio hanno presentato una migliore performance neurocomportamentale a 2 settimane di età corretta ed una miglior organizzazione e maturazione del cervello, nelle aree frontali (sede delle funzioni attentive ed esecutive) ed occipitali (sede dell'organizzazione visuo-spaziale) così come nelle loro connessioni. Anche il Beyeley Test a 9 mesi ha evidenziato punteggi significativamente più alti nelle performance mentali, cognitive, motorie e comportamentali del gruppo sperimentale.

CONCLUSIONI

Il metodo NIDCAP è lo strumento migliore per realizzare un programma di cura individualizzata al neonato pretermaturo e ai suoi genitori.

I professionisti che operano nella TIN devono saper coniugare aspetti tecnico-scientifici con aspetti emozionali-relazionali nei confronti della coppia neonato-genitore, pertanto devono avere delle competenze specifiche riguardanti i bisogni del piccolo paziente e del genitore.

Il percorso formativo permette al professionista di saper leggere il comportamento del neonato, riconoscerne i bisogni, favorire la sua maturazione e sostenere i suoi genitori.

La formazione per l'infermiere che opera in TIN ha un ruolo fondamentale per offrire strumenti utili per poter affrontare situazioni complesse e competenze relazionali in grado supportare il carico emotivo durante l'esercizio professionale.



BIBLIOGRAFIA

- 1 Drillien C.M. "The growth and developmental of the prematurely born infant", Living-stone Ltd, Edinburgh and London 1964
- 2 Franck LS, Greenberg CS, Stevens B. "Pain Assessment in infant and children" *Pediatr Clin North Am* 47; 487-512; 2000 Als H, Duffy F, et al. "Early experience alters brain function an structure" *Pediatrics* vol 113 No 4 April 2004
- 3 Allen C.M. „preterm outcomes research:a critical component of neonatal intensive care“, *Mental Retardation and Developmental Disabilities* 8:221-233(2002)
- 4 Donohue P.K. "Health-Related Quality of Life of Preterm Children and Their Caregivers" *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 8.293-297(2002)
- 5 L. Ramenghi, F. Triulzi, M. Leven, M.Fumagalli, A.Righini e F.Mosca "Risonanza magnetica cerebrale nel neonato" *Quaderni di aggiornamento in Pediatria*, Ed. dalla PLADA S.r.l. - Divisione Dieterba - 2003
- 6 Boardman JP, Counsell SJ, Rueckert D, Kapellou O, Bhatia KK, Aljabar P, Hajnal J, Allsop JM, Rutherford MA, Edwards AD "Abnormal deep grey matter development following preterm birth detected using deformationbased morphometry" *Neuroimage*. 2006 Aug 1;32(1):70-8. Epub 2006
- 7 Tolsa C.B., Zimine S., Warfield S.K., Freschi M. et all. "Early Alteration of Structural and Functional Brain Development in Premature Infants Born with Intrauterine Growth Restriction" *Pediatrics research*, Vol. 56, No1, 2004
- 8 Terrie EI, Simon K. Warfield, Hong Wang, Petra S. Huppi, Joseph J. Volpe "Abnormal Cerebral Structure Is Present at Term in Premature Infants" *Pediatrics* Vol 115 No. 2 Febr.2005
- 9 Bartlett D., Piper M.C. "Neuromotor Development of Preterm Infants. Through The First Year of Life: Implications for Physical and Occupational Therapists" *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, Vol 12(4), 1993 by Haworth Press, Inc.
- 10 Als H, Duffy F, et al. "Early experience alters brain function an structure" *Pediatrics* vol 113 No 4 April 2004

• **“Un Accordo di Cooperazione Interaziendale per la mediazione dei conflitti in sanità.”**

di CPSE Daniela Negrini
Responsabile URP Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna,

Dott. Patrizio Di Denia
Responsabile Programma aziendale Risk management Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna,

Dott.ssa Antonella Padovani
Responsabile URP Azienda Usl di Imola,

e Dott. Eugenio De Liberali
Dirigente medico Ospedale privato accreditato Domus Nova di Ravenna.

Premessa. Il contenzioso per responsabilità professionale medico/sanitaria ha assunto negli ultimi anni notevole rilevanza, sia a livello quantitativo per l'aumento delle pratiche risarcitorie attivate, sia a livello economico per la consistenza delle richieste avanzate.

Sarebbe troppo semplicistico dire che l'aumento del contenzioso è dovuto ad un aumento degli errori del personale sanitario. L'aumento del contenzioso dipende da una serie di concause, tra cui le più note sono:

- la maggiore **consapevolezza** dei pazienti sui loro diritti a cui non intendono rinunciare, facendoli valere nelle sedi giudiziarie competenti;
- l'aumento delle **aspettative di guarigione** dovuto anche agli sviluppi che la scienza e l'applicazione della tecnologia alla medicina hanno determinato;
- diminuzione del **timore reverenziale** dei cittadini nei confronti della classe medica;
- il mutare del modo di intendere giuridico del concetto di **colpa professionale**.

Il ricorso all'autorità giudiziaria da parte del cittadino, se da un lato registra un trend in aumento, dall'altro presenta non pochi problemi, anche perché è stato riscontrato che in buona parte dei casi la sentenza del giudice, ancorché favorevole al

paziente, non lo soddisfa pienamente e comunque non lo ristora della sofferenza emotiva, che ha radici più profonde e non può essere rimarginata con un risarcimento economico, proiettato unicamente su di un piano materiale.

Nel procedimento giudiziario chi decide è un soggetto terzo – il giudice che opera in nome della collettività. Le parti in conflitto perdono ogni potere decisionale sulla vicenda che li riguarda ed anzi, nel corso del processo, assumono addirittura un ruolo del tutto marginale.

La decisione del giudice è l'atto conclusivo di un procedimento complesso, in cui vanno rispettate forme e procedure definite per legge.

Solo ciò che è stato prodotto in giudizio dalle parti nel rispetto di tali forme e procedure rappresenta la prova in senso tecnico-giuridico e quindi determina l'esito della causa.

Le criticità del ricorso ad un procedimento giudiziario derivano da un eccessivo formalismo e da una complessità procedurale che, allungando a dismisura i tempi di conclusione della vertenza, determinano un aggravio di costi anche per il cittadino, senza contare la difficile prevedibilità ed aleatorietà dell'esito del contenzioso.

Nel processo in ambito giudiziario l'attenzione è rivolta all'oggettività del caso e si svolge su di un piano rigorosamente razionale. Le parti sono ascoltate con metodologie tipicamente di ordine tecnico-giuridico, per cui gli aspetti emotivi legati all'evento, che tanta importanza hanno per chi li ha vissuti, non possono essere tenuti in considerazione in questa sede, in quanto generalmente privi di rilievo giuridico.

Per contenere da un lato l'aumento di costi derivanti dal contenzioso e dall'altro per cercare di dare spazio a questi aspetti legati alla mancata soddisfazione del paziente sul piano emotivo, assumono molta importanza modelli alternativi di gestione del contenzioso giudiziario (ADR - Alternative Dispute Resolution) rappresentati dalla conciliazione, dall'arbitrato e dalla mediazione (vedi box).

La mediazione dei conflitti in sanità. La **mediazione** è un processo attraverso il quale terze persone neutrali (i mediatori), in seguito a colloqui individuali con gli attori del conflitto,

consentono loro, mediante l'organizzazione d'incontri faccia a faccia, di confrontare i propri punti di vista e di esporre i propri vissuti, cosicché sia per loro accessibile una rappresentazione più complessa degli eventi, l'uno dell'altro e si possa stabilire una comunicazione corredata da un ascolto reciproco.

Scopo della mediazione non è quello di risolvere un conflitto, ma rendere possibile il dialogo tra le parti, al fine di giungere al reciproco riconoscimento delle difficoltà e delle sofferenze provate da ciascuno.

L'applicazione della mediazione dei conflitti in sanità è stata per la prima volta proposta in ambito nazionale dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Emilia-Romagna, che nel 2006 ha avviato dei percorsi formativi di 150 ore per alcuni operatori delle aziende sanitarie regionali.

La mediazione è quindi un'opportunità data al cittadino confliggente affinché incontri il professionista sanitario in un ambiente non formale ed in condizioni che permettano a ciascuno di poter esprimere valori, emozioni e sentimenti che hanno portato alla conflittualità, nell'ottica del riconoscimento reciproco.

La mediazione può permettere:

- al paziente di avere uno spazio in cui esprimere la propria sofferenza emotiva, esponendo liberamente i propri vissuti e in cui recuperare la fiducia nei confronti degli operatori sanitari, dei servizi e dell'Azienda sanitaria; ha la possibilità di esprimere, in un contesto protetto, le proprie emozioni e di uscire da un ruolo passivo o presunto tale, dando voce e visibilità alla propria identità personale; il recupero del rapporto di fiducia con l'operatore è il primo passo per il recupero della fiducia nell'Azienda Sanitaria e nel Servizio Sanitario e facilita un atteggiamento positivo anche nei futuri contatti;
- all'operatore sanitario di avere uno spazio protetto in cui esprimere il proprio vissuto, fare emergere la propria umanità, in cui poter raccontare liberamente senza timore di incorrere in conseguenze negative; il confronto diretto con il paziente serve ad arricchire di particolari la vicenda e a far sì che egli possa ricavare elementi di positività, che lo porti a riflettere

sull'accaduto e ad operare in modo meno automatico e più attento alle percezioni e agli stati d'animo dei pazienti, contribuendo a umanizzare e personalizzare l'assistenza e soprattutto recuperare, anche in termini d'immagine professionale, il rapporto di fiducia con il paziente, incrinatosi a causa del conflitto insorto.

La mediazione mira, pertanto, a dare soddisfazione ad entrambe le parti riducendo il senso di risentimento di ciascuno verso l'altro.

Il progetto interaziendale. Presupposto nella mediazione è quindi che il mediatore abbia capacità di ascolto empatico, non giudicante, distaccato dagli eventi, di mettersi in una posizione neutrale con i confliggenti o quantomeno "equidistante" tra le parti.

L'utilizzo di operatori interni alle aziende per le attività di mediazione, seppure adeguatamente formati mediante il corso regionale, potrebbe essere un ostacolo alla necessaria "equidistanza" richiesta ai mediatori; è sembrato quindi opportuno, per una più corretta applicazione delle tecniche di ascolto e mediazione definire tra alcune aziende sanitarie di dimensioni medio-piccole (l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, l'Azienda USL di Imola, il Montecatone Rehabilitation Institute di Imola e l'Ospedale Privato Accreditato Domus Nova di Ravenna), con un numero ristretto di operatori formati per la mediazione (6 operatori in totale), un Accordo interaziendale che preveda la messa in rete tra le aziende di un pool di mediatori formati, nell'ottica di ottimizzazione delle risorse disponibili, di "supervisione" reciproca e soprattutto a garanzia di una maggiore "equidistanza" nelle attività di ascolto.

Il modello organizzativo proposto. L'Accordo di Cooperazione è stato formalizzato da parte dell'Istituto Ortopedico Rizzoli con una deliberazione della Direzione Generale nel giugno 2008. Nell'accordo si afferma che "al fine di rispettare le esigenze di garanzia dell'appropriatezza dell'attività di mediazione anche attraverso incontri di supervisione, di ottemperare alla necessità di documentare adeguatamente l'attività svolta dai mediatori all'interno delle aziende ed integrare il percorso della mediazione con gli

altri percorsi della gestione del rischio, appare opportuna l'individuazione di un Team Aziendale di Mediazione. Tale Team è costituito dal Tutor Aziendale e dai Mediatori stessi e localizzato all'interno delle Aziende secondo la migliore opportunità organizzativa".

Il Tutor aziendale è il referente della direzione che ha il compito di facilitare l'integrazione delle attività di mediazione nei processi aziendali ed è il garante degli aspetti organizzativi dei percorsi di mediazione.

Poiché nelle aziende partecipanti al progetto, le attività di mediazione dei conflitti si integrano all'interno dei processi aziendali di risk management, di norma, i Tutor sono anche le figure responsabili dei programmi aziendali di gestione del rischio.

I Tutor aziendali si incontrano periodicamente tra loro per effettuare attività di tipo programmatico (ad es: per definire linee di attività comuni da inserire nei piani aziendali annuali di gestione del rischio), di confronto e valutazione delle problematiche eventualmente presenti (es: rapporti con le associazioni di tutela dei cittadini, criticità emerse nel corso delle attività di mediazione) e di verifica delle attività di mediazione realizzate (es: rendicontazione annuale alla Regione).

I mediatori, d'altra parte, effettuano incontri periodici di confronto e di reciproca supervisione sia sull'applicazione delle tecniche di mediazione che sui risultati conseguiti.

La selezione dei casi. Potenzialmente tutti i casi di conflitto possono essere affrontati in un percorso di mediazione, in quanto spesso il fatto per il quale i confliggenti si presentano non è la sola e vera causa del conflitto stesso, ma intervengono aspetti relazionali ed emotivi sottostanti, talora non evidenziabili immediatamente.

La selezione del caso da avviare al percorso di mediazione è influenzata anche da scelte di tipo organizzativo e da situazioni di contesto.

Nell'accordo sono stati definiti alcuni criteri generali, mediante i quali è possibile definire le caratteristiche dei casi potenzialmente trattabili con la mediazione:

- casi in cui già da un primo contatto dei confliggenti con gli uffici preposti si evince sofferenza emotiva;
- casi il più possibile definiti e circoscritti, in cui sono coinvolti solo due confliggenti;

- casi in cui non è stato ancora attivato un procedimento giudiziario o una richiesta di risarcimento;
- casi nei quali i confliggenti possano raggiungere agevolmente la sede degli incontri.

Il percorso di mediazione. L'accordo è servito anche a confrontare tra le aziende i percorsi di mediazione esistenti, condividendo e uniformando i principali step del processo. I percorsi aziendali sono stati documentati e formalizzati mediante procedure operative interne.

Si descrive a scopo esemplificativo il percorso di mediazione definito presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna:

1. Prima fase. Selezione dei casi

Il Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico recepisce la segnalazione del cittadino configgente (direttamente o tramite la Direzione Sanitaria o da altri punti di raccolta aziendali) e, dopo averne valutato il contenuto, la sottopone all'attenzione del Tutor aziendale che la valuta insieme alla Direzione Medica di Presidio secondo i criteri generali precedentemente descritti; nel caso sia attivato il percorso di mediazione, il Tutor ne dà comunicazione al Responsabile URP e ai mediatori aziendali.

Nel caso non vi sia l'attivazione del percorso di mediazione, il Responsabile URP chiude la pratica secondo le modalità esplicitate in procedura, in caso contrario sospende i tempi di istruttoria, dandone comunicazione al cittadino.

2. Seconda fase. Attivazione ascolti e mediazione

Il Tutor contatta i due confliggenti (il cittadino e l'operatore/professionista) proponendo l'ascolto del caso.

In caso di accettazione il Tutor organizza insieme ai mediatori aziendali i colloqui preliminari con ciascuna parte del conflitto.

Se ritenuto appropriato per il caso selezionato, il Tutor aziendale contatta uno o più mediatori extraaziendali mediante il rispettivo Tutor aziendale di riferimento.

Le parti in conflitto vengono ascoltate separatamente, una o più volte, da almeno due mediatori (di cui uno aziendale e l'altro extraaziendale) per accogliere e comprendere le ragioni del loro contrasto.

Se dopo gli ascolti, vi è la spontanea adesione di entrambe le parti alla proposta di avvalersi della mediazione, il cittadino ed il professionista vengono convocati dal Tutor all'incontro con la controparte. L'incontro di mediazione è di norma effettuato da tre mediatori, di cui almeno uno aziendale.

Al termine degli incontri di ascolto/mediazione, i mediatori presentano al Tutor aziendale ed al Direttore di Presidio Ospedaliero le risultanze in merito all'esito (positivo o negativo) e segnalano eventuali situazioni di criticità organizzative emerse durante i colloqui, utili per l'attivazione di percorsi di miglioramento, garantendo comunque la confidenzialità e la riservatezza di quanto emerso dai colloqui.

Il Tutor dovrà quindi comunicare l'esito della mediazione al Responsabile URP che, acquisiti gli elementi utili con l'istruttoria, chiuderà la pratica rispondendo al cittadino secondo le modalità previste dalla procedura aziendale di gestione dei reclami.

Se il percorso di ascolto/mediazione si interrompe in qualsiasi momento, in quanto una delle due parti rinuncia alla possibilità di andare al tavolo dell'ascolto o della mediazione, i mediatori ne devono dare immediata comunicazione al Tutor che informerà il Direttore Medico di Presidio e il Responsabile URP per la chiusura della pratica della segnalazione, secondo le modalità previste.

3. Terza fase. Ascolti post mediazione

A distanza di circa 15 - 20 giorni dall'ascolto/mediazione i mediatori si mettono in contatto con il cittadino e l'operatore/professionista, al fine di avere un feed-back della mediazione compiuta. Questo tipo di contatto può avvenire o attraverso una telefonata oppure riconvocando i confliggenti per un ulteriore incontro.

Le attività e i risultati preliminari.

La prima fase del progetto ha previsto la sua comunicazione e la presentazione nelle aziende; presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli, l'accordo interaziendale è stato presentato agli organi istituzionali e agli operatori sanitari mediante incontri informativi e la newsletter aziendale; inoltre è disponibile sulla rete intranet aziendale.

Le aziende coinvolte nel progetto, nel periodo che va dal 2007 a settembre

2008 hanno realizzato 38 attività di ascolto e di mediazione, di questi, in 14 casi sono stati coinvolti mediatori extraaziendali.

Malgrado l'esperienza fino ad oggi sia limitata nel tempo e ridotta nel numero delle attività realizzate, si può affermare che l'accordo e la costituzione di un network interaziendale di competenze per la mediazione dei conflitti in sanità, ha permesso una maggiore:

- ottimizzazione e il reperimento delle risorse per gestire il processo di mediazione (alcune delle aziende partecipanti al progetto hanno un solo operatore formato per la mediazione e quindi erano impossibilitati a fornire questo servizio ai cittadini);
- uniformità dei percorsi di accesso e di gestione della mediazione (sono stati definiti e condivisi percorsi comuni);
- garanzia di equidistanza dei mediatori nei confronti dei confliggenti (la presenza di mediatori extraaziendali durante i colloqui favorisce un atteggiamento di neutralità da parte dei mediatori aziendali).

I prossimi passi. Obiettivo prioritario è quello di passare da una fase sperimentale ad una fase di consolidamento, favorendo il ricorso sistematico alle attività di ascolto e mediazione interaziendali; sono inoltre, in corso di valutazione, la possibilità di gestire mediante queste tecniche anche i conflitti tra gli operatori che insorgono all'interno delle aziende e di effettuare anche attività di ascolti al domicilio del cittadino, in particolare per coloro che, per diverse motivazioni, hanno difficoltà a raggiungere la sede aziendale.

Partecipano al Progetto di "Cooperazione Interaziendale per l'Ascolto e la Mediazione dei conflitti in ambito sanitario": Daniela Negrini, Alessandro Tucci, Patrizio Di Denia, Maurizia Rolli (Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna), Antonella Padovani, Daniela Vicchi, Lorena Landi (Azienda Usl di Imola), Eugenio de Liberali (Ospedale privato Domus Nova di Ravenna), Giovanna Caporali, Viviana Pelliconi (Montecatone Rehabilitation Institute di Imola).

La mediazione in pillole:

Cosa sono le ADR - Alternative Dispute Resolution. Sono quelle tecniche di Soluzione Alternativa dei Conflitti come l'**arbitrato** (l'arbitro decide per le due parti e la decisione è vincolante), la **conciliazione** (il conciliatore ricerca e suggerisce la soluzione, che però non è vincolante), la **mediazione** (il mediatore accompagna le parti nella "riapertura" della comunicazione, il suo compito è quello di rendere possibile un dialogo fra le parti attraverso una particolare tecnica di preparazione delle stesse al confronto), utilizzate da un lato per contenere l'aumento di costi derivanti dal contenzioso e dall'altro per cercare di dare spazio a aspetti legati alla mancata soddisfazione del cittadino sul piano emotivo.

Cosa è la mediazione dei conflitti in sanità. La **mediazione** è una tecnica di ADR attraverso il quale terze persone neutrali (i mediatori), in seguito a colloqui individuali con gli attori del conflitto (paziente e operatore sanitario), consentono di rendere possibile il dialogo tra le parti, al fine di giungere al reciproco riconoscimento delle difficoltà e delle sofferenze provate da ciascuno.

Chi è il mediatore. Il mediatore è il curatore degli aspetti relazionali, ha la funzione di terzo equidistante tra le parti, una persona che non giudica, né sul piano giuridico né tanto meno su quello morale. Esso è privo di ogni potere sulle parti, ma ha il compito di dettare regole al processo, preparando le parti stesse al confronto in modo da poter favorire il recupero della relazione.

