

# L'ottimizzazione delle cure neonatali

## 4 chiari obiettivi e 10 "semplici" regole

Il convegno di Trento (11-12 aprile 1997) ha coinvolto in modo serio e stimolante oltre 250 partecipanti su temi basilari e concreti. "Ottimizzare" significa raggiungere risultati il più possibile "vantaggiosi", in relazione a un determinato "scopo". I risultati più vantaggiosi, secondo la logica aziendale della "Total Quality", si raggiungono quando si ottiene il miglior prodotto (1), con meno imperfezioni (2), a minori costi (3), con la massima soddisfazione del cliente (4). Anche secondo l'OMS si devono ottenere i migliori risultati di salute (1), con i minori rischi (2) e con il minor costo possibile (3), ottenendo la soddisfazione del paziente (4).

Se è vero che la Neonatologia ha per unico scopo quello di garantire la miglior qualità di vita e il miglior livello di salute in età neonatale, è ovvio che in Neonatologia (e di riflesso in Ostetricia) si devono perseguire gli stessi quattro obiettivi finali, cercando di ottenere in un determinato terri-

torio meno morti (1), meno handicap (2), a minori costi (3), col massimo gradimento e la massima umanizzazione (4) (Tabella I). In nessun altro settore della medicina si possono fare così facilmente le valutazioni di efficacia, di efficienza, di globalità.

Per "ottimizzare" sono state proposte 10 strategie apparentemente "semplici" (almeno per chi lavora dal punto di vista del neonato, secondo la modalità dell'Essere), a costi trascurabili, praticate soprattutto da noi piuttosto che da politici o amministratori.

È stata presentata l'esperienza di Trento, dove, sulla base di scarse risorse, molto lavoro organizzativo, è stato svolto con spirito "dipartimentale" su tutto un bacino di utenza di oltre 4500 nati per anno, applicando ogni validata strategia di prevenzione nel settore perinatale (Tabella II).

Gli ultimi quattro punti (Tabella III) fanno certamente da volano al miglioramento dei primi punti del decalogo.

### QUATTRO OBIETTIVI PER L'OTTIMIZZAZIONE DELLE CURE NEONATALI

**1. MENO MORTI.** Tenendo presente che circa l'80% della mortalità infantile si registra nel primo mese di vita e che un altro 10% dei decessi in età "post-neonatale" avviene per cause perinatali, il parametro più affidabile per valutare l'efficacia delle cure neonatali è il tasso di mortalità infantile per i residenti: i livelli minimi raggiunti nel mondo risultano ormai inferiori al 5 per mille (1994: Giappone 4,2; Svezia 4,4; Finlandia 4,7). Friuli Venezia-Giulia e Trentino sono in media su questi livelli.

**2. MENO HANDICAP DA CAUSE PERINATALI.** Per documentare l'ottimizzazione delle cure in una determinata area geografica occorre evidenziare due parametri essenziali:

la prevalenza degli esiti neurologici gravi (le disabilità che compromettono in modo molto serio l'autonomia di vita del bambino come i gravi ritardi psicomotori, le paralisi che impediscono la deambulazione, la cecità e la sordità totali), possibilmente al di sotto di un caso su 1000 nati;

la prevalenza di tutti casi di paralisi cerebrale, tenendo presente che recenti studi di area (Oxford, Svezia, USA) riportano dati unici attorno al 2,3 per mille (1,2 in provincia di Trento).

**3. MENO COSTI** per qualità e quantità di vita. I dati internazionali sono veramente scarsi. I costi per far sopravvivere un neonato di peso inferiore a 1000 g superano attualmente i 90 milioni (sui 30 milioni a Trento). Occorre che siano valutate in modo molto razionale le risorse localmente impegnate nell'assistenza materno-infantile.

**4. PIÙ GRADIMENTO,** più comunicazione, più umanizzazione. È un quarto obiettivo, meno concreto degli altri, per cui ognuno deve fare le proprie valutazioni. Si va dalla comunicazione con gli ostetrici e i pediatri (dipartimento) a quella interna al reparto (gruppi di lavoro), a quella con i genitori (allattamento materno, adesione al follow-up, associazionismo). Non c'è dubbio che il "lato umano" fa da volano al raggiungimento dei precedenti obiettivi. Molte, troppe cause di mortalità e di disabilità sono purtroppo da riferire alla mancanza di organizzazione e di comunicazione, piuttosto che alla mancanza di attrezzature o di capacità tecniche.

Tabella I

### DIECI STRATEGIE PER L'OTTIMIZZAZIONE DELLE CURE NEONATALI

- 1. Trasporto in utero.** Negli ultimi quindici anni si è riusciti a concentrare al massimo gli alti rischi gravidici (il 90% dei VLBW nasce ora a Trento, dal 40% di 15 anni fa).
- La più efficace misura di prevenzione degli esiti per alta prematurità sono gli **steroidi prenatali**: un ciclo completo di essi è stato eseguito in più del 70% dei nati sotto le 34 settimane.
- Il **trasporto di emergenza neonatale** è attivo nel 100% dei casi da oltre 20 anni.
- Il **latte della propria madre** viene garantito all'80% dei VLBW (sul 60% alla dimissione), con una **banca del latte pretermine** che rende possibile un'alimentazione enterale precoce totale.
- Per ridurre rischi iatrogeni e costi è auspicabile una **minor invasività** (terapia "distensiva" più che "intensiva"); se si attuano bene i quattro punti precedenti, con neonati VLBW in condizioni ottimali:
  - la nutrizione parenterale totale si può ridurre a meno del 10%;
  - la ventilazione meccanica a 6 ore di vita a meno del 30%;
  - le emotrasfusioni a meno del 30%; l'antibioticoterapia a meno del 50% dei VLBW.
- Per aver meno morti e meno handicap è fondamentale effettuare uno stretto **controllo delle infezioni nosocomiali**: i decessi per sepsi devono essere inferiori al 5% dei VLBW.
- Deve essere documentata una sempre **minor ospedalizzazione**: i VLBW possono essere dimessi attorno ai 2000 g; per i casi gestibili in periferia deve essere favorito il "**back transport**"; per tutti i casi cronici si deve organizzare la "**home care**" (con responsabilizzazione dei genitori e intergrazione con i servizi del territorio).
- Un **follow-up** serio deve essere eseguito almeno sul 90% dei casi ad alto rischio, in collaborazione col territorio: solo così si possono fare **valutazioni di area** su mortalità e handicap, con una **epidemiologia regionalizzata**, sempre curata dal centro di terapia intensiva.
- È dovere del centro curare l'aggiornamento, la professionalità, il dialogo, non solo all'interno ma anche in ogni punto nascita (formazione permanente regionalizzata, audit perinatali periodici, ...).
- Per un costruttivo rapporto con i genitori e con l'opinione pubblica, si deve prevedere la costituzione di una **Associazione**, che favorisca la cultura attorno all'evento nascita e partecipi alle iniziative del Centro.

Tabella II

### PER UNA DEFINIZIONE DEL FARE " GIUSTO "

**Fare "giusto"** significa curare a livello "ottimale", con razionalità ed etica, documentando il raggiungimento dei quattro obiettivi fondamentali.

Talora si può fare "**troppo**" (ipermedicalizzazione, tecnicismo, invasività, ...) con il rischio di avere più danni iatrogeni e maggiori costi.

Si può ovviamente fare "**troppo poco**", a livelli sub-ottimali, magari per eccessiva ipersemplicificazione (calano sì i costi, ma aumentano morti e handicap).

Si dovrebbe evitare di fare "**male**", complicando le cose semplici, dando tutte le colpe a colleghi, politici o amministratori, non facendo quelle dieci "semplici" cose che costano poco e che dipendono quasi per intero da noi.

Tabella III

A cura di  
DINO PEDROTTI  
U.O. di Neonatologia, Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale "S. Chiara", Trento