

Queste pagine rappresentano la finestra su "Medico e Bambino" cartaceo dei contributi originali delle pagine elettroniche. I testi in extenso sono pubblicati on line

## Ricerca



### QUALI MESSAGGI PER LE MAMME NEI CARTELLINI DI DIMISSIONE NEI PUNTI NASCITA DELLA CITTÀ DI ROMA?

#### Elaborazione dei dati e stesura del manoscritto:

S. Donati\*, F. Marolla, F. Luchino, A. Giusti\*, S. Bolli\*, M. Grandolfo\*

Pediatr. di Famiglia - Associazione Culturale Pediatri Lazio

\*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma

#### Pediatr. partecipanti:

G. Aceti, P. Calamita, C. Ciuffo, C. Cives, V. Calia, R. Cannavò, E. Coltura, S. Corbo, M.L. Criscione, R. De Angelis, P. Del Balzo, T. Gazzotti,

F. Luchino, L. Marolla, F. Marolla, F. Melideo, P. Montani, D. Morano,

P. Nardini, L. Oliviero, M. Orrù, A. Palma, E. Porro, L. Reali, C. Roberti,

L. Salvatori, V. Sarno, S. Spaterna, S. Uccella, M. Valente, C. Vignuda

Indirizzo per corrispondenza: flavia.luchino@libero.it

### BREASTFEEDING INFORMATION IN DISCHARGE CARDS RELEASED TO MOTHERS FROM MATERNITY HOSPITALS IN ROME?

**Key words** Breastfeeding, Care coordination, Evaluation, Advocacy

**Summary** We conducted a survey with the aim to analyse the content of discharge cards released to mothers leaving maternity hospitals in Rome. Thirty-one family paediatricians collected a total of 295 discharge cards released to mothers of well-being newborns from 30 different maternity hospitals of Rome. All discharge cards quoted breastfeeding. Nevertheless 67% of information related to breastfeeding were not correct. 95% of mothers received written information on formula supplementation (84% of them were printed on discharge cards). 61% received a hand written prescription of a specific formula. 55% of the discharge cards suggested both options: "free" breastfeeding as well as time-table feeding. The discharge card is only a tool, not even the most important, to support breastfeeding. Nevertheless, it is the unique written information which over 32,000 mothers delivering in Rome, receive from maternity hospitals. We believe discharge cards should include only understandable, complete, correct and evidenced-based information in order to favour breastfeeding.

**Introduzione** - I benefici dell'allattamento al seno per il bambino, la madre, la famiglia, il sistema sanitario e per la società sono tanti e così ben documentati che la necessità di proteggerlo, promuoverlo e sostenerlo dovrebbe rappresentare una consapevolezza universalmente acquisita.

L'accordo tra Governo e regioni sui Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria del gennaio 2002 fa specifico riferimento al DM 24.4.2000 "Progetto Obiettivo Materno Infantile" che prevede tra i suoi obiettivi relativi al percorso nascita "di favorire avvicinamento e contatto puerpera e neonato, le dimissioni protette e precoci, la promozione dell'allattamento al seno, l'incremento della percentuale di allattamento precoce al seno e la verifica di iniziative di promozione della pratica dell'allattamento al seno oltre il 3° mese". Il decreto ministeriale 500 del 6 aprile 1994 è stato promulgato in applicazione del Codice Internazionale per la commercializzazione dei sostituti del latte materno, approvato dall'Assemblea Mondiale della Sanità e sottoscritto dall'Italia. Il DM 500 recepisce solo parzial-

mente le indicazioni del Codice (non proibisce la fornitura gratuita di latti artificiali e attrezzature ai punti nascita, né la sponsorizzazione e il contributo economico a manifestazioni scientifiche ed eventi formativi destinati agli operatori sanitari). Il recente DM 46/05 ha ovviato in parte a queste discrepanze. Obiettivo di questo studio è analizzare i contenuti informativi dei cartellini di dimissione che vengono consegnati alle puerpere al momento della dimissione dai punti nascita.

**Materiali e metodi** - Tra novembre 2003 e settembre 2004 sono stati raccolti 215 cartellini di dimissione rilasciati da 30 diversi punti nascita di Roma. Tra febbraio e maggio 2005 ne sono stati raccolti altri 80, rilasciati da 25 punti nascita. I cartellini sono stati raccolti, in occasione della prima visita pediatrica di controllo dopo la dimissione ospedaliera, dai 31 pediatri di libera scelta di Roma. Sono stati inseriti nello studio tutti i bambini a termine, di peso adeguato, che non avevano presentato distress respiratorio alla nascita o altri problemi neonatali né hanno avuto bisogno di ricovero presso un reparto di patologia neonatale.

L'analisi dei dati presentata nel lavoro si riferisce al primo campione (n=215), da cui sono stati selezionati solo i 13 punti nascita di Roma, di cui si disponeva di almeno 5 cartellini per un totale di 188 cartellini di dimissione, pari allo 0,8% dei nati. I cartellini del secondo campione (n=80) raccolto nel 2005 sono stati analizzati per verificare eventuali modificazioni delle sole informazioni stampate, perché l'esiguità dei cartellini per punto nascita non permetteva un'analisi comparata con il primo campione. Le 13 strutture coprono il 71% dei nati nella città di Roma.

**Risultati** - Il 100% dei cartellini riporta la raccomandazione di allattare al seno e contiene informazioni stampate sull'allattamento al seno. Il 95% dei cartellini contiene anche informazioni sull'allattamento artificiale che nell'84% dei casi sono stampate. Il 61% dei cartellini contiene una prescrizione di latte artificiale che nella totalità dei casi non è stampata, ma scritta a mano. Le informazioni sull'allattamento al seno contenute nei cartellini sono risultate non corrette nel 67% dei cartellini di dimissione.

La modalità di allattamento a richiesta viene riportata solo nel 31% dei cartellini di dimissione, il 14% riporta il consiglio di allattare rispettando un orario prestabilito per le poppate e il 55% dei cartellini riporta, in maniera estremamente contraddittoria, entrambe le possibilità. Il 36% del totale dei cartellini riporta uno schema orario delle poppate e il 43% informazioni sulla durata consigliata delle poppate. L'80% dei cartellini contiene indicazioni di una crescita ponderale settimanale minima del neonato (>150 g) e nel 51% dei casi vengono consigliate restrizioni dietetiche alle mamme. Solo l'11% dei cartellini contiene informazioni stampate circa la posizione raccomandata nel sonno per la prevenzione della SIDS.

Oltre il 50% dei cartellini analizzati è ambivalente nelle informazioni riportate. Si ricorda che il latte materno è il più adatto per il neonato, ma poco dopo si suggerisce di proporre un'aggiunta di latte artificiale nel caso il primo fosse insufficiente. Si consiglia l'allattamento a richiesta, ma nello stesso cartellino si suggerisce un orario scritto e un numero di poppate che prevede l'uso dell'orologio. Sul totale dei punti nascita coinvolti nello studio solo 2 non riportano mai la prescrizione di latte artificiale mentre 6 la riportano sempre. La disamina dei contenuti informativi stampati negli altri cartellini raccolti nel secondo campione del 2005 non ha evidenziato

sostanziali modifiche rispetto a quanto osservato nel campione precedente.

**Discussione** - La Regione Lazio, nel suo piano sanitario 2002-2004 e con la delibera DGR n. 1741 del 20 dicembre 2002, ha voluto impegnarsi in un programma di promozione dell'allattamento al seno e intende creare una rete regionale di ospedali "Amici dei Bambini". Probabilmente è troppo presto per vedere dei cambiamenti radicali. Siamo consapevoli che il cartellino di dimissione è solo uno, e sicuramente non il più importante, strumento per sostenere le mamme nell'allattamento al seno; tuttavia esso rappresenta per le migliaia di donne che partoriscono a Roma (oltre 32.000, dati 2002) l'unica informativa scritta rilasciata dal punto nascita. I nostri dati confermano uno studio analogo svolto 7 anni fa, in cui si evidenziava come "i consigli scritti rilasciati dai punti na-

scita e destinati a decine di migliaia di genitori a Roma non sono coerenti con le raccomandazioni dei grandi organismi internazionali destinati alla promozione dell'allattamento al seno". Il Rapporto congiunto OMS/UNICEF indica che, al momento della dimissione dall'ospedale, le madri dovrebbero ricevere precise informazioni sulla fisiologia e sulle modalità della lattazione in modo da acquistare sicurezza nell'effettuare l'allattamento al seno.

Riteniamo opportuno sottolineare l'importanza che tutti i messaggi contenuti nel cartellino di dimissione siano chiari, corretti e coerenti con le evidenze scientifiche e con le informazioni che le puerpere ricevono verbalmente durante l'assistenza prenatale, intrapartum e post-partum, per prevenire parte delle difficoltà riferite dalle donne dopo la dimissione ospedaliera e facilitare l'accesso alle strutture territoriali deputate alle presa in carico di tali problemi. Una formazione coordinata ospedale-territorio è indispensabile.

## Casi contributivi



### FIBROSI RETROPERITONEALE IDIOPATICA: DESCRIZIONE DI DUE CASI

Z. Cannioto, A. Lorusso, E. Barbi  
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste  
Indirizzo per corrispondenza: ebarbi@libero.it

### IDIOPATHIC RETROPERITONEAL FIBROSIS: DESCRIPTION OF TWO CASES

**Key words:** Idiopathic retroperitoneal fibrosis, Abdominal pain, Hypertension, Renal failure

**Summary** Idiopathic Retroperitoneal Fibrosis (IRF) is a rare syndrome of unknown origin, possibly of autoimmune nature, which leads to the compression and obstruction of ureters and other adjacent organs. We describe two paediatric cases of IRF which represent the wide spectrum of clinical expression and evolution of this disease. The diagnosis of IRF should be suspected in front of a patient with abdominal pain, hypertension, hydronephrosis and ESR elevation. An early diagnosis is fundamental to prevent renal failure.

**Caso clinico 1** - La storia clinica di M., di 15 anni, esordisce a 13 anni con una sintomatologia dolorosa lombare dx, per la quale viene eseguita una ecografia renale che evidenzia un aumento di spessore parenchimale a carico del rene dx con dilatazione delle vie escrettrici prossimali. Nel sospetto di un quadro di sindrome del giunto si pone indicazione all'intervento chirurgico. In sede operatoria si evidenzia la presenza di un quadro di fibrosi retroperitoneale (FR), confermata dal successivo esame istologico. Da allora M. è sempre stato bene senza necessità di ricorso ad alcuna terapia farmacologica; mantiene un programma di follow-up laboratoristico ed ecografico (ogni tre mesi).

**Caso clinico 2** - J. è un ragazzo di 12 anni, la cui storia clinica esordisce all'età di 8 anni con un riscontro occasionale (dopo trauma banale) di ipertensione e idroureteronefrosi sx da infiltrazione di massa retroperitoneale. Alla luce dell'evidenza scintigrafica di rene escluso, si rende necessario procedere con intervento di nefrectomia e parziale resezione della massa fibrosa. L'istologia, poi, conferma il sospetto di FR. La persistenza degli indici di flogosi elevati impone l'avvio di una terapia farmacologica (desametasone: 2.5-5 mg/die), mantenuta per circa 6 mesi con sviluppo, però, di un importante eccesso ponderale, accompagnato da marcati segni di cortisonizzazione (strie rubrae e acantosi nigricans). Per tale ra-

gione si introduce in terapia un secondo farmaco (risparmiatore di steroidi), l'azatioprina, sospesa dopo circa un mese per l'insorgenza di un quadro di epatite colestatica correlabile al farmaco stesso. Visto il fallimento di tale terapia, si passa, poi, all'utilizzo del tamoxifene, farmaco che J. prende ormai da circa 6 mesi senza evidenza di segni di malattia, né di effetti collaterali.

**Contributo** - La FR è un processo infiammatorio non specifico, benigno, caratterizzato istologicamente da una proliferazione di tessuto fibroadiposo a carico del distretto retroperitoneale. L'incidenza della malattia si attesta attorno a 1/200.000 con possibilità, seppure poco frequente, di esordio in età pediatrica. Nel 15% dei casi, la presenza di tessuto fibrotico può estendersi anche al di fuori della sede retroperitoneale: in questi casi si parla più propriamente di fibrosi multifocale. In circa due-terzi dei casi l'eziologia resta di natura indefinita, "origine idiopatica", mentre nel rimanente terzo dei casi essa è attribuibile a malignità, malattie autoimmuni, vasculiti, emorragie, infezioni, aneurismi dell'aorta addominale, e a cause iatrogene (farmaci, chirurgia e radioterapia).

Clinicamente la FR si presenta con segni e sintomi sistemici specifici quali astenia, anoressia, anemia, calo ponderale, febbre, malessere. A questi possono accompagnarsi sintomi conseguenti alla compressione delle strutture retroperitoneali, in particolare una sintomatologia dolorosa lombare. La progressività evolutiva e la notevole aspecificità sintomatologica possono essere spesso causa di un importante ritardo diagnostico; non infrequentemente, quindi, la diagnosi può essere posta tardivamente quando, cioè, vi è ormai un importante danno renale (vedi il caso 2).

Sul piano della diagnostica strumentale, l'ecografia addominale consente spesso di individuare la lesione, così come altre tecniche di imaging (TC e RMN) si rivelano importanti per valutare l'estensione del processo.

Per quanto riguarda il trattamento non è possibile identificare in letteratura un orientamento univoco. Si ritiene che il ricorso combinato agli approcci medico e chirurgico rappresenti la migliore strategia terapeutica. Molti Autori consigliano di risolvere chirurgicamente l'ostruzione ureterale, avviando al tempo stesso un trattamento farmacologico. In termini di terapia medica i corticosteroidi rivestono un ruolo di primo piano; nel caso di pazienti non rispondenti alla terapia steroidea (circa il 25%) o in presenza di effetti avversi va considerato il ricorso alla terapia immunosoppressiva (azatioprina, metotrexate, ciclofosfamide e ciclosporina) o all'utilizzo del tamoxifene. Quest'ultimo è un antiestrogeno, la cui efficacia terapeutica è da ricondurre a un effetto anti-FGF (fattore di crescita dei fibroblasti). Il follow-up a lungo termine è comunque mandatorio indipendentemente dalla terapia avviata (rischio di ricorrenza).

Le **pagine verdi** riportano in breve le ricerche e i casi clinici che compaiono per esteso sulle **pagine elettroniche** della rivista (accesso libero al seguente indirizzo: [www.medicoebambino.com](http://www.medicoebambino.com)). Il sommario delle elettroniche è riportato a pag. 141.

Su questo numero segnaliamo l'importante *Ricerca* (da leggere per esteso) dei pediatri di Roma sulle informazioni riportate nei cartellini di dimissione nei punti nascita. I risultati dello studio possono essere il presupposto per una larga e serena discussione e per un auspicabile cambiamento. Nelle rubriche "Il Punto su..." e "Protocolli di diagnosi e terapia" sono riportati approfondimenti, a portata del pediatra non specialista, su problematiche che riguardano la gestione dei pazienti con fibrosi cistica (a integrazione del *Focus*). Un argomento di pediatria ambulatoriale, sull'accuratezza del termometro timpanico, nella rubrica "Occhio all'evidenza". Sempre interessanti ed esaurienti gli approfondimenti dalla letteratura in "Appunti di terapia" e "Pediatra per l'Ospedale".