

Dimissione appropriata del neonato sano

GIUSEPPE LA GAMBA¹, GHERARDO RAPISARDI²

¹Divisione di Patologia Neonatale, Azienda Ospedaliera "Pugliese - Ciaccio", Catanzaro

²T.I.N. - Cattedra di Pediatria Preventiva e Sociale, Azienda Ospedaliera "Meyer", Firenze

La dimissione precoce presenta vantaggi esistenziali e assistenziali e non presenta rischi reali, se non corrisponde a un vuoto dopo le dimissioni. Numerose esperienze di integrazione assistenziale pre e post-dimissione lo confermano. Una serie di raccomandazioni sulla base delle evidenze e delle esperienze consente una "dimissione appropriata" non problematica.

La dimissione dopo il parto è un momento critico delle cure perinatali, dovendo essere garantite condizioni successive di sicurezza e serenità a tutte le mamme e a tutti i neonati.

Le prime 2-3 settimane di vita costituiscono un periodo delicato in cui sovente si presentano aspetti assistenziali rilevanti per la madre (possibili crisi di stanchezza, difficoltà nell'allattamento, "post-partum blues", depressioni post-partum...), per il neonato (calo ponderale, disidratazione, ittero, evidenziazione di anomalie congenite...), per la famiglia (possibilità di distorsioni relazionali precoci).

Nello stesso tempo, in questo periodo, è spesso presente un "vuoto assistenziale": infatti, pur essendo previsti servizi territoriali per l'assistenza al puerperio e al neonato dopo la dimissione (consultori con ostetrica, ginecologo, pediatra, assistente sanitaria, psicologo, assistente sociale), da poche parti essi sono realmente attivi e, se esistono, vengono sottoutilizzati dall'utenza che in prevalenza si rivolge all'ospedale o al privato.

Anche la presa in carico da parte del pediatra di famiglia avviene in maniera disomogenea e spesso tardiva.

L'attuale tendenza a dimissioni sempre più precoci (entro le prime 24-48 ore dalla nascita) induce per questo perplessità e in alcuni preoccupazione per i rischi sanitari ai quali sarebbero esposti soprattutto i neonati. In verità, vi sono altri aspetti che meritano qualche riflessione.

EARLY DISCHARGE OF THE NEWBORN BABY (*Medico e Bambino* 18, 574-578, 1999)

Key words

Newborn, Early discharge, Domiciliary care

Summary

The Authors discuss risks and negative side effects of early discharge of the newborn baby. Studies carried out in USA show that less than 3% of babies who had been discharged within 24-48 hours needed to be readmitted. Most of the readmissions were due to jaundice, a few to dehydration, nutritional problems and previously undiagnosed congenital anomalies. The concept of early discharge should be reconsidered, however, since the widely perceived need is a timing of discharge suited to the mother's and baby's conditions and a postnatal domiciliary care and support. Several pilot projects have been started based on these principles and guidelines have been recently established for health service networking.

La pratica della dimissione precoce è adottata soprattutto per il presunto "risparmio economico" che ne conseguirebbe. Nella maggior parte dei casi è compiuta unilateralmente dall'ostetrico, non concordata con il neonatologo-pediatra, con le madri e tanto meno con i servizi extraospedalieri, spesso senza la dovuta attenzione a eventuali fattori di rischio (sociali, psicologici, sanitari). Essa non si traduce in un'effettiva deospedalizzazione delle cure in puerperio, ed è discutibile (anche sul piano etico) il fatto di privilegiare il contenimento dei costi rispetto all'assicurazione degli standard minimi d'assistenza a tutte le madri e a tutti i neonati. Peraltro non si ha alcuna evidenza di un effettivo vantaggio economico, anche perché andrebbero considerati i costi per eventuali conseguenti riospedalizzazioni, ma

soprattutto quelli sociali ed economici che possono ricadere sulle famiglie¹. I risultati del primo studio italiano, compiuto fra le aziende ospedaliere sanitarie dell'Emilia Romagna, non hanno evidenziato alcun risparmio conseguente alle dimissioni precoci se non inserite in una modifica della politica aziendale con una ricollocazione complessiva del personale².

Le madri e i neonati: questi "scomodi" degenti

Sono concordemente definite come dimissioni precocissime e precoci quelle che avvengono entro le 24 e le 48 ore dal parto. Ma si tratta di semplici definizioni "temporali" che non considerano la loro appropriatezza e opportunità e che risentono della rigidità di regole e protocolli arbitrari³. Non esiste alcuna

evidenza scientifica (e non potrebbe essere altrimenti) su un tempo giusto di permanenza in ospedale, valido per tutti i neonati "fisiologici", indipendente dalle condizioni fisiche della madre, dalle sue eventuali difficoltà soggettive e ambientali, dall'offerta (disponibilità, accessibilità, qualità) dei servizi extra-ospedalieri.

Per questo la discussione sul "quanto" (24, 48, 72 ore?) rispetto al "come" (i criteri selettivi, le modalità) appare malposta e fuorviante. È l'appropriatezza delle dimissioni (nei modi e nei tempi "giusti" per il singolo neonato e la sua mamma) e non tanto la loro semplice precocità a rendere sempre più adeguate ed efficaci le cure perinatali. Andrebbe perciò rivista la qualità della degenza ospedaliera ancor prima della sua durata e soprattutto le successive opportunità di assistenza. Le cure post-natali vanno in ogni caso assicurate a tutti i neonati e in tutto il Paese, indipendentemente da "dove" vengano offerte (in ospedale o fuori), nel rispetto dei protocolli ormai consolidati di assistenza e di controllo.

Uno degli obiettivi principali in tal senso appare quello di promuovere la scelta della madre, d'accordo con chi presta assistenza a lei e al neonato. Questa scelta deve basarsi su un'informazione, tempestiva e adeguata, sulle modalità assistenziali attuate nei vari punti nascita, sia per il parto sia per il post-partum e il puerperio (auspicabili le Carte dei Servizi), sui vantaggi del costante supporto emotivo, relazionale e professionale, dal travaglio fino al puerperio, nonché dello stare con il neonato nel post-partum, e del rooming-in, per l'adattamento neonatale, l'attaccamento e l'allattamento al seno.

Quali rischi? Quali vantaggi?

Negli USA la dimissione neonatale precoce è stata forzata per le pressioni delle compagnie di assicurazione. È quasi sempre imposta e non offerta. I rischi della dimissione precoce dipendono dalle variabili sociali e dal vuoto assistenziale successivo.

Negli USA la dimissione neonatale precoce, già da tempo adottata (da 3.9 a 2 giorni per i parti vaginali e da 7.8 a 3.9 giorni per quelli operativi, dal 1970 al 1994)⁴, si è accentuata negli ultimi anni per le forti pressioni delle compagnie as-

surative e per i nuovi criteri di risparmio nella gestione amministrativa dell'assistenza. Dal 1980 al 1994 le puerpere dimesse entro i primi due giorni successivi al parto sono passate dal 30 al 65% e fra queste ultime il 30% entro le prime 24 ore⁵. È pertanto la letteratura scientifica nordamericana a fornire molti elementi concreti di riflessione su tempi, modalità ed effetti. L'attenzione è soprattutto focalizzata sui potenziali effetti collaterali delle dimissioni precoci sul neonato poiché in quasi tutti quegli Stati sono imposte e non offerte alle mamme e non è prevista un'assistenza pubblica territoriale (pediatra di famiglia, ostetrica, assistente sociale...). Per le obiettive difficoltà nella definizione del problema e nello studio dello specifico rischio relativo, tutti gli studi presentano forti limiti metodologici (scarsa numerosità, non corretta selezione dei controlli ecc.) che rendono troppo soggettive le interpretazioni (a volte eccessivamente allarmistiche) dei risultati. Da tutti comunque traspare quanto i rischi e i problemi non dipendano tanto dalla precocità delle dimissioni ma dal vuoto assistenziale successivo, specie se correlato alle variabili psico-sociali e alle capacità di compensazione e di autonomia delle singole famiglie.

Gli effetti negativi più ricorrenti riguardano le "perdite" agli screening metabolici, i casi di iperbilirubinemia non rilevati, l'inefficace avvio dell'allattamento al seno e il suo mantenimento, i problemi di crescita, le anomalie congenite non rilevate, le difficoltà materne, le riammissioni ospedaliere^{6,8}.

Screening metabolici neonatali

La dimissione troppo precoce può mettere a rischio l'efficienza degli screening.

Lo screening per la PKU, il più strettamente dipendente dall'epoca d'esecuzione (con un cutoff pari a 4 mg% di fenilalanina, la falsa negatività è del 30% a 12 ore di vita e del 10% fra 12 e 24 ore)⁹, è eseguito prima delle dimissioni anche se precoci in 108 fra 116 ospedali americani recentemente indagati e solo nel 65% di essi è previsto un successivo controllo. Non tutti ma il 94% dei pediatri sottopongono a screening i loro bambini negli Stati che li obbliga a farlo e solo il 64% negli Stati senza tale obbligo¹⁰.

Di fatto, un significativo numero di bambini americani sarebbe sottoposto a intempestivo screening per la PKU sen-

za un efficiente sistema di compensazione extraospedaliera.

Iperbilirubinemia

L'iperbilirubinemia è la causa più comune di riammissione precoce.

Fra i neonati a termine riammessi in ospedale nei primi sette giorni di vita (1-4%), la causa più ricorrente è rappresentata dall'ittero (85%). Riconsiderando il rischio di tossicità per il SNC (evenienza ormai rara per la tempestività di diagnosi), fra il 1991 il 1995 in tutti gli USA (4 milioni di nati/anno) sono stati rilevati 22 casi aneddotici di kernittero fra neonati (non tutti a termine) dimessi entro 48 ore dalla nascita. In tutti era presente un fattore di rischio precocemente identificabile, per quanto breve possa essere stata la degenza successiva al parto: malattia emolitica ABO, estese ecchimosi, altre cause di emolisi, deficit di G6PDH in 5 casi (23%)¹¹.

L'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno

La dimissione precoce non avrebbe in sé né effetti positivi né negativi sull'allattamento al seno: dipende dal dopo.

La permanenza in ospedale dovrebbe essere occasione di aiuto e sostegno alle madri nel corretto avvio dell'allattamento al seno. Poiché non tutti gli ospedali promuovono adeguatamente l'allattamento al seno, in alcuni casi la dimissione precoce potrebbe diventare un fattore protettivo, per il migliore supporto di familiari o di altre figure^{5,12,13}. La letteratura disponibile non offre alcuna evidenza sulla diretta relazione fra la durata della degenza e l'avvio dell'allattamento al seno, la sua durata e l'eventuale malnutrizione neonatale. È dimostrata invece l'utilità del sostegno precoce a domicilio, soprattutto nei casi esposti a maggior disaggio¹⁴.

Identificazione delle anomalie congenite

Un terzo circa delle anomalie congenite viene diagnosticato dopo la dimissione, ma nella grande maggioranza dei casi avrebbe potuto essere rilevato già al primo giorno.

La "svista" di sintomi o condizioni neonatali molto importanti (le cardiopatie congenite) alle dimissioni può accentuarsi qualora queste siano precoci. Gli studi sulle riammissioni ospedaliere neonatali riportano le cause per grandi gruppi (ittero, disidratazione ecc.) e non consentono di stabilire l'incidenza delle anomalie congenite importanti non tempestivamente rilevate.

Con il riesame di 1428 neonati nei primi giorni di vita, rispetto ai 158 bambini con anomalie identificati al primo controllo (8.8%), sono stati identificati altri 63 precedentemente sfuggiti (4.4%). In sette casi l'anomalia era importante ma già rilevabile all'epoca del primo controllo: dislocazione dell'anca (4), cardiopatia congenita (1), addome sovradisteso (1), ittero severo (1)¹⁵. È molto verosimile che la qualità del primo controllo sia il vero fattore correttivo di tale gap. In ogni caso gli studi disponibili sono molto pochi e soprattutto molto deboli per sostenere che la precocità delle dimissioni accentui tale problema.

Riammissione ospedaliera

Dai molti studi sulla riammissione ospedaliera per intempestive e precoci dimissioni neonatali, il relativo tasso risulta inferiore al 3%; l'iperbilirubinemia, la disidratazione e l'inappropriata alimentazione le cause più ricorrenti. Anche in questo caso nessuno degli studi dimostra con chiara evidenza che la precocità delle dimissioni aumenti di per sé la possibilità di riammissione ospedaliera^{16,21}. Le raccomandazioni canadesi prevedono che, in caso di necessaria riammissione ospedaliera nella prima settimana di vita, neonato e madre vengano riospedalizzati assieme²².

Effettivi vantaggi?

Essendo quattro milioni i nuovi nati ogni anno negli USA, è stato stimato un risparmio di quattro miliardi di dollari/anno per ogni giorno in meno di degenza²³. Negli anni Novanta le compagnie assicurative, quelle che offrono assistenza domiciliare e i singoli piani sanitari governativi orientati al contenimento dei costi, hanno rappresentato il vero impulso alle dimissioni precoci. Per tale crescente spinta in molti Stati d'America, a partire dal 1996 è stato promulgato "L'Atto per la protezione della salute della madre e del neonato", con cui sono stati definite per legge a 48 e a 96 ore le degenze minime per i parti vaginali e per quelli operativi che le compa-

gnie assicurative devono coprire finanziariamente. Ma solo uno Stato ogni quattro include nella sua legislazione le dipendenti statali e le famiglie che godono soltanto dell'assistenza pubblica (medicare o medicaid)²³.

Nel dicembre del 1997 l'AAP ha definito delle linee guida per le dimissioni entro le prime 48 ore dal parto che prevedono un controllo nei due giorni successivi, fra 5 e 7 giorni e a un mese.

Il precoce ritorno a casa è un'effettiva demedicalizzazione della nascita se è previsto un programma di assistenza successivo che assicuri almeno una precoce visita domiciliare. I vantaggi psicologici e sociali sono ovvi e ampiamente dimostrati, come per il rischio di abuso e trascuratezza e per i neonati di basso peso, dalla stessa letteratura nordamericana^{24,25}. In verità, tutti gli studi disponibili riguardano popolazioni a basso rischio per problemi medici e psico-sociali poiché il precoce supporto domiciliare in quegli Stati non è la regola e soprattutto non è gratuitamente offerto a tutte le famiglie^{3,26}.

Imparare dagli altri per non sbagliare

In Europa, e non di meno nel nostro Paese, le dimissioni precoci sono una pratica più recente rispetto agli USA ma sempre più diffusa. Ma le "nuove" regole (ospedaliere) e i "nuovi" obiettivi (minori costi) non dovrebbero far dimenticare le "buone" regole e i "vecchi" obiettivi dell'assistenza perinatale: prevenire la morbilità e la mortalità evitabili e promuovere la salute e il benessere della famiglia, correggendo non tanto la durata della permanenza in ospedale quanto la qualità e l'appropriatezza delle cure complessive.

La letteratura offre concreti esempi della praticabilità di tale strategia. Presso l'ospedale di Motala (Svezia) dal 1983 alle mamme e ai loro neonati non a rischio sanitario è offerta la dimissione precoce e ad entrambi è assicurata l'assistenza domiciliare nei primi 5-7 giorni successivi. Dal 1983 al 1995, fra i circa 10.000 nati, la richiesta di essere dimessi precocemente è passata dal 20 al 66% (il 79% dei parti normali) con una mortalità pari a zero. I problemi neonatali più ricorrenti hanno riguardato l'alimentazione e l'iperbilirubinemia. Tale strategia ha consentito una riduzione del 50% del personale ospedaliero, impiegato nelle visite domiciliari²⁷.

In Italia da qualche anno diventano sempre più numerose le proposte e le esperienze concrete per dimissioni pro-

tette ma soprattutto appropriate (e non solo precoci). Alcune sono volontarie e non ancora formalizzate e ufficializzate dalle rispettive aziende ma per questo hanno un valore ancora più rilevante.

Una delle prime esperienze è stata quella di Milano, a partire dagli inizi degli anni Novanta, imperniata sul lavoro del compianto dott. Motta al Buzzi e ampliata dal progetto pilota delle ostetriche della Mangiagalli. Dal marzo '99, su tutta la città di Milano è offerta la possibilità di un'assistenza domiciliare personalizzata e continuativa, da parte di una stessa ostetrica (ospedaliera o territoriale, che ha conosciuto la madre prima della dimissione) per i dimessi tra le 36 e le 48 ore, per i primi 7-10 giorni; tale assistenza è integrata da una visita domiciliare di un pediatra in 4a-5a giornata.

Nel Progetto di un gruppo di Ostetriche di Bologna le ostetriche di distretto offrono due interventi domiciliari nelle 48 ore successive alle dimissioni e in seguito secondo il bisogno. L'obiettivo è il sostegno alle madri che fanno richiesta di un precoce ritorno a casa (a 24-48 ore dal parto) e un maggior supporto alle fasce a maggior disagio.

L'esperienza di Collegno offre l'opportunità di scelta a ogni mamma di un ritorno precoce a casa secondo le proprie esigenze e attese, garantendo l'assistenza domiciliare da subito (entro le prime 12 ore) e per i successivi cinque giorni da parte del personale del consultorio familiare.

Presso l'ASL di Cesena è formalmente prevista la visita ambulatoriale o domiciliare entro i primi sette giorni da parte del pediatra di libera scelta, indicato (anche se non ancora scelto) dai genitori prima delle dimissioni e così informato dall'ospedale (*Tabella I*). Sono per questo previsti corsi comuni di formazione (fra ostetriche e pediatri ospedalieri e territoriali) su argomenti specifici per la definizione di protocolli concordati e condivisi. L'ospedale è disponibile per controlli minimi (Ht, BR) con accesso libero.

Da un anno (la prima riunione è del novembre 1998) è stato costituito uno specifico gruppo interdisciplinare di studio nazionale, promosso dall'ACP, che sta coinvolgendo un numero sempre maggiore di operatori sanitari (ostetriche, puericultrici, ginecologi, neonatologi, pediatri di libera scelta). Sulla base delle evidenze della letteratura e del consenso tra esperti sono state stilate delle raccomandazioni di comporta-

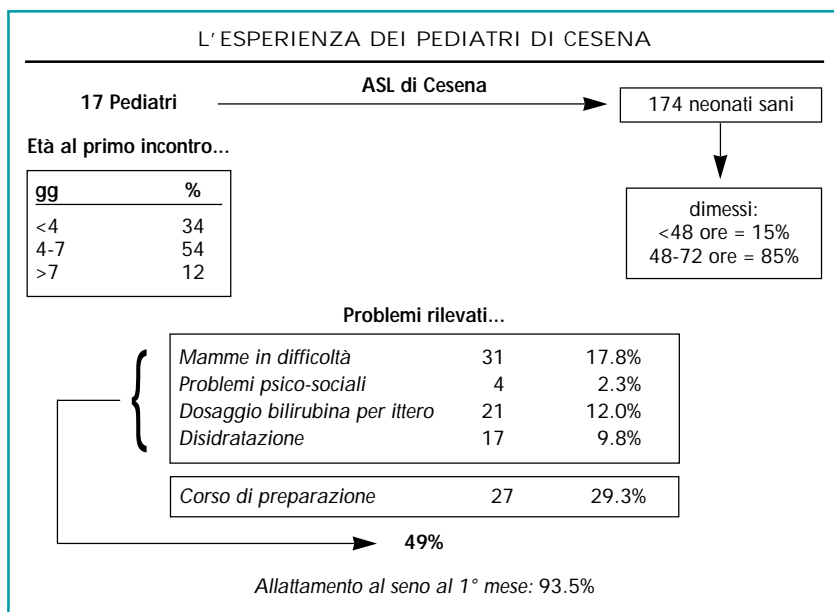


Tabella I

mento, di prossima pubblicazione, che rappresentano un corposo e fattivo contributo operativo adattato alla nostra realtà. Tali raccomandazioni, da adattare alle realtà locali, sono rivolte a tutti gli operatori sanitari implicati nell'assistenza alla madre e al neonato dopo il parto e agli amministratori. Il loro obiettivo principale è quello di costituire la base per lo sviluppo di progetti, regionali o aziendali, volti a promuovere la migliore qualità delle cure in questo periodo, favorendo in particolare la continuità e l'integrazione delle cure tra ser-

vizi ospedalieri e territoriali. In questo senso il documento si propone come contributo alla realizzazione di quanto previsto dal progetto obiettivo materno-infantile allegato al PSN e può costituire la base per strumenti di informazione rivolti all'utenza.

Cure perinatali sempre più appropriate

Queste ultime esperienze sono molto importanti poiché ribadiscono il ruolo determinante dei servizi (le ostetriche dei consultori, di distretto) e dei pediatri di libera scelta nelle cure post-na-

tali e la necessità di rapporti operativi (la sollecitazione a scegliere precocemente il pediatra) e dialogo culturale (linee guida comuni e localmente concordate per problemi) fra ostetricia e pediatria ospedaliera e territoriale per comuni obiettivi:

- il benessere e la serenità della mamma, la stabilità familiare;
- un buon avvio dell'allattamento al seno;
- l'esclusione di potenziali patologie neonatali (iperbilirubinemia, cardiopatie congenite);
- l'esecuzione degli screening metabolici.

Molto è ancora da fare. Il ricorso ai tagli cesarei è in aumento (Tabella II e Figura 1)²⁸. I "nidi" sono ancora troppo numerosi (rispetto alla pratica del rooming-in) nei nostri ospedali. È tutt'altro che precoce la presa in carico dei nuovi nati da parte dei pediatri di famiglia (Tabella III). La prevalenza dell'allattamento al seno alla nascita è ancora troppo bassa ed ancor più la sua durata a tre e sei mesi. La sua promozione e il suo prolungamento richiedono un affiatato gioco di squadra (ospedale, consultorio, pediatra). L'auspicabile riorganizzazione in un unico dipartimento di tutti i servizi materno-infantili non è una diffusa realtà.

È quindi ancora lontana una effettiva demedicalizzazione della nascita nel nostro Paese e dimissioni sempre più precoci ma non appropriate, non scelte dalle madri, oltre che eticamente discutibili non aiuterebbero certo il rinnovamento.

I pediatri dell'ospedale dovrebbero offrire:

- una buona accoglienza (una buona anamnesi, orientata);
- maggiori informazioni alle mamme;
- l'impegno per un minor ricorso ai T. C. e agli anestetici in fase espulsiva;
- il continuo contatto fra mamma e neonato: "rooming in" e non nidi;
- il miglioramento degli spazi di degen-

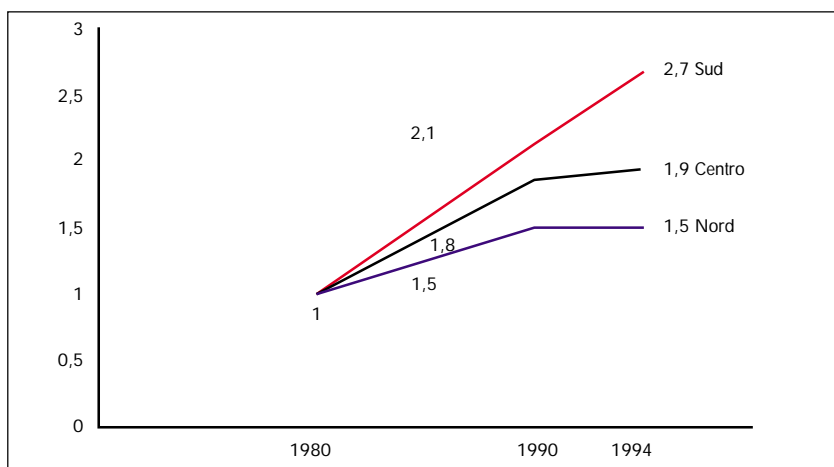


Figura 1. Incrementi del taglio cesareo successivi al 1980. Fatta pari a 1 la percentuale dei cesari sui parti, questa si è quasi triplicata al Sud, raddoppiata al Centro e aumentata del 50% al Nord. Oggi Sud, Centro e Nord sono quasi pari in questa gara, col Nord al 20% e il Sud al 27% dei parti.

IL RICORSO AL TAGLIO CESAREO IN ITALIA (%)				
	1980	1990	1992	1994
Italia	11.2	19.9	24.3	24.9
Nord	13.4	19.6	20.9	20.5
Centro	12.5	22.1	23.6	24.4
Sud	9.9	20.4	25.5	26.5

Tabella II

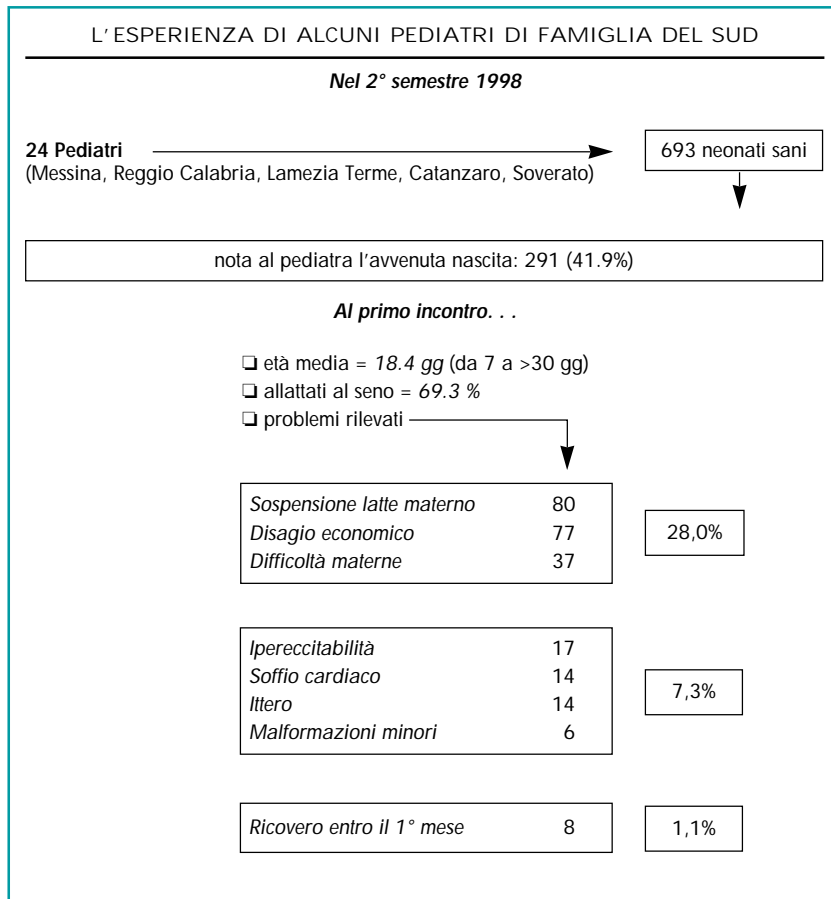


Tabella III

za (non ovunque ottimali);

- la precoce scelta del pediatra di famiglia prima delle dimissioni;
- il libretto di dimissioni redatto insieme ai pediatri referenti;
- il ritorno in ospedale per lo screening metabolico come occasione di controllo;
- la disponibilità per consulenze ambulatoriali e controlli emato-chimici;
- corsi di formazione anche per concordare:
 - linee guida di comportamento (con pediatri, ostetriche, infermiere pediatriche);
 - omogeneità nei messaggi per le mamme (dire tutti la stessa cosa).

I pediatri di famiglia dovrebbero offrire:

- la disponibilità a un precoce controllo (domiciliare, se necessario).

I servizi territoriali dovrebbero offrire:

- la loro integrazione in progetti locali, comuni.

Bibliografia

1. Marbella JAM, et al: Neonatal hospital length of stay. Reammission and charges. *Pediatrics* 101, 32, 1998.
2. Biasini GC, Bianchi D, Fellini D: La dimissione precoce: consente un risparmio di risorse? *Quaderni ACP* 6, 10, 1999.
3. Baronciani D, Bellù R, Zanini R: I tre paradossi della dimissione precoce. *Medico e Bambino* vol. 18, 3, 181, 184, 1999.
4. CDC: Trends in length of stay for hospital deliveries - U.S., 1970-1992. *MMWR* 44, 335, 1995.
5. Arthurton MW, Bamford FN: Paediatric aspects of the early discharge of maternity patients. *BMJ* 3, 517, 1997.
6. Braveman P, et al: Early discharge and evidence-based practice: Good science and good judgment. *JAMA* 278, 334, 1997.
7. Eidelman AI, et al: Maternal cognitive deficits and early discharge of infants. *Pediatrics* 98, 516, 1996.
8. Kessel W, et al: Early discharge: in the end, it is judgment. *Pediatrics* 96, 739, 1995.
9. McCabe ERB, et al: Newborn screening, phenylketonuria: predictive validity as a function of age. *Pediatrics* 72, 390, 1983.

10. Sinai LN, et al: Phenylketonuria screening: Effects of early newborn discharge. *Pediatrics* 96, 605, 1995.
11. Catz C, et al: Early discharge and neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 96, 743, 1995.
12. Burnell I, et al: Patient preference and postnatal hospital stay. *Am J Obstet Gynecol* 3, 43, 1982.
13. Hellman LM, et al: Early hospital discharge in obstetrics. *Lancet* 1, 227, 1962.
14. Morrow AL, et al: Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *BMJ* vol. 353, n. 9, 160, 1999.
15. Moss G, et al: Routine examination in the neonatal period. *BMJ* 302, 878, 1991.
16. Conrad PD, et al: Safety of newborn discharge in less than 36 hours in an indigent population. *Am J Dis Child* 143, 98, 1989.
17. Liu LL, et al: The safety of newborn early discharge: The Washington state experience. *JAMA* 278, 293, 1997.
18. Lee KS, et al: Association between of neonatal hospital stay and readmission. *J Pediatr* 127, 758, 1995.
19. Edmonson MB, et al: Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborn. *JAMA* 299, 303, 1997.
20. Cooper W, et al: Increased incidence of severe breastfeeding malnutrition and hypernatremia in a metropolitan area. *Pediatrics* vol. 96, n. 5, 957, 1995.
21. Maisels MJ, Kring E: Length of stay, jaundice and hospital readmission. *Pediatrics* 995, 998, 1998.
22. A joint statement with the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and Canadian Pediatric Society: Facilitating discharge home following a normal term birth. *Pediatric & Child Health* 1(2), 165-8, 1996.
23. Kiely M, Drum MA, Kessel W: Early discharge: Risks, Benefits, Who decides. *Clin In Perin* 3, 539, 1998.
24. Brooten D, et al: Functions of CNS in early discharge and home follow up of every low birth weight infants. *Clin Nurse Spec* 5, 196, 1991.
25. Olds DL, Kitzman H: Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics* 86, 108, 1989.
26. Braveman P, et al: Early discharge of newborns and mothers: A critical review of the literature. *Pediatrics* 96, 716, 1995.
27. Odelram H, et al: Early discharge after delivery, a safe and cost effective form of care. *Lakartidningen* 95, 3, 190, 1998.
28. Mandruzzato GP, et al: Epidemiologia del taglio cesareo. *Nascere* n. 31, 1999.

