

MeB – Pagine Elettroniche

Volume V

Novembre 2002

numero 9

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

Valutazione e miglioramento della qualità delle cure pediatriche ospedaliere in Angola

S. Pivetta^{1,4}, L. Bernardino², M. Correia², C. Freitas², I. Neves³, G. Tamburlini⁴

¹Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Italia
²Hospital Pediatrico de Luanda, Angola ³Direcção Provincial de Saúde, Luanda, Angola ⁴IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italia

Abstract Assessing and improving the quality of paediatric hospital care in Angola A project aimed at improving the quality of paediatric hospital care in the Luanda Province (Angola) was carried out with the support of the Italian governmental aid agency. The first step was to assess the quality of care through a standardised tool, based on WHO guidelines for paediatric hospital care. The critical areas identified as priorities were: emergency triage, case-management of severe cases of ARI, diarrhoea and malaria, monitoring practices and access of mothers to hospital wards. The interventions included: involvement of mothers in hospital care, improved emergency triage practices, the development of case management protocols for the most severe conditions, revision of monitoring routines and availability of oxygen. The participatory nature of the assessment and the priority setting process were key factors in building awareness and commitment. Furthermore, the project raised general issues, such as availability of essential drugs, training of personnel, and the role of nurses, all of which were brought to the attention of the national authorities. A national plan of action is now underway

PREMESSE E OBIETTIVI

Nell'ambito delle attività di cooperazione sanitaria tra il governo italiano e quello angolano, è in atto un progetto che ha l'obiettivo di migliorare la qualità delle cure pediatriche negli ospedali della provincia di Luanda.

L'attenzione principale del progetto è stata rivolta alle cure pediatriche di livello ospedaliero, essendo comunque previsto un appoggio al sistema di primary health care della provincia e al programma di management integrato delle malattie del bambino (IMCI/AIDI). Valutazioni effettuate in sede OMS e da altri gruppi hanno infatti dimostrato che le cure ospedaliere sono passibili di miglioramento in aree critiche quali l'emergenza e la gestione della malnutrizione severa, anche in assenza di investimenti economici ulteriori (1- 5).

CONTESTO

Lo stato di salute della popolazione angolana si trova in condizioni drammatiche, dovute soprattutto alle conseguenze dirette e indirette della guerra (nell'anno 2000 la speranza di

vita alla nascita era di 48 anni, la mortalità < 5 anni era di 295/1000, la prevalenza di malnutrizione infantile moderata e grave era del 42%). Circa un terzo della popolazione del paese è attualmente concentrata nella provincia di Luanda (4 milioni)

L'accesso della popolazione ai servizi sanitari è molto basso, incluso nella provincia di Luanda, dove per esempio la copertura vaccinale per la 3a dose DTP nei bambini < 1 anno è inferiore al 40 %. Il settore sanitario è fortemente orientato alle cure ospedaliere, e tradizionalmente basato sui medici come principali erogatori di cure.

La maggior parte delle risorse umane del settore sanitario è concentrata nella provincia di Luanda (nel '98 il 50% di tutto il personale sanitario, il 78% dei medici)

Durante gli ultimi anni sono stati prodotti un numero eccessivo (doppio) di infermieri, rispetto ai parametri WHO, mentre il numero di medici locali è circa la metà del necessario. La qualità della formazione è molto bassa. Il sistema informativo è molto carente, e le attività di pianificazione sanitaria sono poco razionali, scarsamente basate sull'analisi delle informazioni.

L'impegno del governo nel settore sanitario, se misurato in termini di budget destinato al settore, è scarso. Il salario del personale sanitario è molto basso e la maggioranza lavora nel settore privato per incrementare le entrate. Pagamenti ufficiali di "ticket" e pagamenti sottobanco sono anarchicamente richiesti agli utenti e costituiscono probabilmente una delle principali barriere di accesso ai servizi, oltre che contribuire a determinare una gestione delle risorse inefficace e poco trasparente.

Il programma Integrated Management for Childhood Illness (IMCI, in Angola AIDI) è stato introdotto in Angola nel '97. Ad oggi sono stati formati all'estero 5 facilitatori, adattati i materiali e individuate le province pilota.

Nella Direzione Provinciale di Salute (DPS) esiste un programma di coordinamento delle cure pediatriche (CAPEL: Coordenação da atenção pediátrica em Luanda), a cui fanno riferimento i servizi pediatrici di tutti i livelli di cure.

Il sistema di riferimento è costituito da 3 livelli di cura:

- centri di salute municipali (la provincia include 8 municipi), in cui vengono erogati i servizi di PHC;
- Due ospedali intermunicipali, con reparto di pediatria e neonatologia, che erogano cure di primo e secondo livello;
- L'ospedale Pediatrico di Luanda (HPL) con servizi di 3o livello e sede universitaria per la specializzazione in pediatria.

Nell'ambito del programma CAPEL è stata rinforzata una rete di centri di salute, uno per ogni municipio, che sono stati forniti di comunicazione radio e di ambulanza. Qui il servizio

di pediatria e' attivo 24ore su 24, per cure primarie e di emergenza erogate da infermieri riciclati in base a un approccio di cure integrate. Il contenuto di questa formazione corrisponde a una versione semplificata del programma IMCI dell'OMS.

A livello della DPS il programma CAPEL prevede 9 infermieri (ex supervisori provinciali dei programmi pediatrici verticali quali diarrea ARI, malaria, ecc.), ciascuno attualmente responsabile della supervisione di un centro di salute, per la componente pediatrica. Da circa due anni e' stato quindi implementato nella provincia un modello di cure pediatriche integrate, sia in termini di approccio clinico che di sistema di supervisione.

METODOLOGIA DELLA VALUTAZIONE

Le informazioni sulla qualita' delle cure ospedaliere sono state raccolte con l'utilizzo di uno strumento di valutazione messo a punto per l'OMS dal gruppo del Burlo Garofolo di Trieste (6-7), adattato alla realta' locale con la collaborazione di

alcuni pediatri dell'HPL. I protocolli clinici utilizzati come goal standard sono stati quelli dell'OMS (8).

Il gruppo dei valutatori, costituito da 4 pediatri senior dell'HPL insieme al consulente internazionale, sono stati formati all'utilizzo dello strumento, hanno collaborato al suo adattamento alla realta' locale, hanno partecipato alla raccolta delle informazioni nei tre ospedali oggetto dell'intervento (HPL e i due intermunicipali).

La valutazione ha compreso un incontro con lo staff ospedaliero per discutere i problemi identificati e concordare un piano di azione e quella che è stata nel corso dell'anno 2001 ha coinvolto tre ospedali della provincia di Luanda:

Hospital Pediatrico Luanda

Hospital dos Cajueiros

Hospital

Popolazione di riferimento*	1.5 milioni	1.7 milioni	1 milione
Letti pediatrici	200	40	25
Rapporto medici\letti	1:5 **	1: 10	1:8
Ricoveri annuali	18.000	3500	1400
Letalità			

22%

9.6%

4.6%

* la popolazione di riferimento per ospedali di diverso livello non è facilmente calcolabile; in questo caso per l'ospedale pediatrico si è tenuto conto solo della popolazione che si riferisce a questo ospedale in prima istanza. Infatti, come centro di riferimento, in teoria, l'ospedale pediatrico serve l'intera popolazione angolana.

** l'elevato rapporto medici:letti tiene conto del numero di medici in formazione presso l'ospedale pediatrico (universitario), i quali peraltro dedicano alla attività assistenziale solo una parte del tempo.

*** i dati sulla letalità sono stati riportati solo per dare una idea della gravità dei problemi. Essi devono essere interpretati alla luce del diverso case-mix e, per quanto riguarda i due ospedali di primo livello del fatto che la letalità risente fortemente della politica relativa ai trasferimenti: se si trasferiscono tutti i casi gravi, è chiaro che la mortalità si riduce alquanto.

RISULTATI DELLA VALUTAZIONE

Le aree critiche e meritevoli di intervento, identificate per ciascun ospedale sono state le seguenti:

a) Hospital Pediátrico de Luanda.

- Malnutrizione (protocolli clinici e organizzativi, conoscenze e pratiche, organizzazione delle cure)
- Monitoraggio clinico dei pazienti (parametri vitali, rivalutazione medica, protocolli per decisioni cliniche razionali e basate sul monitoraggio clinico, audit)

- Contatto madre-bambino (le madri non possono quasi mai stare in reparto)
- Sistema di riferimento con le cure di primo e secondo livello (definizione dei livelli di cure/regionalizzazione, aspetti nella comunicazione tra i diversi livelli in relazione al trasferimento dei pazienti, omogeneità dei protocolli di diagnosi e trattamento)

b) Hospital de Kilamba Kiaki

- Protocolli clinici e organizzativi delle principali patologie
- Monitoraggio clinico dei pazienti;
- Organizzazione del servizio di triage e cure di emergenza, incluso il problema di accesso dovuto a barriere finanziarie (alte fees per le cure di emergenza)
- Laboratorio (non sono effettuati alcuni esami essenziali come la glicemia, qualità dubbia degli esami effettuati)

c) Hospital dos Cajueiros

- Organizzazione del servizio di triagem e cure di emergenza, incluso il problema di accesso dovuto a barriere finanziarie (alte fees per le cure di emergenza)
- Classificazione e trattamento delle ARI e indicazioni per l'Ossigeno (inclusa la mancanza di disponibilità di ossigeno)
- Malnutrizione (la malnutrizione grave e' sempre trasferita a livello superiore)
- Manutenzione delle strutture e dell'equipment

STRATEGIA DI MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE CURE

PIANO PRELIMINARE

La definizione di un piano di azione preliminare è stata effettuata durante l'ultima fase della valutazione, con la partecipazione dei responsabili clinici e amministrativi dei tre ospedali (sia medici che infermieri), e dei rappresentanti della DPS e del MoH. Oltre ad alcuni problemi specifici di ciascun ospedale, sono emerse dalla valutazione aspetti critici comuni ai tre ospedali e riferiti al sistema di cure nel suo insieme. Si è quindi deciso di implementare un piano d'azione comune, di ambito provinciale.

Le attività concordate ed effettuate durante il primo semestre sono:

- Revisione dei protocolli clinici e organizzativi delle principali patologie pediatriche, incluso quelli relativi a triage e trattamento di emergenza, da parte di un gruppo di lavoro provinciale ed elaborazione dei nuovi protocolli ospedalieri, basati sulle evidenze in letteratura e sui protocolli OMS (IMCI referral care)
- Approfondimento dei problemi legati alla cattiva qualità del monitoraggio clinico.
- Approfondimento dei problemi organizzativi dei servizi di triage e trattamento di emergenza degli ospedali municipali, e conseguente definizione di una riorganizzazione del servizio.
- Revisione bibliografica delle evidenze scientifiche sui benefici della presenza delle madri in reparto per i bambini ricoverati e indagine conoscitiva di esperienze fatte in altri paesi per valutare fattibilità e costi della riorganizzazione dei reparti per permettere la partecipazione delle madri. Elaborazione di una ipotesi di implementazione dell'intervento.
- Controllo della qualità del laboratorio dell'ospedale di Kilamba Kiayi da parte di un supervisore provinciale.
- Approvvigionamento di ossigeno all'ospedale Cajueiro da parte della DPS
- Revisione delle politiche di finanziamento delle cure di emergenza da parte delle autorità competenti

Queste attività sono state intese come popedeutiche alla elaborazione di un piano di formazione e supervisione per l'implementazione dei nuovi protocolli. Inoltre, durante questa fase preliminare, sono state vagliate alcune ipotesi di ricerca e sono state fatte emergere altre aree critiche prioritarie, strettamente connesse a quelle inizialmente identificate, come per esempio la ridefinizione del ruolo e della responsabilità degli infermieri.

Il coordinamento delle attività riferite è stato affidato a un gruppo di 2 pediatri dell'HPL e una infermiera del programma CAPEL, contrattati a tempo parziale dal progetto della cooperazione italiana.

PRIMI RISULTATI E PASSI SUCCESSIVI

Alla fine del semestre preparatorio, dalle attività descritte sono stati prodotti i seguenti risultati:

- Protocolli clinici:

- I protocolli sono stati rivisti attraverso un processo fortemente partecipato. I protocolli dovranno essere perfezionati, a cura di un consulente internazionale che contribuirà alla versione finale dei protocolli e alla prima fase della loro implementazione. Successivamente sarà attuato un piano di formazione sui nuovi protocolli, attraverso la formazione di formatori e una disseminazione a cascata. I nuovi protocolli clinici ospedalieri dovrebbero essere adottati dal MoH come i protocolli nazionali.
- Monitoraggio:
 - attraverso il coinvolgimento delle infermiere caposala (focus groups) sono emerse problematiche relative alla insufficiente valorizzazione del ruolo delle infermiere, alla loro scarsa autonomia decisionale, alla carenza di incentivi professionali, alla bassa qualità della loro preparazione professionale. Di conseguenza, sono stati proposti ed accettati dalle direzioni ospedaliere, della DPS e del MoH, i nuovi termini di riferimento degli infermieri, che includono una maggiore autonomia decisionale e un ruolo più attivo nella gestione dei pazienti. I nuovi protocolli clinici terranno conto, soprattutto nella parte relativa al triage e trattamento di emergenza e al monitoraggio clinico di ciascuna patologia, della ridefinizione del ruolo degli infermieri. Gli infermieri saranno inclusi nel piano di formazione dei nuovi protocolli.
- Madri in reparto:
 - Nonostante le resistenze anche importanti tra i medici e il management ospedaliero, si è registrato nel giro di pochi mesi un importante cambiamento nelle attitudini verso la presenza delle madri, che sono state progressivamente ammesse sia in neonatologia, che nel servizio di emergenza che nel reparto per malnutriti. Per quanto un confronto prima-dopo lasci sempre parecchi dubbi sulla legittimità e validità del confronto, la mortalità in questi reparti è rapidamente calata, del 25-40%, anche prima della applicazione dei nuovi protocolli, verosimilmente in rapporto a tre fattori, grazie alla sorveglianza e partecipazione attiva delle madri: più puntuale somministrazione dei farmaci, migliore alimentazione e migliore monitoraggio con più pronto intervento nei casi di peggioramento mutamento delle condizioni cliniche.
- Triage e trattamento di emergenza:
 - È stata definita una riorganizzazione del servizio di emergenza, che include il nuovo ruolo degli infermieri, la necessità di alcune piccole riabilitazioni strutturali, l'acquisizione di alcuni equipment essenziali. È stata inoltre ridefinita la politica di pagamenti delle prestazioni di emergenza che diventeranno completamente gratuite. Su questa nuova organizzazione sarà attuato il piano di formazione.
- Implementazione programma IMCI/AIDI:
 - La provincia di Luanda è stata inclusa tra le province pilota di implementazione IMCI-PHC. Sono stati inclusi nei corsi di formazione, oltre agli operatori sanitari dei centri di salute, anche i supervisori provinciali CAPEL, alcuni medici e caposala dell'HPL e gli operatori sanitari (medici e infermieri) degli ospedali municipali. Gli ospedali municipali sono chiamati a costituire il riferimento per i centri di salute per attività sistematiche di riciclaggio e di audit.

- Fase nazionale:
- Sui protocolli ospedalieri sarà creato un pull di esperti nazionali, costituiti dai formatori della provincia di Luanda. Questi esperti dovrebbero essere utilizzati per la formazione negli ospedali delle altre province. La formazione sui protocolli ospedalieri sarà attuata in concomitanza e in maniera integrata alla implementazione della formazione IMCI-PHC nelle altre due province pilota.

DISCUSSIONE

L'esperienza consente di sottolineare la criticità di alcuni aspetti:

1. Utilità della valutazione iniziale come stimolo al cambiamento

Attraverso la presa di coscienza "partecipata" dei problemi. Fondamentale anche il processo partecipativo attraverso il quale sono stati adottati e adattati i protocolli diagnostico terapeutici.

2. Rilevanza del ruolo degli infermieri, centrali nell'assicurare gran parte delle funzioni nuove reviste dalle linee guida, e quindi necessità di un esplicito riconoscimento del loro ruolo da parte del management ospedaliero e dei medici.

3. Necessità di una implementazione integrata e contemporanea delle linee guida IMCI sia per quanto riguarda le cure ambulatoriali di primo livello che il riferimento ospedaliero. Infatti entrambi i livelli si devono preoccupare di rinforzare il sistema; le persone che ricevono la formazione sono in parte le stesse (ospedalieri che diventano formatori; supervisori provinciali; in ospedale si fa sempre anche attività di primo livello; rinforzare contemporaneamente il 1o e 2o livello crea sinergie e migliora la comunicazione, omogeneità e continuità dei contenuti tra cure primarie e secondarie)

4. Necessità di agire sul sistema sanitario nel suo complesso, soprattutto per quanto riguarda accettabilità dei protocolli, organizzazione funzionale del servizio, fornitura effettiva dei farmaci, sistema di riferimento, finanziamento dei servizi, sostenibilità della formazione: supervisione, sistema di supervisione, sistema di incentivi per gli ospedali che realizzino gli obiettivi.

Bibliografia

1. Nolan T, Angos P, Cunha AJLA, Muhe L, Qazi S, Simoes EAF, Tamburlini G. Quality of hospital care for seriously ill children in less developed countries. *Lancet* 2001;357:106-10.
2. Tamburlini G, Di Mario SD, Maggi RS, Vilarim JN, Gove S. Evaluation of guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. *Arch Dis Child* 1999;81:478-82.
3. Robertson MA, Molyneux EM. Triage in the developing world- can it be done? *Arch Dis Child* 2001;85:208-13.
4. Ahmed T, Ali M, Ullah MM, Choudhury IA, Haque ME, Salam MA et al. Mortality in severely malnourished children with diarrhoea and use of a standardised management protocol. *Lancet* 2001;353:1912-22.

5. Wilkinson D, Scrase M, Boyd N. Reduction in in-hospital mortality of children with malnutrition. *J Trop Pediatr* 1996;42:114-5.

6. Tamburlini G, Di Mario S, Vilarim JN, Scindler Maggi R. Assessment of quality of care in paediatric wards: experience in Brazil. Proceedings of the 32nd IUALTD Conference, Paris 1-4 November 2001.

7. World Health Organization. The Maternal and Child Training Program-PCMI. Informal consultation on possible approaches to improving quality of paediatric care in small hospitals in developing countries, pp 22-8. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, 2001.

8. World Health Organization. Management of the child with a serious infection or severe malnutrition: guidelines for care at the first-referral level in developing countries. Geneva: WHO, 2000.