

# I problemi (risolvibili) della dimissione precoce

Quaderni acp 1999; vol VI, n° 1: 56-57

Giancarlo Biasini

*Appare sempre più chiaro che il quasi solo problema della dimissione precoce (d. p.) del neonato è una maggiore attenzione all'ittero.*

*Perché la d. p. sia completamente senza rischi è necessaria una più precoce presa in carico del neonato da parte del pediatra di famiglia.*

Uno dei problemi che in Italia ostacolano l'estensione della dimissione precoce del neonato, o semplicemente la rendono male accetta, è il rischio che questi, nel periodo che intercorre fra la dimissione e la presa in carico da parte del pediatra, vada incontro a problemi che, orfano com'è di assistenza, gli facciano correre dei rischi. In uno studio recente (*Pediatrics 1998;101:32*) gli AA (americani di Detroit in Michigan) hanno cercato di vedere quali rischi si corrono nei 12 giorni seguenti ad una dimissione effettuata dopo meno di 72 ore (3 giorni). La casistica è grossa e perciò prevedibilmente attendibile: si tratta di quasi 30.000 neonati dimessi fra il 1988 ed il 1994.

Qual è la dimensione del problema riammissione? Questa ha riguardato fino all'età di 14 giorni 247 neonati, cioè lo 0.8%. Trasponendo i dati in Italia ciò significa che una grossa neonatologia che gestisce i neonati di 1.500 parti ricovererebbe ogni anno 12 neonati dimessi precocemente.

Non un gran ché quindi. Vediamo ora quali sono i motivi del ricovero: 127 neonati (51%) sono stati ricoverati per ittero (ma imprudentemente sono stati dimessi 5 neonati con anemia emolitica e dei restanti 122 neonati riammessi, 107 erano allattati al

seno); 74 neonati sono stati ospedalizzati (30%) per escludere una sepsi, 16 (6.5%) per crisi di cianosi, 8 (3.2%) per un'infezione cutanea, 5 (2%) per disidratazione e 17 (6.7%) per altri motivi: convulsioni, gastroenterite, stenosi pilorica, IVU, ipocalcemia. Il rischio di ricovero non era eguale fra le categorie di neonati: l'OR per il ricovero era alto per i neonati di madre diabetica (3.45), per un'età gestazionale <36 settimane (4.56); fra 37 e 38 settimane l'OR scendeva a 2.95. Se v'era stato ittero in reparto l'OR era di 1.73, se era allattato al seno di 1.78, se era maschio di 1.58.

Poiché la maggioranza dei ricoverati lo erano per ittero è chiaro che le condizioni che favoriscono l'ittero erano alla base del rischio. Giusto allora calcolare separatamente il rischio di ricovero per l'ittero: l'età gestazionale <36 settimane dava OR di 13.2 (chi mai in Italia dimetterà precocemente un neonato di <36 settimane?), da 36 a 37 settimane di 7.7, da 37 a 38 di 7.2; il sesso maschile dava un OR di 2.89, l'allattamento al seno di 4.21.

Curioso, ma non inspiegabile, è che la rottura precoce delle membrane e la perdita in partum di meconio sono associati con un minor rischio di ittero in dimissione precoce:



Per corrispondenza:  
Giancarlo Biasini,  
E-mail: [gbiasini@line.it](mailto:gbiasini@line.it)

la spiegazione potrebbe stare nello stress che fa produrre al feto maggiori quantità di glucoroniltransferasi.

Queste condizioni di rischio non erano diverse fra i neonati dimessi prima delle 24 ore e quelli dimessi fra le 48 e le 72 ore. Questo è un dato che si trova in altre ricerche (*Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:373-9) e che rende meno giustificato l'atteggiamento di molti ostetrici italiani che vogliono per forza distinguere fra la loro dimissione *italiana*, che è a 72 ore, da quell'*americana* che è a meno di 24 ore. Tornando alla nostra grossa maternità avremmo che dei 12 neonati ricoverati entro il 14° giorno più di 6 lo sarebbero per ittero.

Questa rimane, dunque la maggior causa di ricovero e la maggiore condizione di rischio, anche se quasi tutti questi 6 sarebbero bambini allattati al seno e quindi quasi certamente con ittero da latte materno. Quali possono essere gli interventi per ridurre i ricoveri? Prima di

rispondere a questa domanda bisogna anzitutto premettere che il rischio di ricovero è così modesto (0.8%) da potere essere considerato trascurabile e che è completamente sbagliato ritenere che la riammissione ospedaliera sia sinonimo di morbilità del periodo neonatale perché l'assenza di intervento, in presenza delle motivazioni che hanno portato al ricovero, non porterebbe necessariamente, nella maggioranza dei casi, ad esiti pericolosi.

Ma se qualcosa si può fare a livello ospedaliero, questo riguarda anzitutto una certa attenzione al problema ittero: non dimettere i bambini con incompatibilità Rh o ABO, non dimettere i bambini che hanno avuto un ittero nelle prime 72 ore, non dimettere i bambini con età gestazionale <38 settimane. Inoltre è consigliabile aumentare la frequenza dell'attacco al seno perché questo riduce l'iperbilirubinemia tardiva (*Pediatrics* 1990;86:171-5), cercare di dare informazioni precise per aumentare la competenza materna,

anche se questo dovrebbe essere più un compito dei corsi preparto che dei reparti di ostetricia/pediatria. A questo proposito ci sono sufficienti dimostrazioni che l'ittero è in relazione anche con uno scarso "mothering": i bambini che vengono ricoverati per ittero hanno di solito un calo di peso significativamente (p 0.0005) superiore a quello dei bambini che vengono ricoverati, sempre entro il 14° giorno per altre cause (*Pediatrics* 1998;101:995-8).

Dal lato della pediatria di famiglia invece i problemi sono altri. Il bambino dimesso precocemente dovrebbe essere visto entro 2 o 3 giorni e ciò comporta una revisione di pratiche che, in certe aree del paese, sono ancora ferme al controllo dopo 2 o 3 settimane. Questo comporta problemi amministrativi certo non insolubili a livello di AUSL, per evitare i quali molte UO di pediatria hanno, opportunisticamente, inventato strumenti (e tariffe) di controllo ambulatoriale generalizzato assolutamente non accettabili. ■