

La dimissione del neonato in Italia tra il dire e il fare



Augusto Biasini

UO di Pediatria e Terapia Intensiva Neonatale-Pediatrica, Ospedale M. Bufalini, Cesena

La Società Italiana di Neonatologia ha realizzato un documento con le indicazioni da offrire in occasione della dimissione del neonato da parte del personale sanitario. Il documento ha il pregio di ricercare una omogeneità unitaria di indicazioni, evidence based, con le quali occuparsi del nuovo nato. La prospettiva con cui leggerlo non deve però essere solo quella di una dichiarazione di intenti, ben consapevoli che esistono nel Paese ancora oggi differenze notevoli fra ciò che i professionisti ritengono giusto e ciò che adottano nella pratica quotidiana. Abbiamo invece ora una grande opportunità di iniziare da subito un "Programma motivato di equità sociale". L'epigenetica sta dimostrando lo straordinario vantaggio della prevenzione quando è attuata nelle fasi precoci della vita, così come dare a ogni bambino il miglior inizio è cruciale per ridurre le disuguaglianze della salute lungo il corso della vita.

Per esempio, sappiamo bene che il sostegno all'allattamento al seno è uno degli atti sanitari più potenti per l'affronto delle differenze di salute; che può funzionare da "starter" per azioni positive successive (alimentazione responsiva/sociale con conseguenti stili corretti verso l'assunzione del cibo e prevenzione primaria dell'obesità, successo nel trattamento delle allergie alimentari, attuazione del progetto GenitoriPiù); che la stragrande maggioranza di mamme (Sondaggio ISPO 2010) ritiene che allattare al seno sia un'esperienza unica in cui si crea un legame affettivo speciale, ma anche impegnativa: sono necessari grande forza di volontà e supporto del partner e dei nonni per non smettere. Tuttavia viene riportato il dato che, quanto più è basso il titolo di studio, quanto maggiore è l'attribuzione di responsabilità al pediatra per aver cessato di allattare. In relazione alla scelta della marca del sostituto del latte materno, il sondaggio dice che le mamme del sud e centro Italia chiedono al pediatra, quelle del nord-est al farmacista mentre al nord-ovest scelgono da sole al supermercato. In Emilia Romagna (Report Qualità Percepita, Novembre 2016) una donna su 5 segnala insoddisfazione sul supporto ricevuto per l'allattamento al seno. Quante sono le Aziende Sanitarie che effettivamente hanno nel loro standard di Prodotto/Servizio la promozione dell'allattamento al seno e il monitoraggio delle azioni che i professionisti compiono prima della dimissione, anche con l'obiettivo di guidarli in pratiche corrette e rispettose del Codice Internazionale a garanzia del singolo medico e degli utenti rispetto a indebite influenze o interessi commerciali? Sappiamo bene quanto sia facile scivolare verso forme ambigue di violazione del Codice in assenza di regole scritte e direttive. Per esempio, se la procedura aziendale, in caso di prescrizione di latte in formula, prevede che il medico scelga nel modo economicamente più vantaggioso per le famiglie, significa che il valore attribuito alle differenze nutrizionali fra i prodotti non giustifica l'aumento sproporzionato di prezzo. I *Late Preterm* in Italia nascono numerosi (5-7% di tutti i nati), pur non raggiungendo la prevalenza allarmante dell'11% degli Stati Uniti, e sono più esposti a ritardi dello sviluppo cognitivo; questi neonati sono allattati al seno paradossalmente meno dei prematuri *Very Low Birth Weight* (nati con peso < 1500 g), mentre abbiamo evidenze che aumentando la per-

centuale di allattati al seno potremmo diminuire il deficit di punteggio neurocognitivo. Conosciamo le modalità per aumentare la competenze genitoriali con le pratiche specifiche di addestramento all'allattamento del pretermine, prevedendo anche controlli domiciliari di supporto. In gran parte del Paese invece, con una colpevole miopia prognostica, si continua a prescrivere ai *Late Preterm* fin da subito latte formulato, temendo unicamente i rischi dell'ipoalimentazione! Nel 2012 nell'AUSL Romagna il "Progetto Allattamento al seno dei Late Preterm" fu inserito fra gli obiettivi del Dipartimento ottenendo un significativo miglioramento (l'allattamento materno esclusivo raddoppiò, salendo dal 34% al 60%). Il primo sostegno alla genitorialità che contrasta l'esclusione è stimolare e favorire la conoscenza, facilitando l'emergere dei saperi innati, la responsabilizzazione familiare, la relazione madre/bambino; ricordiamo il grande credito che i professionisti hanno verso le famiglie in questi giorni di puerperio. In sostanza, mentre le Terapie Intensive Neonatali hanno consolidato gli indubbi vantaggi di un'assistenza centrata sul bambino e sulla famiglia (Patient and Family Centered Care) con i 10 passi specifici a supporto dell'allattamento al seno nelle Unità Neonatali (Baby Friendly Hospital Initiative – BFHI di Uppsala, Sweden 2010), nei punti nascita si sconta ancora un ritardo nella continuità e coerenza di tutto il percorso a supporto del seno.

Un altro esempio è lo Screening della Displasia evolutiva dell'anca: sono diversi anni che percorsi culturalmente motivati e ragionevolmente condivisi, quali lo screening clinico universale ed ecografico selettivo definito al punto nascita e attuato dai professionisti competenti secondo il principio di equità (accesso uguale alle cure per uguali bisogni e uguale qualità di cure per tutti), vengono azzerati dalle richieste di ecografie in ambito privato per tutti i bimbi, creando confusione e diffidenza fra medici (neonatali, pediatri, ortopedici e fisiatristi) e costringendo le famiglie a un'inutile spesa e ripetuti controlli strumentali.

La lettura del documento conferma ancora una volta che spesso la appropriatezza, cioè il "meglio", può essere ottenuta con "meno", diminuendo razionalmente il numero di interventi prescrittivi o diagnostici (meno latte formulato, meno vitamina K, meno fluoro, meno ecografie delle anche e dei reni) e aumentando la qualità della prestazione clinica (riflesso rosso, otoemissioni, ...) e del percorso tra ospedale e territorio (sostegno all'allattamento al seno, visita precoce dal pediatra di libera scelta).

Infine, quale migliore occasione della nascita per ribadire il corretto sapere sanitario in tema di vaccinazione e di lotta al calo delle coperture vaccinali principalmente come contrasto alle disuguaglianze e alle discriminazioni in tutta l'area pediatrica.

Il PNPV e lo Screening neonatale allargato per le patologie metaboliche, introdotti dalla legge 167/2016 e ora all'interno dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, sono tali da garantire in maniera uniforme sul territorio nazionale un passo concreto nella riduzione delle disparità (leggi iniquità) regionali a tutela del diritto alla salute.

✉ augusto.biasini@auslromagna.it