

“Il Bambino Immigrato - Volume II”
Editeam Gruppo Editoriale
I edizione, 2005 - Ristampa, 2007

Studio sugli accessi al Pronto Soccorso dei bambini stranieri

M. Zaffaroni, E.C. Grassino, C. Guidi, I. Stasi, D. Avanzo, G. Bona

Clinica Pediatrica di Novara - Università del Piemonte Orientale “Avogadro”

Attualmente oltre il 18% degli stranieri presenti in Italia è rappresentato da minori (circa 500 mila); si tratta per lo più di bambini adottati all'estero, immigrati per ricongiungimento familiare, nati in Italia da genitori stranieri, nomadi, clandestini, adolescenti immigrati non accompagnati. Secondo il *Rapporto Unicef/Caritas del 2005* il dato è destinato ad aumentare in seguito al ricongiungimento familiare dei lavoratori immigrati regolari (66.000 visti nel 2004), all'arrivo di profughi di guerra (gruppi familiari) ed al costante aumento delle nascite di bambini con entrambi i genitori immigrati (33.691 nel 2003, quasi 40.000 nel 2005).

La conoscenza delle reali e specifiche necessità sanitarie delle persone immigrate costituisce la premessa indispensabile per promuovere e sostenere idonee strategie di intervento a livello politico e amministrativo al fine di disporre, nelle strutture pubbliche, di risposte e risorse adeguate alla tutela della loro salute e dell'intera collettività (1).

La salute e i problemi sanitari dei bambini immigrati e dei figli degli stranieri in Italia sono stati oggetto negli ultimi anni di diversi studi del Gruppo Nazionale di Lavoro per il Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria. Studi multicentrici nazionali hanno analizzato le problematiche sanitarie che richiedono ricoveri ospedalieri, le malattie infettive, le patologie endocrino-metaboliche (pubertà precoce, obesità, diabete, rachitismo), le emoglobinopatie e le malformazioni congenite.

I bisogni di salute dei bambini immigrati possono anche emergere considerando l'affluenza e le cause di accesso diretto ad ambulatori di pronta accoglienza dedicati agli stranieri o ad ambulatori e servizi pubblici di Pronto Soccorso. Questi ultimi rappresentano un osservatorio privilegiato per valutare le necessità sanitarie che inducono le famiglie sia italiane sia straniere a richiedere un pronto intervento in alternativa alla medicina territoriale.

Studi condotti negli anni novanta avevano fornito i primi risultati sugli accessi in Pronto Soccorso di popolazioni pediatriche straniere (2-6). A distanza di molti anni, superata la fase dell'emergenza sanitaria collegata all'immigrazione dello scorso decennio, pare opportuno rivalutare l'affluenza ai DEA ospedalieri dei bambini immigrati.

A questo scopo abbiamo registrato gli accessi dei bambini di origine straniera (immigrati o nati in Italia da genitori provenienti da paesi in via di sviluppo) al Pronto Soccorso presso la Clinica Pediatrica dell'Ospedale Maggiore della Carità di Novara nel periodo Giugno 2004-Aprile 2005. Sono stati raccolti dati relativi a nazionalità, età e sesso del bambino, ora di accesso al Pronto Soccorso, motivo della visita, diagnosi alla dimissione, necessità di eventuale ricovero.

Su un totale di 8.648 bambini afferiti al Pronto Soccorso Pediatrico di Novara, 934 (11%) erano nati in Paesi in Via di Sviluppo o erano nati in Italia da genitori immigrati; di questi il 56% era di sesso maschile.

Considerando i Paesi di origine, 384 pazienti (41%) provenivano dal Nord Africa, 277 (30%) dall'Europa dell'Est, 95 (10%) dall'Asia, 95 (10%) dall'Africa centromeridionale, 41 (4,4%) dall'America Latina; 42 bambini (4,5%) erano di origine nomade (Fig. 1). Tali percentuali sono sovrapponibili a quelle dei residenti stranieri nella provincia di Novara.

Per quanto riguarda l'età, è emerso che 433 pazienti (47%) avevano un'età compresa tra 1 e 5 anni, 291 (31%) inferiore ad un anno, 141 (15%) compresa tra 5 e 10 anni e 69 (7%) superiore ad

11 anni. (Figura 2). I piccoli pazienti sono stati condotti in Pronto Soccorso prevalentemente nelle ore diurne (68%), con un picco di affluenza tra le ore 17.00 e le 20.00; nel 32% dei casi l'accesso è avvenuto durante la notte.

La causa più frequente di ricorso alla nostra struttura era rappresentata da patologie acute a carico dell'apparato respiratorio, riscontrate in 494 bambini (53%), seguite da patologie gastrointestinali (18,2%), cutanee (8%), infettive (6,5%), traumatiche (4,5%), neurologiche (1,4%), chirurgiche (1%) e dell'apparato urogenitale (0,9%). Nel 6,5% dei casi si trattava di patologie a carico di altri apparati. Tra le patologie dell'apparato respiratorio le più frequenti sono risultate le virali (31,6%), seguite da infezioni a carico delle alte vie aeree (28,4%), da patologie delle basse vie aeree (25,8%) e da otiti (14,2%) (Fig. 3).

Nel 9% dei casi è stato ritenuto necessario il ricovero ospedaliero ed è interessante notare come tutti i ricoveri fossero dovuti a patologie respiratorie.

Sulla base dei dati registrati al Pronto Soccorso nel presente studio è possibile un confronto con quanto osservato in passato a Novara (2) ed in altre città italiane (3-5) o con quanto recentemente segnalato da Cremonini in una ricerca effettuata a Bologna (7).

A Novara la percentuale degli accessi di bambini stranieri al Pronto Soccorso nel 2005 risulta maggiore rispetto al 1998 (rispettivamente 11% contro 7%); va osservato che anche il numero dei bambini stranieri presenti nella provincia di Novara ha presentato un analogo incremento, in particolare le nascite di bambini con genitori immigrati da Paesi in Via di Sviluppo nel nostro ospedale sono passate da percentuali di 7,5% nel 1997-1998 a valori del 18,5-19% nel 2004-2005.

Nello studio multicentrico condotto nel 1998, in 10 città italiane era emerso che su un totale di 87.713 visite effettuate in Pronto Soccorso gli accessi dei bambini di origine straniera era inferiore al 5%. La bassa percentuale di bambini immigrati in questo studio può riflettere la presenza di Centri Pediatrici in regioni italiane a minor presenza straniera, dove gli accessi di bambini immigrati al pronto soccorso risultavano inferiori al 2% sul totale (Sardegna, Sicilia). Uno studio analogo eseguito nella città di Milano (3) nello stesso anno segnalava, su un totale di 12.570 bambini visitati al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Paolo, una percentuale di bambini stranieri del 6,7%, valore inferiore rispetto alla popolazione pediatrica straniera residente in città. Questi dati indicavano che non vi era un abuso da parte degli stranieri nel ricorrere al Pronto Soccorso Pediatrico per ottenere prestazioni specialistiche. Per contro, alcuni ospedali segnalavano che per carenza di organizzazione dei servizi consultoriali in alcune aree talvolta accessi impropri non presentavano i caratteri dell'urgenza, ma rappresentavano semplici bilanci di salute in assenza di conclamate patologie acute (6).

Dati più recenti, relativi alla città di Bologna (7), segnalano che presso l'ospedale Sant'Orsola-Malpighi oltre il 20% dei bambini visitati al Pronto Soccorso Pediatrico erano di origine straniera (2.949 su 14.027). A Novara, a Bologna, come certamente anche nei Centri Pediatrici delle maggiori città italiane, l'accesso in ospedale di bambini stranieri rappresenta una quota non trascurabile dell'attività del Pronto Soccorso, tale da richiedere particolare attenzione sia nell'accoglienza e nella comunicazione con le famiglie sia nella valutazione delle richieste di salute o delle patologie presentate dai bambini provenienti da tutto il mondo.

I dati raccolti a Novara, analogamente a quelli di Bologna, evidenziano che sono soprattutto le patologie a carico dell'apparato respiratorio le malattie per le quali più frequentemente le famiglie straniere ricorrono al Pronto Soccorso (oltre il 50% in entrambi i Centri). Le patologie a carico delle basse vie aeree, in particolare bronchiti e broncopolmoniti, in entrambi i Centri hanno nei bambini stranieri prevalenza maggiore rispetto ai bambini italiani. Altre affezioni frequentemente osservate sono rappresentate da otiti ed infezioni alle alte vie respiratorie che richiedono in genere terapia antibiotica (Fig. 4).

Le patologie respiratorie complicate sono la causa più frequente di ricovero ospedaliero dei bambini afferiti al Pronto Soccorso di origine straniera. In seguito all'accesso del bambino

straniero in Pronto Soccorso il ricovero ospedaliero si è verificato a Novara nel 9% dei casi, a Bologna nel 15% dei casi; lo studio eseguito a Milano nel 1998 aveva segnalato un tasso di ricoveri pari al 5,8% nei bambini stranieri, significativamente superiore rispetto ai ricoveri di bambini italiani, pari al 4,3% di tutti gli accessi. Questi dati possono in parte dipendere dal fatto che il pediatra di Pronto Soccorso in presenza di bambini stranieri con patologia acuta si sente più sicuro ricorrendo al ricovero del bimbo rispetto alla sua dimissione con cure domiciliari non potendo essere garantita una corretta compliance nella terapia da parte dei genitori (3).

E' stato molto ridimensionato il timore per le cosiddette "malattie da importazione", riferibili ad occasionali diagnosi di malaria o parassitosi esotiche; in realtà le patologie dei bambini stranieri registrate alla dimissione dal Pronto Soccorso sono rappresentate dalle malattie proprie delle situazioni di povertà, spesso complicate a causa di un tardivo ricorso alla consultazione clinica. In genere le persone immigrate in Italia rappresentano una popolazione in buono stato di salute. Sono quindi le condizioni di vita in Italia (precarità lavorativa ed abitativa, sovraffollamento, disagio sociale, indigenza) che comportano un rischio per la loro salute. Inoltre, l'immigrato in situazione di clandestinità o con problemi collegati alla marginalità sociale incontra maggior difficoltà nel ricevere cure mediche ed in genere non accede a misure di prevenzione sanitaria.

A differenza della popolazione generale, i bambini stranieri e nomadi spesso sono accompagnati dal medico o in Pronto Soccorso a maggior distanza di tempo dall'esordio della malattia o quando la sintomatologia tende progressivamente ad aggravarsi. Malattie che potrebbero essere trattate anche a domicilio con adeguata terapia nei primi giorni della sintomatologia (per esempio con reidratazione orale nelle gastroenteriti acute) in assenza di controlli clinici o cure tempestive possono evolvere presentando serie complicazioni, per cui il bambino viene ricoverato per intraprendere cure più durature o invasive.

Per la scarsa conoscenza dei servizi sanitari territoriali, il Pronto Soccorso Pediatrico riveste spesso un ruolo di riferimento per le famiglie straniere e svolge un compito di accoglienza e orientamento all'uso delle strutture sanitarie.

Molteplici sono le motivazioni del consistente numero di accessi da parte di famiglie di provenienza straniera: da una parte legate a fattori culturali, per la mancanza nel Paese di origine di strutture assistenziali diverse da quelle del primo intervento, dall'altra a difficoltà nel rispettare orari e giorni previsti dagli ambulatori a causa delle poco flessibili e spesso numerose ore di lavoro. L'apertura 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 del Pronto Soccorso, infatti, permette ai mariti lavoratori di accompagnare le mogli, evitando di chiedere permessi o giorni di ferie. Al Pronto Soccorso, inoltre, possono accedere anche i bambini non regolarmente iscritti al Sistema Sanitario Nazionale.

Il disagio e le difficoltà per le famiglie di recente immigrazione diventano ancora più importanti in situazioni di bisogno, quali lo stato di malattia o il ricovero in ospedale. In questi casi, all'angoscia per la malattia si somma inevitabilmente una più o meno grave difficoltà di comunicazione. La presenza di mediatori interculturali nell'ambito delle strutture sanitarie, ed in particolare nei DEA e nel Pronto Soccorso Pediatrico, consente un più facile approccio ai servizi ospedalieri da parte degli stranieri. Inoltre la presenza di persone in grado di facilitare i rapporti fra medico e famiglia permette di superare eventuali difficoltà di comprensione: per il pediatra sui dati clinici del paziente (anamnesi e sintomi riferiti) e per la famiglia sulla diagnosi, le indicazioni terapeutiche e gli elementi prognostici, argomenti spesso di non facile comprensione anche per le famiglie non straniere.

I mediatori interculturali, infine, possono aiutare gli operatori sanitari a comprendere il significato di abitudini e tradizioni lontane dalla nostra consuetudine, ma che riteniamo debbano essere rispettate per riuscire a creare quella "alleanza terapeutica", più che mai necessaria in particolare quando il paziente è un bambino e la patologia da cui è affetto è importante o non guaribile.

Pare inoltre opportuno predisporre utili strumenti in grado di facilitare la comunicazione con le famiglie straniere che non parlano italiano in particolare nelle situazioni di emergenza quando

non sono disponibili i mediatori interculturali. Sono in fase di preparazione e stampa a questo scopo dizionari multilingue studiati appositamente per le esigenze cliniche più frequenti negli ambulatori di pronto soccorso e nei reparti pediatrici.

Ulteriori studi sono necessari al fine di approfondire le conoscenze sui bisogni di salute dei bambini stranieri che afferiscono al Pronto Soccorso; indagini condotte su ampie casistiche raccolte in Centri Pediatrici di diverse città italiane potranno fornire dati aggiornati sui problemi dell'infanzia di origine straniera e permettere di predisporre adeguate risorse mirate all'accoglienza sanitaria ed alla tutela della salute delle persone immigrate.

La “sfida” diagnostica e terapeutica posta dai patogeni atipici

Come argomentato da alcuni studi eziologici (8) i patogeni atipici hanno acquistato notevole importanza negli ultimi anni, nell'eziologia delle infezioni delle vie aeree non soltanto inferiori ma anche superiori: le faringotonsilliti da *Mycoplasma pneumoniae*, per esempio, colpiscono in particolare i bambini in età scolare, immigrati inclusi, e altrettanto importante è l'impatto di *Chlamydia pneumoniae*. Va ricordato che le *Chlamydiae* si moltiplicano all'interno delle cellule epiteliali della mucosa, nei monociti/macrofagi, così come nelle cellule endoteliali e muscolari lisce. Tale fenomeno è alla base della loro persistenza per lunghi periodi all'interno delle cellule in forma vitale ma non coltivabile. *C. pneumoniae*, per esempio, tende a persistere nel tessuto polmonare e vascolare con possibile comparsa rispettivamente di bronchite cronica ostruttiva o asma e patologia coronarica.

La principale difficoltà, non soltanto per il pediatra di famiglia ma anche per quello di pronto soccorso, è rappresentata dalla aspecificità delle infezioni da questi microrganismi rispetto a quelle sostenute dai più comuni agenti batterici e virali: faringodinia, entità e durata della disfagia, presenza e quantità di essudato e linfadenopatia non consentono infatti una differenziazione oggettiva tra forme da Adenovirus piuttosto che da *Streptococcus pyogenes* o *Mycoplasma*. L'unico dato anamnestico utile, tra l'altro, è rappresentato dalla ricorrenza, che costituisce un elemento caratterizzante più spesso le infezioni da atipici. Un altro aspetto interessante è che questi ultimi, come dimostrato da uno studio su bambini affetti da wheezing ricorrente di natura non allergica (9), si rendono spesso responsabili di bronchite asmatica. Un'ulteriore entità di particolare interesse è la polmonite acquisita in comunità, che nei Paesi in Via di Sviluppo costituisce tuttora una delle cause più frequenti di ricovero nonché di mortalità in età pediatrica.

Per la frequente carenza di un riscontro eziologico l'approccio alle infezioni respiratorie è su base empirica, cioè in relazione ai seguenti elementi (slide 1):

- anamnesi del paziente
- localizzazione dell'infezione
- esistenza di fattori di rischio specifici
- considerazioni farmacocinetiche (PK) e farmacodinamiche (PD)
- adeguatezza dello spettro dell'antibiotico selezionato.

In alcune regioni pressioni selettive operate da un impiego di farmaci molto differenziato hanno condizionato livelli di resistenza ritenuti insopportabili, con un andamento variabile talvolta in zone contigue all'interno dello stesso Paese.

Questo scenario è stato osservato anche in Italia, grazie ad accurati programmi di monitoraggio.

I numerosi studi condotti negli ultimi 15 anni hanno permesso di definire le prerogative farmacocinetiche/farmacodinamiche delle principali famiglie di antibiotici, suddividendole in due gruppi principali (slide 2):

- quelli il cui effetto è persistente e concentrazione-dipendente
- quelli la cui azione è relativamente protratta e tempo-dipendente

I macrolidi, tra cui claritromicina, sono caratterizzati da attività concentrazione-dipendente e tempo-dipendente (10). Claritromicina presenta una biodisponibilità del 55%, significativamente

superiore a quella di eritromicina e paragonabile a quella di roxitromicina, un'emivita di 4-5 ore e da elevata penetrazione tissutale, in particolare nel bambino quando somministrata a stomaco pieno (11). Proprio questa notevole capacità di distribuzione consente a claritromicina di raggiungere concentrazioni efficaci su numerosi patogeni intracellulari, quali Chlamydia e Mycoplasma, e anche di patogeni extracellulari in grado però di internalizzarsi in alcune particolari situazioni, come S. pyogenes.

Per quanto riguarda le CAP, in considerazione dell'importante ruolo eziologico degli atipici e dell'impossibilità di differenziare su base clinica, radiologica e laboratoristica le forme pneumococciche da quelle sostenute dagli atipici, le indicazioni più recenti prevedono l'associazione di beta-lattamici e macrolidi nei casi gravi. In quelli lievi, invece, il trattamento iniziale può essere intrapreso con una delle due classi menzionat di antibiotici salvo ricorso alla loro associazione in mancanza di miglioramento clinico nell'arco di 48-72 ore (12).

Bibliografia

- 1) Eurispes. "1° Rapporto Nazionale sulla Condizione dell'Infanzia e della Preadolescenza". Scheda 18: "I minori immigrati". 2000; p. 267-276.
- 2) Garzoli E., Benevenuto E. et al. "Prestazioni al Pronto Soccorso per bambini immigrati nel 1998 a Novara". Rivista Italiana di Pediatria 1999; 25 (Suppl. 3): 78-79.
- 3) Podestà A.F., Rossoni E. et al. "Il bambino immigrato e il Pronto Soccorso Pediatrico". Rivista Italiana di Pediatria 1999; 25 (Suppl. 3): 83-84.
- 4) Acerbi L., Zaffaroni M. et al. "Il bambino extracomunitario nell'urgenza". "Congresso Nazionale di Medicina d'Urgenza Pediatrica" Ostuni, 1999; Atti: 60-62.
- 5) Di Martino L., Zaffaroni M. et al. "Il bambino straniero al Pronto Soccorso pediatrico: indagine multicentrica". Ospedale & Territorio, 2000; 2/S1: 253-254.
- 6) Zaffaroni M., Esposito S., Bona G. "L'accesso alle strutture sanitarie". In: G. Bona (a cura di) "Il bambino Immigrato" (pag. 37-48). Editeam Gruppo Editoriale, 2003.
- 7) Cremonini G. "Indagine epidemiologica sugli accessi in Pronto Soccorso di una popolazione pediatrica di provenienza extracomunitaria". Tesi di Laurea Università di Bologna 2005.
- 8) Esposito S. et al. Aetiology of acute pharyngitis: the role of atypical bacteria. J Med Microbiol, 2004; 53: 645-651.
- 9) Esposito S. et al. Importance of acute Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae infections in children with wheezing. Eur Respir J, 2000; 16: 1142-1146.
- 10) Bearden DT., Rodvold.KA. Practical Pharmacology - Penetration of Macrolides Into Pulmonary Sites of Infection. Infect Med 1999; 16: 480-484.
- 11) Novelli A. et al. In vivo pharmacodynamic evaluation of clarithromycin in comparison to erythromycin. J Chemother. 2002; 14: 584-590.
- 12) Esposito S. Clinica e terapia delle infezioni respiratorie. Pediatria oggi medica e chirurgica, Suppl. 2, 2004; 11-16.

Figura 1 - Accessi al Pronto Soccorso di Novara. Età di 934 bambini stranieri visitati.

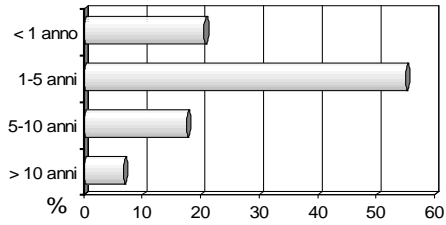


Figura 2 - Area di provenienza dei genitori dei bambini stranieri al PS di Novara

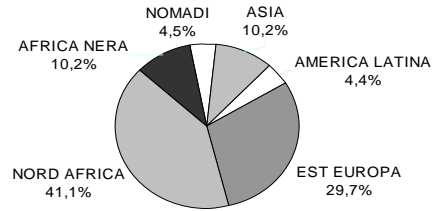


Figura 3 - Patologie respiratorie riscontrate al PS

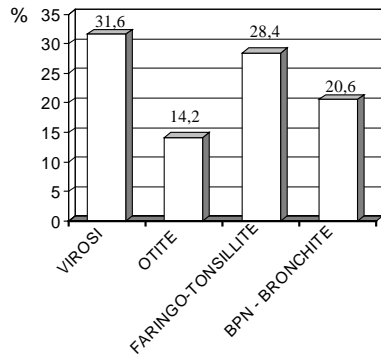


Figura 4 - Patologie riscontrate ai bambini stranieri

