

X Consensus Conference sull'Immigrazione

VIII Congresso Nazionale SIMM

Trapani, 5-7 febbraio 2009

Atti

ACCESSI DEI BAMBINI STRANIERI AL PRONTO SOCCORSO

G. Lo Coco¹, M. Zaffaroni², A. Monzani², C. Guidi², E.C. Grassino², G. Bona², P. Di Pietro³, E. Piccotti³, A. Calcagno³, M.S. Acutis⁴, M. Bartolini⁴, G.C. Calligari⁵, A. Guala⁶, P. Masciari⁷, P. Valentini⁸, G. Visci⁹, S. Zampogna⁷, G. Zavarise¹⁰

Ospedale A. Ajello ¹Mazara del Vallo (TP) - ²AOU Maggiore della Carità - Università del Piemonte Orientale ³Genova - Ospedale Gaslini ⁴Genova - Ospedale Galliera ⁵Erba (CO) - Ospedale Fatebenefratelli ⁶Borghosesia (VC) – Ospedale SS. Pietro e Paolo ⁷Catanzaro - Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio ⁸Roma - Policlinico Agostini Gemelli ⁹Pescara - Ospedale Regionale Spirito Santo ¹⁰Negrar (VR) - Ospedale Sacro Cuore

INTRODUZIONE

L'Italia è sempre stata un paese di emigrazione, mentre l'immigrazione costituisce un fenomeno relativamente recente, cominciato a partire dalla metà degli anni Ottanta. Attualmente, gli immigrati in Italia sono 3.432.651, pari al 5.8% della popolazione¹, con un trend in aumento. Per la maggior parte si tratta di immigrati provenienti da Paesi in Via di Sviluppo economicamente svantaggiati rispetto all'Italia. Tra le questioni politiche di preminente importanza in materia d'immigrazione vi è la capacità di garantire al crescente numero di immigrati equità di accesso ai servizi sanitari. Il Sistema Sanitario Nazionale italiano fornisce accesso universale alle cure; tuttavia, spesso la fruizione dell'assistenza di base e specialistica può presentare per gli immigrati diversi ostacoli, come la mancanza di conoscenza di come accedere a questi servizi e le difficoltà nel prendere un appuntamento (lingua, orari, liste di attesa). Pertanto, è possibile che i cittadini stranieri tendano ad accedere ai servizi di Pronto Soccorso (PS) con maggiore facilità rispetto all'assistenza di base e specialistica. Va inoltre considerato che, secondo quanto affermato in un recente studio, gli indicatori economici di povertà sono correlati ad un peggiore stato di salute e ad una maggiore utilizzazione dei servizi sanitari d'emergenza². Ulteriori studi riguardo l'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati evidenziano una loro fruizione subottimale rispetto ai non-immigrati, il

preponderante utilizzo dei servizi pubblici rispetto al settore privato, il maggior uso dei dipartimenti di PS rispetto agli altri servizi, probabilmente come conseguenza di una minore difficoltà di accesso^{3,4,5}. I pochi studi che hanno analizzato a livello mondiale l'utilizzo dei servizi sanitari pediatrici hanno evidenziato una simile condizione di svantaggio anche per i bambini immigrati, con un ricorso eccessivo e spesso inappropriato alle unità di PS^{6,7}. Fino ad ora, l'utilizzo dei servizi di emergenza pediatrica in Italia non è stato studiato in modo approfondito. Scopo del nostro studio è stato quello di quantificare il peso relativo del ricorso ai servizi di PS da parte della popolazione immigrata ed italiana analizzando un anno di attività di dieci ospedali pubblici italiani. A tal fine abbiamo valutato gli accessi ai servizi di emergenza pediatrica di bambini stranieri e italiani, per verificare l'ipotesi che l'utilizzo dei servizi di PS sia più elevato e, di conseguenza, spesso inadeguato, tra gli immigrati che tra gli italiani. Obiettivo secondario è stato identificare le cause di consultazione dei pazienti stranieri ed italiani e verificare se gli immigrati fossero affetti da particolari patologie d'importazione.

PAZIENTI E METODI

Tra Gennaio e Ottobre 2007 è stato condotto uno studio trasversale multicentrico volto a valutare le caratteristiche dei pazienti stranieri che afferiscono al PS pediatrico di 10 ospedali italiani. Sono stati registrati gli accessi dei pazienti stranieri al PS Pediatrico. Perché un paziente venisse considerato straniero, almeno uno dei genitori doveva essere nato in un Paese in via di sviluppo al di fuori dell'Unione Europea. Per ogni paziente straniero è stato arruolato anche il successivo bambino italiano valutato presso lo stesso PS. Per ogni bambino sono stati registrati dati quali età, sesso, paese di nascita, nazionalità dei genitori, orario e causa di accesso e codice di gravità. I soggetti sono stati suddivisi in cinque fasce d'età: neonati (<1 mese), lattanti (1 mese-1 anno), bambini in età prescolare (1-6 anni), in età scolare (6-11 anni), adolescenti (>11 anni). La nazionalità dei bambini e dei loro genitori è stata classificata in nove gruppi: 1.Italia, 2.Est Europa non-UE, 3.America Latina, 4.Paesi Arabi, 5.Nord Africa, 6.Africa sub-sahariana, 7.India, Pakistan e Sri-Lanka, 8.Cina e resto dell'Asia, 9.ROM e Sinti. L'orario di accesso è stato definito diurno (8:00-20:00) o notturno (20:00-8:00). Il motivo della consultazione è stato sintetizzato con il principale sintomo all'ingresso. In base alla gravità dei sintomi, i pazienti sono stati suddivisi in quattro categorie contrassegnate da quattro colori secondo le linee guida internazionali⁸: bianco se non urgente (patologie che possono essere gestite dal Pediatra di famiglia), verde se semi-urgente (problemi di salute differibili), giallo se urgente (rischio di rapido peggioramento delle funzioni vitali), rosso se emergenza (rischio imminente di morte). La diagnosi alla dimissione è stata catalogata secondo un elenco predefinito di patologie: respiratorie, traumatiche, gastroenteriche, cutanee, febbre, infezioni localizzate, malattie esantematiche, infezioni del tratto genitourinario,

ingestione o inalazione di corpi estranei, avvelenamento accidentale, problematiche di competenza chirurgica ed ustioni. È stato infine considerato l'esito della visita, in termini di dimissione, avvio al percorso ambulatoriale, osservazione temporanea, ricovero, allontanamento prima della conclusione/dimissione volontaria contro parere medico, decesso.

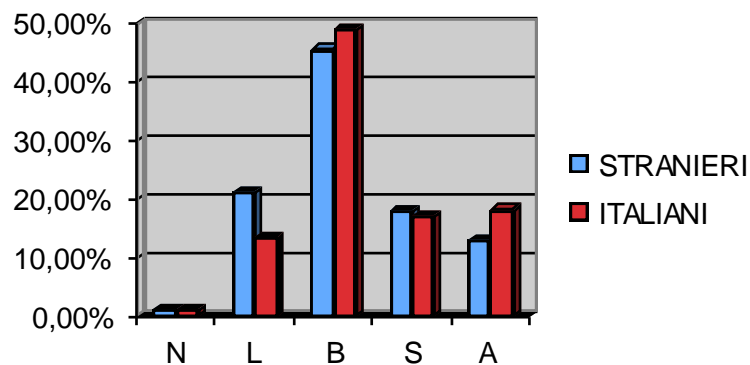
Lo studio è stato approvato dai Comitati Etici locali e il consenso firmato è stato rilasciato dai genitori.

L'analisi statistica è stata condotta con l'utilizzo del software SPSS 16.0 (SPSS Inc, Chicago, IL).

RISULTATI

Nel periodo oggetto di studio, 2437 cittadini stranieri si sono rivolti al PS pediatrico degli Ospedali aderenti al protocollo. Altrettanti pazienti italiani sono stati pertanto arruolati. Analizzando la distribuzione per sesso, degli immigrati 1409 (57.8%) erano maschi e 1028 (42.2%) femmine; degli italiani 1368 (56.1%) maschi e 1069 (43.9%) femmine.

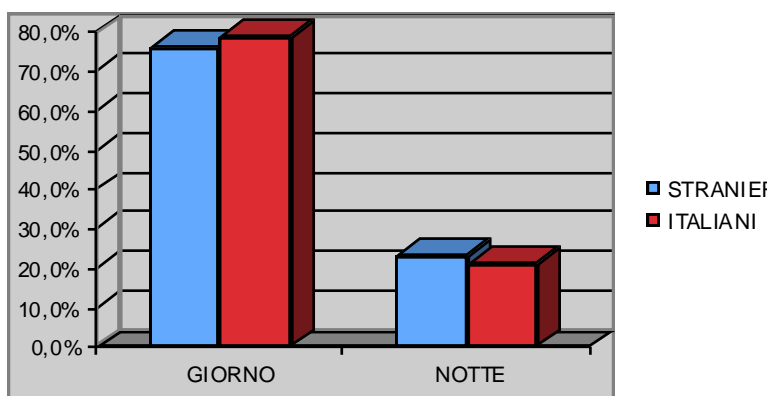
Per quanto riguarda le fasce d'età, tra gli stranieri sono stati computati 35 (1.4%) neonati (N), 519 (21.3%) lattanti (L), 1110 (45.6%) bambini in età prescolare (B), 447 (18.3%) bambini in età scolare (S) e 326 (13.4%) adolescenti (A); dei 2347 pazienti italiani 34 (1.4%) erano neonati, 336 (13.8%) lattanti, 1193 (49%) bambini in età prescolare, 424 (17.4%) bambini in età scolare e 450 (18.4%) adolescenti.



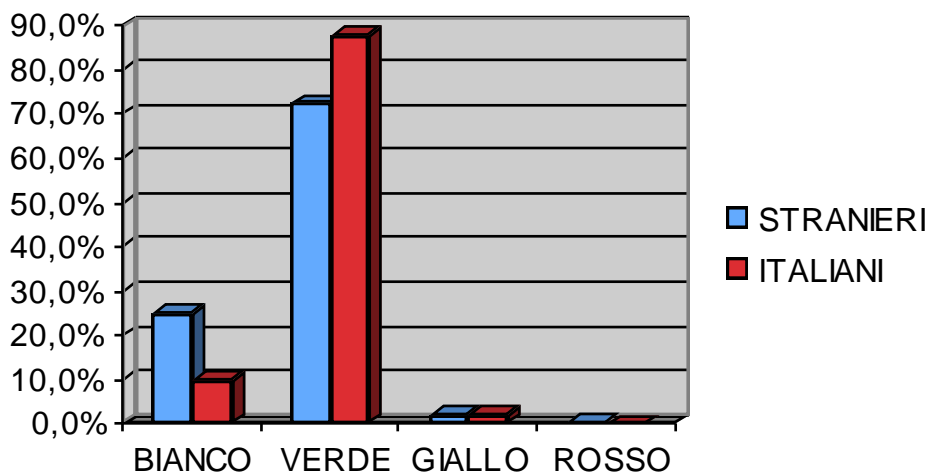
Analizzando il Paese d'origine dei pazienti stranieri, è emerso che il 51.2% dei bambini era nato in Italia, il 17.4% in paesi non comunitari dell'Est Europa, il 15.3% in Nord Africa, il 7% in America Latina, il 3% nell'Africa sub-Sahariana, l'1.7% in Medio Oriente, l'1.9% in Cina o altri Paesi asiatici, lo 0.9% in India, Pakistan o Sri-Lanka, l'1.6% erano di etnia Nomade. I padri dei bambini immigrati provenivano per la maggior parte dal Nord Africa (30.3%), in percentuali minori da paesi non comunitari dell'Est Europa (28%), America Latina (14.4%), Africa sub-Sahariana (6.6%), Cina o altri Paesi asiatici (4.2%), Medio Oriente (3.6%), sub-continente indiano (1.9%), Italia (0.7%). Il 9.4% dei padri non aveva fissa dimora o era nomade; la nazionalità era sconosciuta nello 0.9% dei

casi. In modo analogo, le madri provenivano con maggior frequenza del Nord Africa (28.1%), seguito dai paesi non comunitari dell'Est Europa (27.3%), America Latina (14.5%), Africa sub-Sahariana (6.4%), Cina o altri Paesi asiatici (4.1%), Medio Oriente (3.4%), sub-continente indiano (1.8%), Italia (0.7%). Il 9.1% delle madri dei bambini stranieri non aveva fissa dimora o era nomade, il 4.6% era di nazionalità ignota.

Analizzando l'orario di accesso al PS pediatrico, gli accessi si concentravano nelle ore diurne (G) rispetto alle notturne (N) in entrambi i gruppi (stranieri: G=76.4%, N=23.6%; italiani: G=78.8%; N=21.2%).



In relazione alla gravità della sintomatologia presentata, alla maggior parte dei bambini stranieri (72.5%) è stato assegnato un codice verde; i restanti accessi erano rappresentati da codici bianchi (25.2%), gialli (2.1%), e solo lo 0.2% era rappresentato da condizioni di reale emergenza, codici rossi. In modo simile, anche tra gli italiani gli accessi erano rappresentati soprattutto da codici verdi (87.8%), seguiti dai bianchi (9.8%), gialli (2.3%) e solo da un'esigua percentuale di rossi (0.1%).



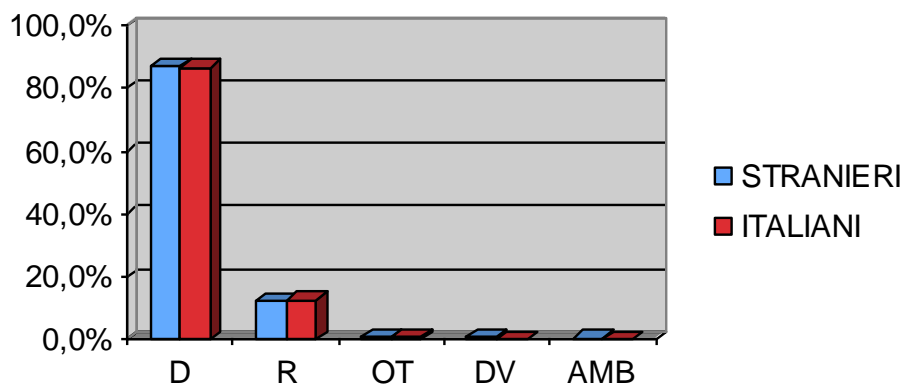
Se si considera la diagnosi alla dimissione, la maggior parte dei bambini stranieri presentava patologie respiratorie (36.2%). Le restanti diagnosi erano costituite da problematiche gastroenterologiche (17.8%), traumi e ferite (12.8%), patologie cutanee (5%), febbre (5.9%),

infezioni localizzate (4.3%), esantemi dell'infanzia (3.2%), infezioni genitourinarie (1.5%). Solo una piccola percentuale di accessi era determinata da ingestione o inalazione di corpi estranei, avvelenamenti, ustioni o problemi di competenza chirurgica.

In modo analogo si distribuivano le cause di accesso e le relative diagnosi tra i pazienti italiani, con una prevalenza di affezioni respiratorie (32.7%), seguite da traumi accidentali o ferite (17.4%), patologie gastroenterologiche (15.1%), patologie dermatologiche (6.6%), febbre (6.2%), infezioni localizzate (4%), malattie esantematiche dell'infanzia (2.5%), infezioni genitourinarie (1.9%) e da pochi casi di ingestione o inalazione di corpi estranei, avvelenamenti, ustioni o patologie chirurgiche. Vista l'alta percentuale di patologie respiratorie, è stata valutata la frequenza dei sottotipi specifici di diagnosi.

PATOLOGIE RESPIRATORIE	PAZIENTI STRANIERI		PAZIENTI ITALIANI	
	n	%	n	%
FLOGOSI ALTE VIE AEREE	250	28.2	178	22.3
SINUSITE	4	0.5	5	0.6
OTITE MEDIA ACUTA	129	14.6	141	17.7
FARINGOTONSILLI TE	252	28.5	200	25.1
LARINGITE	36	4.1	44	5.5
SINDROME INFLUENZALE	39	4.4	16	2.0
BRONCHITE	64	7.2	94	11.8
BRONCOSPASMO	47	5.3	54	6.8
BRONCHIOLITE	17	1.9	22	2.8
POLMONITE	47	5.3	43	5.4
Totale	885	100.0	798	100.0

Dopo la valutazione presso il PS, l'87% dei bambini stranieri è stato dimesso (D) subito dopo la visita, lo 0.4% dopo un'osservazione temporanea (OT), l'11.9% è stato ricoverato (R), lo 0.3% è stato inviato ad ulteriori visite ambulatoriali (AMB) e lo 0.4% è stato dimesso contro parere medico, dietro firma della dimissione volontaria (DV) da parte dei genitori.



L'accesso dei bambini italiani si è concluso con la dimissione nell'86.7% dei casi; il 12.6% ha necessitato di ricovero, lo 0.1% è stato avviato al percorso ambulatoriale, lo 0.5% è stato posto in osservazione temporanea e nello 0.1% dei casi i genitori hanno firmato per la dimissione volontaria. Non si sono registrati decessi né tra i bambini immigrati né tra gli italiani.

DISCUSSIONE

Il principale risultato del nostro studio è rappresentato dall'alta percentuale di accessi al PS pediatrico per patologie con basso codice d'urgenza, sia tra i pazienti stranieri che tra quelli italiani: a più del 95% dei pazienti stranieri e italiani è stato infatti assegnato un codice verde o bianco all'atto del triage. Ciò suggerisce innanzitutto che un'alta percentuale di accessi in PS avviene per problemi che non richiedono un trattamento d'emergenza. I Dipartimenti di emergenza sono stati creati per poter fornire cure immediate a pazienti con condizioni mediche che rappresentino un rischio per la vita come traumi o lesioni gravi, non per la gestione di patologie ambulatoriali minori. Negli ultimi anni il PS è sempre più diventato uno dei principali fornitori di assistenza sanitaria e questo sovraffollamento ha cominciato a costituire un problema. Si è radicata infatti la tendenza a ricorrere al PS come sostituto del Pediatra di libera scelta per trattare patologie non gravi. In un contesto di limitate risorse economiche sanitarie è evidente come il fenomeno dell'alta percentuale di prestazioni fornite dai Dipartimenti di Emergenza per problemi gestibili dai servizi territoriali sia fonte di preoccupazione per gli addetti alle politiche sanitarie. In particolare, l'uso inappropriato del PS da parte dei pazienti pediatrici è diventato un importante problema che necessita di una soluzione. Fattori medici, sociali, economici e psicologici influenzano in gran parte la decisione dei genitori di recarsi in ospedale invece di aspettare a domicilio l'evolversi della patologia o di cercare un intervento medico di altro tipo. Problemi analoghi sono riferiti da studi che analizzano l'accesso al PS in età pediatrica negli Stati Uniti e nel Regno Unito^{9,10,11}, in Malesia¹² ed anche in Italia^{13,14,15}. In secondo luogo va sottolineato che nel nostro studio gli accessi dei bambini stranieri non superano quelli dei bambini italiani, a differenza di quanto osservato in altri studi^{4,16,17}. Questo dato potrebbe

riflettere una buona integrazione dei cittadini stranieri, che in vent'anni di immigrazione hanno imparato ad utilizzare tutti i servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale italiano: quando e come accedere alle cure primarie e specialistiche piuttosto che al Dipartimento di Emergenza. Un ruolo importante riveste anche il contributo del volontariato medico, che prende in carico i bambini non seguiti dal Pediatra di libera scelta perché non in possesso del permesso di soggiorno. D'altro canto la buona integrazione degli immigrati potrebbe essere il risultato di una corretta gestione da parte del personale medico, addestrato a trattare gli specifici problemi di salute degli immigrati.

Analizzando le diagnosi alla dimissione, dal nostro studio emerge che, nel complesso, i bambini stranieri e quelli italiani sono affetti dallo stesso tipo di patologie. Per entrambi le cause più frequenti di accesso in PS sono risultate le patologie del tratto respiratorio, seguite dai traumi e dalle malattie gastrointestinali, come già osservato in altri studi trasversali¹³. È inoltre degna di nota l'osservazione che le malattie infettive, tradizionalmente ritenute un potenziale problema di salute preminente nel paziente immigrato, in realtà sembrano essere abbastanza infrequenti se confrontate con la morbilità globale e pressoché equamente rappresentate tra bambini stranieri ed italiani. Le popolazioni immigrate sono spesso considerate fonte di malattie infettive, come Ebola, SARS, malaria, con un conseguente pregiudizio nella maggior parte dei casi ingiustificato¹⁸: in base a quanto emerso dalla nostra casistica, infatti, gli immigrati non dovrebbero essere considerati vettore di malattie infettive.

A rischiare di compromettere la buona integrazione attualmente presente in Italia, nell'ambito della discussione in Senato del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza" (atto 733), è stato depositato da alcuni senatori un emendamento attualmente in discussione che mina radicalmente uno dei principi base della politica sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri nel nostro paese e cioè la garanzia di accessibilità ai servizi per la componente irregolare e clandestina. Stando a questa proposta, infatti, medici e pediatri sarebbero obbligati a segnalare alle questure le persone straniere "irregolari" che accedono in ospedale o ai servizi di territorio (compresi i bambini ed i neonati). Il GNLBI, la SIP e la SIMM hanno congiuntamente sottoscritto un appello affinché tale emendamento venga ritirato.

In conclusione, non è possibile individuare uno specifico "immigrato tipo", definito dal punto di vista sanitario, sociale, economico ed antropologico. Diverse caratteristiche sono tipiche di ogni immigrato e variano in genere in relazione alla zona di origine o emergono dopo il processo di immigrazione, e sono strettamente correlate alle stile di vita in Italia (condizioni igieniche, stato nutrizionale, ecc.). Pertanto, conoscenze specifiche sono necessarie per affrontare i diversi problemi di salute dei bambini immigrati. Nell'ottica di interpretare al meglio le necessità di salute dei pazienti stranieri dovrebbero essere introdotti nei dipartimenti di PS strumenti quali mediatori culturali e volantini multilingue riguardanti problematiche di salute.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Istituto nazionale di statistica. *La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2008*. Roma: ISTAT 2008
- ² Adler N, Singh-Manoux A, Schwartz J, et al. *Social status and health: a comparison of British civil servants in Whitehall-II with European- and African-Americans in CARDIA*. Soc Sci Med 2008;66:1034-45
- ³ Cots F, Castells X, Garcia O, et al. *Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain)*. BMC Health Serv Res 2007;7:9.
- ⁴ Norredam M, Krasnik A, Moller ST, et al. *Emergency room utilization in Copenhagen: a comparison of immigrant groups and Danish-born residents*. Scand J Public Health 2004;32:53-9
- ⁵ Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, et al. *Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin*. Eur J Public Health. 2007;17:497-502.
- ⁶ Norredam M, Mygind A, Nielsen AS, et al. *Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin*. Eur J Public Health. 2007;17:497-502.
- ⁷ Durden TE. *Usual source of health care among Hispanic children: the implications of immigration*. Med Care 2007;45:753-60.
- ⁸ Canadian Association of Emergency Physicians. *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: implementation guidelines for Emergency Departments*. Can J Emerg Med 2001, 3(4 Suppl):1-32.
- ⁹ Ziv A, Boulet JR, Slap GB. *Emergency department (ED) utilisation by adolescents in the United States*. Pediatrics 1998;101:987-94
- ¹⁰ Stewart M, Werneke U, MacFaul R, et al. *Medical and social factors associated with the admission and discharge of acutely ill children*. Arch Dis Child 1998;79:219-24.
- ¹¹ Armon K, Stephenson T, Gabriel V, et al. *Determining the common medical presenting problems to an accident and emergency department*. Arch Dis Child 2001;84:390-2.
- ¹² Goh AY, Chan TL, Abdel-Latiff ME. *Paediatric utilisation of a general emergency department in a developing country*. Acta Paediatr 2003;92:965-9.
- ¹³ Pileggi C, Raffaele G, Angelillo IF. *Paediatric utilization of an emergency department in Italy*. Eur J of Public Health 2006;5:565-9
- ¹⁴ Angelillo IF, Ricciardi G, Nante N, et al. *Appropriateness of hospital utilization in Italy*. Public Health 2000;114:9-14.
- ¹⁵ Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. *Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy*. Public Health 2003; 117:250-5.
- ¹⁶ Scotto G, Saracino A, Pempinello R, et al. *Simit epidemiological multicentric study on hospitalized immigrants in Italy during 2002*. J Immigr Health 2005;7:55-60.
- ¹⁷ Stronks K, Ravelli AC, Reijneveld SA. *Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs?* J Epidemiol Community Health 2001;55:701-7.
- ¹⁸ Walls CA, Rhodes KV, Kennedy JJ. *The emergency department as usual source of medical care: estimates from the 1998 National Health Interview Survey*. Acad Emerg Med 2002;9:1140-5.

Pubblicato anche su:

Italian Journal of Pediatrics: 2009

“Access to paediatric emergency departments in Italy: a comparison between immigrant and Italian patients “

E. Grassino, C. Guidi, A. Monzani, P. Di Pietro, G. Bona (and S. Zampogna, P. Masciari, E. Picciotti, A. Calcagno, M. Bartolini, M.S. Acutis, **M. Zaffaroni**, I. Stasi, A. Capelli, G. Acucella, G. C. Calligari, P. Valentini, G. Zavarise, G. Visci, A. Guala, G. Lo Coco).