

LA DIMISSIONE PRECOCE: RILIEVI EPIDEMIOLOGICI ED INDIRIZZI ASSISTENZIALI

G. CARAMIA, F. BONSANTE, E. RUFFINI
R.ZANINI*, R. BELLÙ*, D. BARONCIANI*

Patologia Neonatale Ospedale "Salesi" – Ancona
**Patologia Neonatale Azienda Ospedale di Lecco*

Introduzione

La letteratura relativa alla dimissione precoce è nel complesso caratterizzata dalla finalità di valutare eventuali effetti negativi ad essa associati; in particolare, i temi sotto esame sono quelli del mancato inizio o del prematuro abbandono dell'allattamento al seno, della mancata identificazione di alcune anomalie congenite, della incompletezza degli *screening* in epoca neonatale, dei problemi di alimentazione e dell'eventuale disidratazione ipernatremica, dell'ittero e del rischio di riospedalizzazione.

L'analisi della letteratura, e dei relativi risultati, è resa difficile da alcuni elementi:

- vi è una diversa definizione della precocità nei diversi studi. Alcuni utilizzano le 24-48 ore, altri le notti di degenza; gli indicatori cambiano nel tempo e nei diversi Paesi ove sono condotti gli studi.
- vi è una diversa definizione delle popolazioni studiate. In alcuni studi la decisione della dimissione è assunta dal medico sulla base di protocolli, in altri tiene conto del desiderio della donna, in altri ancora dopo l'arruolamento, secondo criteri stabiliti, il tempo della dimissione è definito secondo tecniche di randomizzazione.
- la dimissione precoce avviene secondo diverse modalità, in alcuni casi è previsto un follow-up (con modalità diverse), in altri una o più visite domiciliari.

Una revisione condotta da Braveman evidenzia che negli studi senza follow-up, pur tenendo conto delle pesanti limitazioni metodologiche che li caratterizzano, non vi è evidenza di una "sicurezza" della dimissione precoce senza servizi compensatori. Per quanto riguarda gli studi in cui è previsto un follow-up a distanza di 1-3 giorni post-dimissione l'indicatore più utilizzato è quello relativo al tasso di ricovero post-dimissione mentre non vi sono informazioni riproducibili relativamente allo stato di salute della madre e del bambino.

Gli studi che prevedono l'esecuzione di visite a domicilio post-dimissione evidenziano un'efficacia della stessa nelle popolazioni a basso rischio, anche se non è chiaro il numero di visite necessarie per ottenere tale efficacia. La potenza di questi studi non è tuttavia sufficiente a dimostrare se il tasso di riospedalizzazione sia significativamente aumentato. E' stato calcolato che in uno studio clinico controllato, per un tasso di ricovero del 2% , è necessario reclutare 14.000 nati per braccio per evidenziare un incremento del 25% nel tasso stesso.

Stabilite queste premesse metodologiche è possibile passare brevemente in rassegna i principali problemi:

- il tasso di ricovero è, nei diversi studi, compreso tra l'1% e il 4%; esso è per lo più determinato dall'ittero (85%), da problemi di disidratazione e da sospette infezioni. La popolazione con disagio sociale è più vulnerabile (Rischio relativo pari a 2.6). Nel caso della dimissione precoce sono segnalati incrementi del 20-30%.
- Per quanto riguarda la dimissione precoce è noto che i bambini dimessi prima di 72 ore hanno una maggiore probabilità di un nuovo ricovero per essere sottoposti a fototerapia. Meno chiaro è il perché i bambini che vengono dimessi dopo 72 ore hanno una minore probabilità di ittero dei precedenti. La spiegazione potrebbe essere ritrovata in un allattamento più efficace da parte di madri che sono più seguite ?

Il problema dell'ittero è stato reso evidente dal dato che nel quinquennio '90-'95, in USA, si sono verificati 22 casi di kernicterus in neonati con dimissione precoce e follow-up a due settimane. A fronte di questo dato vi sono due elementi da considerare: l'iperbilirubinemia (>17 mg% nei primi 5 giorni) che potrebbe comportare la necessità di fototerapia interessa una popolazione che va dall'1.7% al 12% secondo i diversi Autori; il secondo dato è quello segnalato da Maisels secondo cui la revisione di 22 casi di kernicterus, osservati in 18 anni, avevano un'insorgenza tra 4 e 10 giorni di vita, senza emolisi e fattori di rischio individuabili.

- per quanto riguarda gli screening è da rilevare che nell'esperienza statunitense lo screening dell'ipotiroidismo (TSH raggiunge la baseline a 72 ore!) nei dimessi precocemente era effettuato solo nel 64% dei casi (negli Stati in cui tale controllo era previsto).
- secondo due studi clinici controllati (Carty e Waldenstrom) le donne dimesse precocemente allattano più frequentemente a 2-4 giorni, somministrano minori supplementazioni nella prima settimana di vita e i bambini delle donne multipare sono allattati più frequentemente a 6 mesi di vita. Quale effetto collaterale della dimissione precoce sarebbe segnalata una maggiore incidenza di disidratazione ipernatremica, forse legata ad una incapacità della madre di valutare una suzione inefficace.

Indagine "macroscopica"

Appare evidente, per la varietà dei dati e le diverse realtà - sociali, amministrative, culturali - in cui sono stati raccolti, come sia necessario indagare la realtà del nostro Paese; passo fondamentale per proporre soluzioni clinico-assistenziali appropriate.

Per questi motivi è stata iniziata (G.Caramia e F.Bonsante) nel mese di febbraio 1999 una indagine nazionale tramite l'invio di un questionario per posta a 500 punti nascita.

L'indagine era finalizzata essenzialmente alla evidenziazione della degenza media, al tasso di rientro post dimissione ed al peso su queste variabili della modalità di parto.

Vengono qui presentati alcuni dati preliminari riguardanti 104 risposte (pari al 20.8 %) inerenti a 102276 neonati. La parzialità del dato non consente di trarre conclusioni definitive ma rende possibile formulare alcune ipotesi che potranno essere confermate quando il campione indagato – nel prosieguo dello studio – potrà essere rappresentativo della realtà del nostro Paese.

Complessivamente 10 punti nascita – tra quelli che hanno risposto – dimettono sistematicamente precocemente, 7 applicano una politica estesa di dimissione precoce, definita dalla dimissione prima delle 48 ore di vita di almeno il 20 % dei neonati da parto vaginale. Altri 3 centri applicano una politica più ristretta di dimissione precoce con una percentuale comunque apprezzabile compresa tra il 9 e il 20 % di bambini dimessi prima delle 48 ore.

La dimissione avvenuta tra le 48 e delle 72 ore, qui definita semi-precoce, è più diffusa, ma solo in 6 centri viene applicata in un'ampia percentuale dei casi. Complessivamente la dimissione precoce ha riguardato il 3,29 % dei nati da parto vaginale e la dimissione semi-precoce il 5,37 %, cosicchè il 91,3 % dei nati da parto vaginale ha ricevuto una dimissione convenzionale, dopo 72 ore e dopo l'esecuzione dello screening (per TSH e PKU).

I centri di medie dimensioni con numero di nati compresi tra 1000 e 2000 contano una più elevata percentuale di dimissioni precoci, mentre nessuno dei centri con alto numero di nati (>2000) si affida a questa modalità di dimissione, forse per problemi organizzativi.

In 8 dei 10 centri con frequente dimissione precoce il neonato viene richiamato sistematicamente in ospedale da un minimo di 2 ad un massimo di 7 giorni dopo. In occasione di questo ritorno viene sempre eseguito lo screening; ed in 7 centri su 8 viene assicurata anche la visita pediatrica. In alcuni casi viene anche eseguito un prelievo capillare per bilirubina totale, il bambino viene pesato e la madre riceve ulteriori indicazioni riguardo all'allattamento.

Un centro non richiama tutti i bambini in ospedale: alcuni sono affidati per lo screening al pediatra di base, in un altro i neonati dimessi precocemente vengono affidati ai servizi territoriali e visitati a domicilio dall'ostetrica per due volte, 24 ore e 48 dopo la dimissione.

Per quel che riguarda la modalità di dimissione semi-precoce, in 4 dei 6 centri lo screening viene eseguito anticipatamente prima dello scadere delle 72 ore, quando il neonato è ancora in ospedale; in 2 centri il neonato viene fatto rientrare in ospedale rispettivamente dopo 2 e 5 giorni.

TABELLA RIASSUNTIVA PER REGIONE

	N° centri				Neonati %		
	Tot centri	Dim. Prec. 9 - 20 %	Dim. Prec. > 20%	Dim. Semiprec.	Dimessi precoc.	dimessi semiprec.	TC
Valle d'Aosta	1				0	0	24.4
Piemonte	10		1		4.6	4.7	29.9
Liguria	3		1		11	1.2	32.3
Lombardia	20			5	0.6	21.8	20.2
Friuli	3		1		16.8	0	13.5
Veneto	9				0.8	0.7	21.1
Emilia	5	1		1	5	3.2	25.2
Toscana	8	1	1		6	6.8	18.6
Lazio	7				0.7	1.4	29.8
Marche	6	1	1		20.6	9.7	40.5
Umbria	1				-	-	-
Abruzzo	4		1		12.7	0	23.9
Molise	1				0	0	47.7
Puglia	9				1.3	0.1	36.1
Campania	3				0.8	0	51.5
Calabria	6				6.8	2.7	35.7
Sicilia	5		1		5.1	0	34
Sardegna	3				0	0	28.4
Totale	104	3	7	6			

TABELLA RIASSUNTIVA PER DIMENSIONE DEI PUNTI NASCITA.

N° nati	Tot centri	Dim. Prec. 9 - 20 %	Dim. Prec. > 20%	Dim. Semiprec.	dimessi precoc.	dimessi semiprec.	TC
< 500	26		1	2	3.5	4.3	27.2
500-1000	45	2	2	2	3.2	3.9	28.7
1000-2000	23	1	4	1	8.8	8	26.8
2000-3000	5			1	1.3	19.8	20.5
> 3000	5				0.6	0.0	31.1

L'informazione sul tipo di parto è stata calcolata su di un numero complessivo di 71.104 nascite.

Nel 72.5 % i bambini sono nati da parto eutocico, nel 27.4 % da parto distocico con il 25.9 % di parti cesarei.

La percentuale di parto cesareo sempre molto elevata in Italia è addirittura risultata superiore al 45 % in 6 centri.

La percentuale di parti cesarei non ha evidenziato nessuna correlazione significativa con la distribuzione geografica né con la dimensione dei punti nascita né con le pratiche di dimissione precoce.

La durata media di ricovero per i nati da parto eutocico vaginale è risultata di 3,35 giornate di ricovero, mentre la durata media per i nati da parto cesareo è stata di 5,09 giornate di ricovero.

Per identificare, tramite il numero dei ricoveri post dimissione, gli eventuali rischi connessi con la dimissione precoce ci siamo riproposti di valutare la necessità di un secondo ricovero per problemi neonatali che possano essere sfuggiti durante il primo ricovero.

La maggior parte dei centri ha accusato molte difficoltà nella raccolta di queste informazioni, legate alla possibilità che il secondo ricovero avvenga in un ambiente diverso dal primo (NICU di 2° o 3° livello, reparti di pediatria o chirurgia pediatrica, ospedali in località diverse da quelle di nascita), che avvenga per motivi materni o senza una reale utilità clinica.

Solo pochi centri (17) hanno segnalato rientri ed non tutti hanno inviato informazioni discriminatorie riguardo la causa del rientro, il tipo di parto, l'epoca del rientro e della precedente dimissione.

Pertanto l'informazione che ne deriva appare indicativa e non conclusiva.

Sono stati segnalati 183 rientri su un totale di 14893 casi eleggibili pari all'1,22%. I rientri da parto eutocico: 1,49% sono stati in proporzione più numerosi di quelli da parto cesareo: 0,96% ($p < 0.05$).

I rientri da dimissione precoce sono stati lo 0,93%, quelli da dimissione convenzionale l'1,24% (differenza non significativa per il numero esiguo di casi). La causa più comune del rientro è l'ittero con necessità di fototerapia, seguono le difficoltà di alimentazione e le infezioni.

Il secondo ricovero avviene di solito da 1 a 8 giorni dopo la dimissione (mediana a 3 giorni), il ricovero per ittero avviene invece più precocemente da 1 a 4 giorni dopo la dimissione (mediana 2 giorni).

CAUSE DI RICOVERO POST DIMISSIONE

Ittero	57%	Cianosi	5%
Difficoltà alimentari	11%	Cardiopatia	2%
Vomito	5%	Anemia	0,7%
Infezioni	7%	Altre	9%

Per concludere, la dimissione precoce in Italia appare per il momento riservata a pochissimi centri, nella maggior parte dei punti nascita essa avviene infatti saltuariamente.

I dati attualmente in nostro possesso non consentono di trarre conclusioni sull'influenza della dimissione precoce sulla ospedalizzazione nei giorni immediatamente successivi.

Tuttavia appare probabile, come anche evidenziato dalla letteratura, che la precocità della dimissione specie quando avvenuta in prima giornata possa esporre ad un aumentato rischio di secondo ricovero, specie legato ad ittero, come in parte suggerito nel nostro studio dalla maggior frequenza di rientri (significativa) tra i bambini nati da parto vaginale che tra quelli nati da parto cesareo per i quali la degenza si prolunga (5.09 giornate in media).

Nessuno dei centri con dimissione precoce, infine, ha segnalato casi di bambini con screening non eseguito, ma questa informazione richiederebbe una verifica sistematica presso i laboratori regionali competenti.

Indagine “microscopica”

I dati sopra riportati sono un’iniziale descrizione di alcuni macroscopici fenomeni della realtà italiana.

La dimissione della coppia madre-neonato quando risponda a criteri di qualità e di appropriatezza è un atto particolarmente articolato e complesso, non sono sufficienti dati che descrivano la realtà macroscopicamente per porre ipotesi di indirizzo assistenziale. La dimissione della coppia madre-neonato è la sommatoria di numerosi elementi che concorrono con intensità e direzione diverse a formarne la qualità.

La dimissione può essere intesa come la risultante di svariati vettori la cui intensità e direzione sono diretta espressione delle diverse realtà locali e sono determinate da diversi specifici fattori che vengono parzialmente esemplificati nella successiva tabella.

VETTORI	FATTORI
Servizi sul territorio	Organizzazione, capillarità, connessioni con l’ospedale, modalità di accesso, formazione del personale sanitario, disponibilità di risorse
Caratteristiche sociali	Scolarità, census, immigrazione recente, famiglia multiproblematica, ecc.
Modalità del parto	Eutocico, distocico, complicanze, personale di assistenza, parità, durata del travaglio, supporto alla madre, ecc.
Indirizzi dell’amministrazione ospedaliera	Risorse destinate all’assistenza, capacità di utilizzare tali risorse, tempi imposti di dimissioni, ecc.
Dati medici neonatali	Peso, età gestazionale, malformazioni, patologia associata, infezioni, gemellarità, ecc.
Rischio materno	Tossicodipendenza, malattia psichica, depressione pre e post partum, ecc.
Dati medici materni	Malattie pregresse, anamnesi familiare, precedente stato di salute, ecc.
Assistenza neonatologica	Risorse umane disponibili, politica di reparto, rooming in, modalità di gestione del bonding, sostegno dell’allattamento materno, ecc.
Medici curanti	Capacità di integrarsi con il privato, uniformità dei protocolli assistenziali, programmi di screening comuni, ecc.

Il peso dei diversi fattori è tale che possono determinare la direzione e l’intensità del vettore trasformando una risorsa (vettore positivo e favorente) in un ostacolo (vettore negativo ed ostacolante) e viceversa.

Per porre ipotesi di indirizzo assistenziale è necessario – in contesti ben individuati e delimitati – studiare a fondo non solo la qualità complessiva dei vettori

che concorrono ad una dimissione appropriata ma anche il peso dei singoli fattori che ne determinano le caratteristiche .

Solo agendo, infatti, sui singoli fattori sarà possibile proporre indirizzi assistenziali in grado realmente di incidere sulla qualità del servizio erogato.

Nella sezione di neonatologia della U.O. di patologia neonatale dell'Azienda Ospedaliera di Lecco nell'ambito di una ricerca avente come obiettivo principale lo studio dei fattori associati al parto ed alla degenza nel periodo neonatale in relazione alla loro capacità di prevedere alcune caratteristiche qualitative della dimissione e del periodo successivo sono state studiate 335 coppie madre-neonato dimesse dopo 72 ore con interviste alla madre a 24 ore, ad un mese e ad un anno dal parto.

Particolare attenzione è stata posta dalle infermiere – tramite un punteggio su scala continua - nello studio della capacità predittiva a 24, 48 e 72 ore dalla nascita, durante la degenza, circa la qualità della dimissione e la capacità di autonomia della coppia madre-neonato.

Abbiamo cercato inoltre di utilizzare misure di esito della validità della politica di dimissione che prendessero in esame non solo il tasso di ricovero e l'allattamento al seno ma anche la qualità di vita della madre poiché la dimissione non riguarda unicamente il neonato ma la coppia madre-neonato e quindi una "nuova famiglia".

La popolazione reclutata costituisce un campione rappresentativo della popolazione che afferisce all'Ospedale di Lecco.

Sono stati raccolti ed analizzati molti dati, qui a titolo esemplificativo riporteremo alcune caratteristiche della popolazione studiata, alcuni aspetti della qualità della vita materna ed alcuni aspetti della capacità predittiva delle infermiere partendo dall'osservazione della coppia madre-neonato al nido.

è associata allo stato della madre al ritorno a casa ("bene" vs "sola, impacciata,

RISULTATO DELL'INDAGINE	IPOTESI DI INTERVENTO
<p>I corsi di preparazione al parto sono frequentati da meno della metà delle donne (44.2%), per il 74% da primipare (che costituiscono il 51.2% della popolazione in studio). Non sembrano esservi differenze significative per quanto riguarda professione e scolarità materna. Tra i motivi della mancata partecipazione ai corsi sembra prevalere "l'averli già frequentati" (evidentemente da parte delle multipare) mentre i problemi logistici (orari e sedi) influirebbero per il 22.7%. Il 34.1 % non li frequenta poiché non è interessata.</p>	<p>Modificazione dei corsi di preparazione al parto diffondendoli nelle diverse realtà territoriali.</p>
<p>Il 95 % delle donne sostiene di avere avuto un aiuto sufficiente in Ospedale. Se dovesse ripetere l'esperienza il 5.5% delle donne vorrebbe andare a casa prima, il 25.6% vorrebbe prolungare la degenza. Per il 55.2% delle donne va bene il sistema attuale mentre per il restante 13.7% il tempo di dimissione dipende da come va il parto. Per quanto riguarda la dimissione precoce le più interessate sembrano essere le donne con scolarità superiore (attorno al 15%). Per quanto riguarda il gruppo che vuole posticipare la dimissione le più interessate sembrano le donne che hanno un diploma professionale e le meno interessate le artigiane e commercianti.</p>	<p>Prevedere tempi di dimissione "concordati" e non precostituiti.</p>
<p>Le donne dimesse con allattamento al seno sono il 95.5%, di queste l'11.5% viene dimesso con ausilio di mastosuttore o paracapezzolo. A un mese di vita il 71.6% dei bambini viene allattato completamente al seno. Le condizioni di stanchezza e solitudine non sembrano influenzare la esclusività o meno dell'allattamento al seno.</p>	<p>Rivedere routine di intervento di promozione e sostegno dell'allattamento al seno.</p>
<p>Nel 56.7% dei casi i genitori segnalano problemi del bambino nel corso del primo mese (sonno, alimentazione, scarsa crescita, pianto, coliche). Si rileva che le donne sole o impacciate rilevano problemi nel 70.9% (contro il 49% di quelle che dicono di stare bene e il 60.7% di quelle che riferiscono stanchezza). Per quanto riguarda il pronto soccorso la frequenza di consultazione risulta del 12.8% nel gruppo di donne sole od impacciate versus il 6.4% di quelle che stanno bene. Nel corso del primo anno di vita il 74.2% i genitori segnalano almeno un problema. Nel 70.5% dei casi si trattava di febbre, nel 20.1% da infezioni frequenti, nell'11.3% da problemi di sonno, nell'8.8% da problemi di alimentazione.</p>	<p>Costruire attività di sostegno coordinata tra Ospedale, Pediatri di libera scelta e Distretti.</p>

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA	IPOTESI D'INTERVENTO
<p>Il giudizio sull'autonomia delle madri a 24 ore è associato all'"ansietà" materna a 4 mesi, scala continua ($r=0.2$, $p=0.07$)</p> <p>Il giudizio sulla stanchezza materna a 48 ore (OR 2.5 per ogni grado di giudizio) è associato all'ansietà materna a 4 mesi</p> <p>Il giudizio su autonomia materna 24 e 48 ore stanchezza a 48 ore problemi di allattamento a 24 ore "dimissibilità" a 72 ore</p> <p>è associata allo stato della madre al ritorno a casa ("bene" vs "sola, impacciata, stanca")</p> <p>Il giudizio sull'autonomia a 48 ore e sulla dimissibilità a 72 ore sono le variabili più fortemente associate (OR=2.3 e 1.5 rispettivamente)</p> <p>Il giudizio sulla dimissibilità a 24 ore è associato all'allattamento completo al seno per almeno 4 mesi (OR 1.85 per ogni grado di giudizio)</p>	<p>Organizzazione del lavoro e delle routine assistenziali che utilizzino la osservazione delle I.P. dell'Ospedale di Lecco ai fini della costruzione delle modalità e del timing appropriati della dimissione.</p> <p>Sistematizzazione dell'osservazione infermieristica.</p>

Abbiamo riportato solo un esempio dell'utilizzo di indagini epidemiologiche "locali" con alcune abbozzate ipotesi di intervento per modificare i comportamenti assistenziali.

Alle indagini "nazionali" il compito di valutare complessivamente lo stato dell'arte su scala macroscopica, alla valutazione locale il compito di fornire elementi indispensabili per costruire linee guida da applicare nei singoli contesti.

Ovviamente in altri contesti andranno sviluppati studi specifici su altri vettori analizzando altri fattori. Solo la precisa individuazione degli obiettivi consentirà di individuare precise ipotesi di indirizzo assistenziale attraverso lo sviluppo di linee guida nate nel contesto dove dovranno essere utilizzate.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Baronciani D, Bellù R, Zanini R: I tre paradossi della dimissione precoce. *Medico e Bambino* 18, 181-3, 1999
- Barrera ME, Rosenbaum PL: Supporting parents and promoting attachment. In Sinclair JC, Bracken MB eds. *Effective care of the newborn infant*. New York: Oxford University Press 1992;221-44
- Braveman P, Egerter S, Pearl M, Marchi K, Miller C: Early discharge of newborns and mothers: a critical review of the literature. *Pediatrics* 96,716-26,1995
- Britton JR, Britton HL, Beebe SA: Early discharge of the term newborn: a continued dilemma. *Pediatrics* 94,291-5, 1994
- Fergusson DM, Horwood LJ, Thorpe K and the ALSPAC Study Team: Changes in depression during and following pregnancy. *Pediatrics and Perin Epidemiol* 10, 279-93,1996
- Kessel W, Kiely M, Nora AH, Sumaya CV: Early discharge: in the end, it is judgment. *Pediatrics* 96, 739-42,1995
- Margolis LH: A critical review of studies of newborn discharge timing. *Clinical Pediatrics* 626-34,1995
- Margolis LH, KotelchickM, Hsing Yi Chang: Factors associated with early maternal postpartum discharge from the hospital. *Arch Pediatr Adolesc Med* 151,466-72,1997
- Parisi VM, Meyer BA: To stay or not to stay? That is the question. *N Engl J Med* 333,1635-7,19
- Ray KI, Hodnett ED: Caregiver support for postpartum depression (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 1998; Oxford; Update Software
- Young D: Early discharge- whose decision, whose responsibility? *Birth* 23,61-71,1995