

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

La dimissione del neonato sano

Igino Giani

Pediatra, Commissione Pediatrica della Regione Toscana

La dimissione del neonato sano rappresenta un passaggio sensibile del percorso nascita con la quotidiana esercitazione collaborativa dedicata a proteggere e valorizzare la fisiologia del normale ritorno a casa. Benessere e sicurezza per il neonato e la sua mamma sono obiettivi prioritari da raggiungere compiutamente con azioni appropriate ed equamente distribuite¹. La continuità delle attenzioni e delle azioni e la tempestività della presa in carico dopo la dimissione meritano di essere puntigliosamente presidiate poiché ancora oggi, troppo spesso, si osservano carenze e disomogeneità non giustificate dalla diversità dei contesti o dal timore di risorse insufficienti²⁻³. Le osservazioni che seguono propongono alcune riflessioni sui fondamentali del tema nella speranza di sollecitare più solide convinzioni ed atti formali di indirizzo da parte delle istituzioni. Nel percorso nascita, come in altri campi, i comportamenti virtuosi sono legati non soltanto alla disponibilità ed alla professionalità dei diversi operatori coinvolti, ma anche alle valutazioni ed alle scelte di quanti decidono e regolamentano le politiche sanitarie. In tempo di "spending review", le evidenze scientifiche ed un ritrovato buon senso permettono di quantificare e difendere i vantaggi economici, per tutta la comunità, degli interventi che producono salute. Si tratta di applicare diffusamente l'etica di tagliare gli sprechi e far crescere solo i servizi utili.

Le principali condizioni utili a garantire una corretta dimissione del neonato sono:

a) **Continuità assistenziale.** Il momento della dimissione dal punto nascita è strettamente collegato alla costante qualità del percorso gravidanza e nascita a basso rischio, dal primo contatto della gestante con l'ostetrica del consultorio per la consegna del libretto, fino alla presa in carico certa e tempestiva del neonato e della puerpera da parte dei servizi territoriali.

b) **Partecipazione.** Il coinvolgimento dei genitori nelle procedure e nelle decisioni assistenziali facilita l'acquisizione di competenze autonome, rende più sicura la dimissione e semplifica l'utilizzo dei servizi. Tale opportunità è consolidata da idonei programmi informativi, attivamente offerti, durante la gravidanza, la degenza ospedaliera ed i successivi controlli.

c) **Organizzazione per percorsi.** Il dipartimento materno/infantile, trans-murale e operativo, è uno strumento aziendale forte per la costruzione di percorsi assistenziali integrati. Tra i diversi profili professionali che si occupano di neonato, madre e famiglia, sono richieste collaborazioni efficaci e reciprocità di informazioni. E' opportuno valorizzare le specifiche competenze dei servizi sociale e di igiene mentale e identificare corsie di accesso preferenziali per livelli superiori di assistenza.

Il connotato centrale della dimissione del neonato sano ovvero "in apparente benessere" è l'appropriatezza, riferita ai criteri ri-

guardanti il benessere di bambino e madre, la presenza di fattori di rischio sociale o relazionale e le opportunità presenti nel territorio. La dimissione veramente appropriata è anche concordata in quanto tiene conto delle esigenze dei genitori che sono incoraggiati a partecipare attivamente alle decisioni in merito alla dimissione ed alla predisposizione del successivo piano assistenziale. La dimissione del neonato sano avviene normalmente tra 48 e 72 ore dopo la nascita con almeno due notti di degenza⁴. Decorso clinico ed obiettività rappresentano i principali criteri di riferimento (**Tabella 1**).

Tabella 1. Requisiti per la dimissione del neonato coerenti con protocolli o linee guida attuali.

1. Segni vitali neonatali normali e stabili da oltre 12 ore prima della dimissione.
2. Minzioni regolari ed almeno 1 evacuazione spontanea.
3. Valori di pulsossimetria all'arto sup. e inf. destri superiori al cut off.
4. Almeno 2 poppate con documentato coordinamento tra suzione, deglutizione e respirazione.
5. Ittero trascurabile o con eventuale piano di monitoraggio successivo.
6. Rischio settico da GBS escluso; profilassi per HBV nei nati da madre HBsAg positiva.
7. Disponibilità di test e screening materni per HBsAg, Sifilide, HIV, gruppo e Coombs.
8. Screening metabolici, audiologico e oculistico eseguiti.
9. Trasmissione ai genitori di sufficienti informazioni in merito ai principi essenziali di puericultura.
10. Attenzione a fattori di rischio familiare, ambientale e sociale.

Le dimissioni anticipate (<48 ore), per le quali non sono dimostrati vantaggi in termine di salute e di costi, dovrebbero essere limitate a situazioni selezionate e sempre con la certezza dei necessari controlli, screening compresi⁵. Va invece prevista la possibilità di una degenza prolungata quando consigliata da motivi documentati e di carattere prevalentemente sociale e psico-relazionale. Nel corso della degenza postnatale il "rooming-in" h24, la comunicazione genitori/operatori ed il supporto all'avvio dell'allattamento al seno, nel rispetto delle scelte della mamma, rappresentano la migliore premessa alla dimissione. Prima del ritorno a casa vanno trasmesse ai genitori informazioni e competenze utili alla comune gestione del neonato, alla verifica dei comuni parametri di benessere, nonché al tempestivo riconoscimento di alcuni segnali di allarme (sonnolenza, suzione inefficace, pianto o colorito insoliti etc.) indicatori di possibili situazioni patologiche. Occasioni di training dedicato ai genitori, anche con la consegna di materiale cartaceo, insieme all'adozione di procedure di rilevazione sulla reale acquisizione di alcune compe-

tenze, dovrebbero essere comprese nella routine assistenziale del punto nascita. Al colloquio finale della dimissione deve essere dedicato tutto il tempo necessario. Il libretto pediatrico regionale è un importante strumento di continuità. Dal punto nascita va correttamente compilato nelle parti riguardanti: gravidanza, parto, degenza, screening eseguiti, eventuali esami, indicazioni farmacologiche. Analoghe annotazioni competono agli operatori coinvolti in successive valutazioni. Nei casi in cui ci sia la necessità di verificare in tempi brevi uno specifico parametro, il controllo viene prenotato nell'ambulatorio neonatologico ospedaliero o presso il pediatra di famiglia sulla base di normali procedure comunicative anche regolate da specifici accordi aziendali o regionali. Al ritorno a casa i genitori sanno di poter contare sul pediatra di famiglia e sull'ostetrica oltre che su altri utili servizi consultoriali di cui vengono forniti recapiti scritti. E' auspicabile che il materiale cartaceo destinato ai genitori, fin troppo diversificato, non di rado auto referenziato o sponsorizzato, sia di agile lettura, disponibile in versione multilingue e per quanto possibile direttamente commentato. A parte la specificità dei riferimenti locali è opportuno che i testi abbiano validità scientifica ed una omogeneità almeno regionale. Questo vale anche per le comuni indicazioni farmacologiche come medicazione del moncone e profilassi vitaminica. E' raccomandata coerenza con le indicazioni del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno ed una obbligatoria aderenza alle disposizioni nazionali a protezione del marketing (DM 82/2009). Nel territorio il pediatra di famiglia, già operativo nei corsi di accompagnamento alla nascita, è la principale figura di riferimento per il bambino e la sua famiglia⁶. Come già succede in alcune realtà l'assegnazione del pediatra di famiglia andrebbe fatta prima della dimissione seguita da un sollecito contatto tra genitori e pediatra⁷. E' anche importante pre-definire corsie preferenziali di contatto e/o invio al punto nascita di riferimento o ad altri livelli, qualora il pediatra di famiglia, durante le prime visite, riscontri la necessità di approfondimenti clinici e strumentali. Per il neonato sano ed in assenza di fattori di rischio il primo controllo è consigliato entro 4-5 giorni dalla dimissione con una valutazione dell'allattamento e del complessivo benessere neonatale e materno³⁻⁶. Quando, per carenza di risorse o accordi specifici, non sia possibile prevedere, da parte del pediatra di famiglia, il rispetto di questi tempi e neppure il punto nascita abbia le disponibilità necessarie, la prima valutazione del neonato dimesso è affidato ai servizi consultoriali. La successiva visita del pediatra di famiglia avverrà il prima possibile. Ad ogni puerpera deve essere offerta la disponibilità di un controllo presso il consultorio da effettuarsi entro la prima settimana dal ritorno a casa. L'ostetrica garantisce, possibilmente in ogni caso e sempre in quelli segnalati, un colloquio con la donna in ospedale, prima della dimissione. Oltre a controllare lo stato di salute della mamma, l'ostetrica ha le competenze per dedicare al neonato le prime verifiche essenziali: alimentazione, crescita, relazioni, ambiente. Per quanto riguarda l'allattamento, in particolare al seno, accanto al prioritario riferimento del pediatra c'è talora bisogno di consulenze e aiuti pratici, anche urgenti, meglio praticabili in ambienti consultoriali con gestione affidata ad ostetriche o infermiere specificamente formate secondo i criteri OMS/UNICEF. L'ambulatorio dell'allattamento, ad accesso diretto, gratuito ed in rete con il volontariato locale, rappresenta una grande opportunità di prima accoglienza e continuità assistenziale, presente almeno in ogni area dove

insiste un punto nascita. Le soluzioni organizzative e logistiche, ancorché coerenti con queste finalità, tengono conto delle scelte locali più opportune. L'ostetrica lascia alla madre disponibilità telefonica, promuove azioni di prevenzione e facilita l'accesso ad altri servizi. In casi particolari offre la visita domiciliare e/o una consulenza immediata entro 48 ore dalla dimissione. Ha la possibilità di contatti diretti facilitati con il pediatra di famiglia o con il punto nascita. La certezza di un controllo per tutti i neonati e le mamme, entro la prima settimana, è un indicatore strategico di equità e qualità assistenziale. I vantaggi in termini di salute e di costi devono essere ben presenti nelle scelte di politica sanitaria, nelle norme contrattuali e nella professionalità dei singoli operatori. Regione e aziende devono facilitare il raggiungimento di questo obiettivo con risorse, accordi e percorsi commisurati (Tabella 2).

Tabella 2. Elementi significativi nella dimissione del neonato sano.

1. Rooming-in h24 durante la degenza nel punto nascita.
2. Dimissione dopo 48-72 ore dalla nascita con almeno due notti di degenza.
3. Contatto certo con i servizi territoriali entro 4-5 giorni dalla dimissione (ostetrica/consultorio/pediatra di famiglia).
4. Assegnazione del pediatra di famiglia precedente la dimissione.
5. Accesso libero e gratuito all'ambulatorio allattamento.
6. Formazione di tutti i profili professionali dedicati coerente con le indicazioni previste dalla iniziativa OMS/UNICEF Ospedali e Comunità "Amiche dei Bambini" per l'allattamento al seno.
7. Supporto alla genitorialità inserito nei programmi informativi in gravidanza e puerperio.
8. Rete con il volontariato locale competente in mediazione culturale e supporto all'allattamento al seno.
9. Percorsi predefiniti per la gestione delle urgenze neonatali post-dimissione.
10. Atti aziendali dedicati alla presa in carico tempestiva del neonato e della mamma ed al monitoraggio annuale.

I numerosi casi di fragilità genitoriale nelle prevalenti declinazioni sociale e psico-relazionale sono una ulteriore sfida alla continuità ed alla protezione della dimissione del neonato, anche "clanicamente" sano⁸. Per tali situazioni è attesa una rete di supporto multidisciplinare capace di proporsi e di intervenire durante la gravidanza e di mantenersi tale nella fase dell'immediato puerperio fino e dopo la presa in carico del bambino e della famiglia da parte dei servizi territoriali. In continuità con le precedenti valutazioni, il pediatra di famiglia assume il coordinamento di questo lavoro sostenuto dalle competenze ostetriche, sociali e di salute mentale presenti nel consultorio. L'assistente sociale territoriale o, laddove presente, ospedaliero, garantisce la comunicazione ed il raccordo tra i servizi, partecipando, insieme al pediatra di famiglia, al progetto di dimissione ed alle azioni di supporto alla famiglia. Va prevista la disponibilità di uno psicologo consultoriale esperto sui temi della genitorialità ed una offerta attiva di incontri, di gruppo o individuali, dedicati al tema, durante la gravidanza e nelle settimane successive al ritorno a casa. Le frequenti dimissioni, oltre un quarto dei nati, di bambini appartenenti a famiglie che provengono da paesi a forte pressione migratoria rinnovano l'impegno a trasmettere attivamente, con l'aiuto della mediazione culturale e di materiale informativo adeguato, conoscenze sulla presenza ed sul corretto utilizzo dei servizi. E' utile individuare figure di riferimento all'interno delle comu-

nità locali a cui far acquisire competenze di mediazione e di supporto all'allattamento al seno. La corretta dimissione del neonato sano non è certo un intervento minimale e deve rappresentare la normale quotidianità a dimostrazione di un impegno collaborato strategico per la valorizzazione della fisiologia e la protezione dalla patologia⁹. Elemento preminente è la presa in carico certa e tempestiva da parte dei servizi territoriali, oltre alla continuità, alla partecipazione dei genitori e ad una organizzazione per percorsi. Anche la professionalità e l'integrazione delle diverse competenze devono essere scontate ma soprattutto è richiesta una più decisa e omogenea attenzione da parte delle istituzioni sanitarie. La corretta dimissione del neonato è un concreto percorso di salute e come tale va preteso e protetto dagli assessorati regionali e dalle aziende sanitarie con atti formali e periodiche verifiche.

-
1. Marchetti F. Il riordino delle cure pediatriche: alla ricerca del buon senso. *Medico e Bambino* 2012;31:143-144
 2. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Public Health* 2005;365:1099-1103.
 3. Ministero della Salute. "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", Piano Nazionale Sanitario 2010-2012.
 4. AAP. Hospital Stay for healthy term newborns. Committee on fetus and newborn, policy statement. *Pediatrics* 2010; 125: 405-9.
 5. Brown S, Small R, Argus B, et al. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(3):CD002958.
 6. Demott K, Bick D, Norman R, et al. Routine postnatal care of women and their babies. National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners. London 2006
 7. Profilo assistenziale neonato sano Emilia Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale 2006
 8. Papoff P, Moretti C. Chi si deve prendere cura dei bambini critici e dove. *Medico e Bambino* 2013;32:211.
 9. Brody H. Medicine's Ethical Responsibility for Health Care Reform The Top Five List. *N Engl J Med* 2010; 362: 283-285

Per corrispondenza
igino.giani@gmail.com

La dimissione del neonato sano: un commento

Qual è la frequenza dei neonati sani? Forse il 90% di tutti i nati, forse un po' meno; non lo sappiamo con certezza. Le statistiche basate sulle diagnosi riportate nelle scheda di dimissione ospedaliera (SDO) non sono di grande aiuto, a causa dell'indicazione poco accurata del DRG e della molteplicità dei reparti di dimissione pur in assenza di patologia. Un motivo più sostanziale è rappresentato dal fatto che la definizione di "neonato sano", che sarebbe meglio chiamare "fisiologico" o "con buon adattamento post-natale", si basa su un brevissimo periodo di osservazione di 2-3, massimo 4 giorni dalla nascita. Molti problemi o patologie del neonato si manifestano dopo la dimissione in apparente buona salute, a volte anche dopo settimane, mesi o anni. La dimissione del neonato fisiologico rappresenta un punto di transito di un tragitto che inizia prima del concepimento, continua in gravidanza e si prolunga dopo la nascita. Questo tragitto supera ed estende il concetto lineare di "percorso nascita" in favore di quello circolare "donne, poi madri e successivamente persone in buona salute" ed include anche il neonato in quanto futuro bambino, adulto, madre e padre; esso si realizza all'interno del dipartimento materno-infantile transmurale, da intendersi come luogo funzionale e rete di attività collegate tra loro in rapporto non gerarchico.

Dimettere un neonato in apparente buona salute dopo 2-3 giorni dal parto (a volte anche meno) è ormai prassi consolidata. Più di 15 anni sono trascorsi da quando il termine dimissione precoce, usato all'inizio per definire tale modalità, fu soppiantato da quello di dimissione concordata e appropriata, proposto per la prima volta in Italia nel documento "Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato", stilato e approvato da 15 società o associazioni di medici, ostetriche e infermieri, e i cui principi sono ancora validi. L'obiettivo generale del documento era fornire linee di indirizzo per il sostegno e l'assistenza alla madre e al neonato nelle prime settimane di vita al fine di promuovere la fisiologia dell'adattamento postnatale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologie organiche o relazionali e il benessere della famiglia. Tra gli obiettivi specifici figuravano:

1. la salvaguardia della relazione genitori-bambino, ottenibile promuovendo fin dalla nascita la possibilità per madre e neonato di stare insieme 24 ore su 24 (**contatto precoce e rooming-in**);
2. la possibilità di una permanenza breve in ospedale in presenza della **reale disponibilità delle cure extraospedaliere** durante i giorni successivi alla dimissione;
3. la programmazione di un piano di assistenza caratterizzato da interventi **personalizzati e continuativi**, che tenessero conto degli orientamenti e delle preferenze della donna e che fossero effettuati da operatori integrati tra loro (prima, durante e dopo la nascita).

Fra gli aspetti salienti di qualunque programma per le cure al neonato fisiologico va ricordato che:

- a) il rooming-in deve essere disponibile e non obbligatorio; è necessario infatti salvaguardare la libertà della neo mamma di optare o no per questa pratica o di poter riposare adeguatamente dopo il parto;
- b) l'avvio dell'allattamento al seno va valutato a distanza di qualche giorno dalla nascita; è pertanto necessario prevedere le modalità (ospedaliere o extraospedaliere) per effettuare tale valuta-

zione;

c) è necessario che il neonato venga ricontrrollato almeno una volta entro la prima settimana di vita ed è indispensabile che chi effettua il controllo abbia, indipendentemente dal suo profilo professionale, **formazione e competenze adeguate** a riconoscere i segni di benessere e a distinguere i comuni problemi del neonato da quelli indicativi di eventuali patologie;

d) la tempistica degli screening va opportunamente programmata e va istituita una rete di contatti per la famiglia dopo la dimissione; i genitori andrebbero preferibilmente informati già durante la gravidanza;

e) vanno previsti e messi in atto gli strumenti utili ai fini della valutazione del rischio psico-sociale, la segnalazione ai servizi territoriali e la presa in carico della famiglia prima della dimissione.

Quando fare la scelta del pediatra di famiglia? La possibilità di farla nell'ospedale di nascita prima della dimissione a volte si scontra con le difficoltà pratiche di genitori occupati nell'organizzazione della loro nuova vita in un periodo di tempo breve e già sovraffollato di notizie, controlli e programmi per il futuro. Una buona alternativa potrebbe essere quella di pre-iscrivere il neonato al pediatra prima della nascita, durante i corsi di preparazione al parto o al momento della individuazione del luogo dove partorire, prevedendo le modalità burocratico-amministrative per questa opzione. La raccomandazione finale per promuovere il benessere del bimbo (bimba) e della sua famiglia è di **evitare in tutti i modi di medicalizzare** un evento che nella stragrande maggioranza dei casi rientra nella fisiologia.

Carlo Corchia