



Bambini immigrati in pronto soccorso: studio epidemiologico

Rundo B., Leoni M., Pizzo D., Tasso G., Marchi A.

*Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Pavia, Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo, Pavia, Italia*

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni l'Italia è diventata meta di un sempre maggior numero di immigrati, partiti volontariamente per ragioni di lavoro, studio, salute, o costretti a lasciare il loro paese in quanto rifugiati politici o profughi di guerra. Attualmente il 6% della popolazione, in Italia, è rappresentato da stranieri (oltre 3 milioni, di cui l'85% proveniente da paesi in via di sviluppo). Circa 660.000 sono minorenni (8 su 10 hanno meno di 14 anni) e 1 bambino su 10 è figlio di immigrati; tale numero è destinato ad aumentare nei prossimi anni, per effetto del ricongiungimento familiare e dell'aumento delle nascite di bambini con genitori immigrati. L'incremento della natalità da genitori stranieri negli anni (7.000 nel 1993, 42.000 nel 2004, oltre 60.000 nel 2006) è un segnale importante di stabilizzazione sociale della popolazione immigrata, conseguenza dell'inserimento dei genitori nel mondo del

lavoro, della normalizzazione del rapporto donne/uomini, del ricongiungimento familiare e del costante aumento di nuove coppie e matrimoni misti. Si stima che nel 2050 gli extracomunitari potrebbero rappresentare dal 17 al 20% della popolazione residente in Italia e se l'aumento percentuale dovesse restare costante, le nascite di bambini stranieri potrebbero addirittura superare quelle degli italiani [1].

I bambini stranieri possono essere distinti in vari gruppi:

- I bambini immigrati nati nel paese d'origine: essi possono essere immigrati con i genitori, da soli o nati migrando. Sommano ai rischi delle patologie infettive proprie del paese d'origine quelle a cui lo esporranno le precarie condizioni di vita connesse alla condizione di immigrato recente. Infatti, per la maggior parte, le famiglie vivono in case sovraffollate e malsane o in centri d'accoglienza; godono di un basso reddito, frutto di suboccupazione dal momento che i genitori solitamente svolgono mansioni di livello inferiore al titolo di studio posseduto.
- I bambini nati e cresciuti in Italia: rappresentano l'11% del totale delle nascite in Italia. Non presentano rischi infettivologici diversi da quelli della nostra popolazione ma bensì patologie ereditarie, congenite o connatali. Soffrono la stessa marginalità culturale ed economica e le difficoltà sociosanitarie dei bambini nati nel paese d'origine. Epidemiologicamente prevalgono nascite pretermine e presenza di basso peso per l'età gestazionale. È frequente, inoltre, la presenza di difficoltà nello sviluppo fisico e psicomotorio, dovuto, presumibilmente, oltre che alle difficili condizioni di vita, ai differenti modelli di crescita (alimentazione, abitudini, *etc*).

- I bambini adottati: i bambini extracomunitari adottati da italiani provengono prevalentemente dall'America Latina e dal sud est asiatico ed hanno avuto una permanenza più o meno lunga nei paesi d'origine. Il più delle volte, questi bambini vengono sottoposti a numerosi accertamenti specialistici ed analisi di laboratorio, quasi a sopperire alla mancanza di informazioni anamnestiche.
- I bambini figli di coppie miste: questi bambini, che ad un'analisi superficiale potrebbero sembrare assimilabili ai loro coetanei italiani, a volte sono testimoni dello scontro etnico-culturale tra i genitori e le loro famiglie. Possono soffrire di isolamento [2].

Circa il 20% dei bambini stranieri sono nati all'estero, mentre l'80% risulta nato in Italia da genitori immigrati, dato probabilmente destinato ad aumentare in futuro.

Da alcuni anni, il pediatra, nella sua funzione di pediatra di base, di consultorio, di poliambulatorio e di ospedaliero, ed il medico di medicina generale si trovano sempre più frequentemente di fronte a bambini stranieri, alla loro famiglia, alla loro domanda di salute e alla richiesta di un intervento diagnostico-terapeutico.

In questo contesto si può inserire il concetto di etnopediatria, vale a dire "pediatria che si occupa del bambino nelle sue diverse etnie, con le relative peculiarità mediche (auxologia, pigmentazione dermica, *etc*) e i vari contesti culturali" [3]. L'assistenza medica e la tutela della salute dei bambini e delle persone immigrate in Italia non richiedono l'impiego di risorse straordinarie o di personale con particolare competenza specialistica; occorre, tuttavia, conoscere le specifiche necessità di salute delle persone straniere e prevedere percorsi sanitari interculturali

mediante strategie di integrazione, nel rispetto delle diverse etnie. Il punto di partenza nella presa in carico del bambino straniero è l'anamnesi, che deve essere il più accurata possibile; in particolare deve evidenziare:

- Le condizioni socioeconomiche della famiglia (condizioni abitative, lavoro dei genitori, *etc*).
- Il paese di provenienza, il percorso migratorio ed il motivo che ha spinto la famiglia a migrare ed i tempi di migrazione.
- La religione di appartenenza.
- La presenza di malattie ereditarie o familiari (emoglobinopatie e deficit di G6PD).
- Pregresse patologie acute o croniche.
- Lo stato vaccinale.
- Il peso alla nascita e la durata della gestazione.

Durante l'esame obiettivo è importante:

- Valutare l'accrescimento utilizzando, se disponibili, le curve di crescita relative all'etnia del piccolo paziente.
- Cercare i segni di rachitismo.
- Cercare i segni di anemia ed emolisi (spia di patologia cronica).
- Valutare le dimensioni del fegato e della milza (se ingranditi pensare a malaria e leishmaniosi).
- Osservare le congiuntive per escludere il tracoma e la xeroftalmia.
- Cercare lesioni da grattamento (segno di scabbia, pediculosi, micosi cutanee, impetigine).
- Ricerca del segno della vaccinazione da BCG (cicatrice nella regione deltoidea) ed intradermoreazione alla tuberculina (PPD) nei bambini non vaccinati [4-5].

Per quanto riguarda gli accertamenti di laboratorio nel nuovo arrivato ed in assenza di segni e sintomi ci si può limitare ad un emocromo con formula associato ad uno *screening* uro- e coproparassitologico. Valutando nel singolo caso ed in base al paese di provenienza si possono ricercare i *marker* per l'epatite A, B e C, VDRL, HIV, anticorpi anti *amoeba* e *toxocara*, ormoni tiroidei nei bambini provenienti da paesi potenzialmente gozzigeni (Bolivia, Ecuador, Colombia), goccia spessa in caso di febbre di origine sconosciuta ed in bambini provenienti da zone endemiche per malaria [2, 4]. Per la carenza o la mancata 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.

Tra le motivazioni del consistente numero di accessi al Pronto Soccorso da parte di famiglie di provenienza straniera troviamo l'abitudine, legata a fattori culturali, al ricorso a strutture di primo intervento piuttosto che a strutture assistenziali ambulatoriali; non meno importante l'apertura 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 del Pronto Soccorso, che permette ai genitori di accompagnare i bambini senza chiedere permessi di lavoro. Non da ultimo, al Pronto Soccorso possono accedere anche i bambini non regolarmente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale. Si rende necessaria pertanto una "promozione della fruibilità" attivando percorsi per facilitare l'accesso alle strutture sanitarie inserendo fra l'altro la medicina transculturale all'interno della formazione di base e permanente di tutti gli operatori della salute.

MATERIALI E METODI

Sono stati presi in considerazione 4 mesi di accessi al Pronto Soccorso Pediatrico (Gennaio, Aprile, Luglio e Ottobre) rappresentativi delle 4 stagioni invernale, primaverile, estiva, autunnale. I dati sono stati raccolti per mezzo dei registri 2008 del Pronto Soccorso Pediatrico del Policlinico San Matteo. Nei registri è riportato nome del paziente, il motivo dell'accesso, eventuali accertamenti e/o terapia, esito (dimissione o ricovero).

RISULTATI

Nel mese di Gennaio i bambini stranieri hanno rappresentato il 20% del totale degli accessi al Pronto Soccorso Pediatrico; nel 58% maschi. Il 15% ha richiesto terapia; l'11% monitoraggio dei parametri vitali (saturazione d'ossigeno e pressione arteriosa); nel 9% dei bambini è stata richiesta una radiografia del torace; nel 7% dei casi è stata effettuata una consulenza specialistica (ORL, chirurgica). Le flogosi delle alte vie rappresentano la causa più frequente di accesso al PS in Gennaio (23%), seguite dalle flogosi delle basse vie (10%) e dalle gastroenteriti (6%). È curioso segnalare l'1% di accessi di bambini sani.

Nel mese di Aprile il 17% del totale degli accessi al Pronto Soccorso Pediatrico è stato costituito da bambini stranieri; nel 57% femmine. Il 10% ha richiesto terapia; il monitoraggio dei parametri vitali è stato eseguito nel 10% dei casi; nel 7% dei bambini è stata effettuata una radiografia del torace; nel 8% dei casi è stata richiesta una consulenza specialistica. Le flogosi delle alte vie (18%) rappresentano la causa più frequente di accesso al PS in Aprile, seguite dalle gastroenteriti (13%) e dalle flogosi delle basse vie (10%). Anche in questo mese 1% di accessi di bambini sani.

Il 18% degli accessi in PS pediatrico a Luglio è rappresentato da bambini stranieri; di questi il 67% maschi. Nell'11% dei casi è stato effettuato un esame delle urine; nel 10,5% dei casi è stata somministrata una terapia; nell' 8,5% è stata richiesta una consulenza specialistica; il monitoraggio dei parametri vitali è stato eseguito nel 7,5% dei bambini. Le flogosi delle alte vie (22%) rappresentano la causa più frequente di accesso al PS pediatrico a Luglio, seguite dalle gastroenteriti (8%) e dai dolori addominali (8%) in eguale misura. Si segnala l'1% di accessi di bambini sani.

Nel mese di Ottobre il 18% degli accessi al PS pediatrico è stato costituito da bambini stranieri; maschi nel 57% dei casi. Il 18,5% ha richiesto monitoraggio dei parametri vitali; nel 10% è stata effettuata una consulenza specialistica; nell'8% dei casi è stata eseguita radiografia del torace; in un altro 8% è stata somministrata una terapia. Le flogosi delle alte vie (26%) rappresentano la causa più frequente di accesso al PS ad Ottobre, seguite dalle flogosi delle basse vie (10%) e quindi da gastroenterite (9%) e febbre (9%). Anche in questo mese 1% di accessi di bambini sani.

DISCUSSIONE

A Pavia, l'accesso in ospedale di bambini stranieri rappresenta una quota non trascurabile dell'attività del Pronto Soccorso, al quale possono accedere anche i bambini non regolarmente iscritti al SSN. Le patologie per le quali le famiglie straniere ricorrono più frequentemente al Pronto Soccorso sono le patologie a carico dell'apparato respiratorio (infezioni delle alte e basse vie aeree) seguite da patologie a carico dell'apparato gastrointestinale. I nostri dati sono praticamente sovrapponibili a quelli raccolti in altri grandi Ospedali italiani tra cui la Clinica Pediatrica dell'Ospedale Maggiore della

Carità di Novara [6]. Le patologie registrate alla dimissione dal Pronto Soccorso sono rappresentate dalle malattie proprie delle situazioni di povertà (precarietà lavorativa ed abitativa, sovraffollamento, disagio, indigenza), spesso complicate a causa di un tardivo ricorso alla consultazione clinica. Le patologie respiratorie complicate sono la causa più frequente di ricovero ospedaliero dei bambini stranieri afferiti al Pronto Soccorso. Possiamo ridimensionare il timore per le cosiddette “malattie da importazione”, infatti le diagnosi di malattie infettive sono state solo occasionali. Tra le patologie d’importazione, basandoci anche sui dati riportati in letteratura, è possibile riscontrare epatite virale (soprattutto B, molto diffusa nei bambini rumeni); leishmaniosi viscerale; parassitosi intestinali (*Giardia Lamblia*, Ameba, *Toxocara Canis*, *Ascaridis Lumbricoides*, etc); parassitosi urinarie (schistosomiasi vescicale); parassitosi cutanee (scabbia, *Larva Migrans*, miosi, leishmaniosi cutanea); tubercolosi e forme secondarie (da aree endemiche e favorita da povertà e promiscuità); sifilide congenita ed HIV (casi sporadici, verificare i test eseguiti nei paesi d’origine); malaria (più frequenti i casi in bambini di ritorno da un viaggio nei loro paesi d’origine (specialmente Africa subsahariana e sud est asiatico). Altre patologie riscontrabili nel bambino straniero sono gli stati carenziali (da errate abitudini alimentari); traumatismi (da scarsa sicurezza); emoglobinopatie (drepanocitosi, α - β talassemia); deficit di G6PD; alterazioni endocrinologiche (pubertà precoce, sindrome adrenogenitale); patologie da adattamento (condizioni psicopatologiche a causa del trauma della migrazione, interessano soprattutto gli adolescenti).

In conclusione, possiamo affermare che in genere le persone immigrate in Italia rappresentano una popolazione in buono stato di salute. I rischi derivano dalle condizioni di vita che spesso trovano in Italia: precarietà lavorativa e abitativa, sovraffollamento, disagio sociale, indigenza, ma anche difficoltà nel ricevere cure mediche e nell'accedere a misure di prevenzione sanitaria, specie in casi di clandestinità o di problemi collegati alla marginalità sociale. Nei nuovi arrivati possiamo trovare alcune patologie infettive contratte nel paese d'origine (malattie da importazione) ma, sempre più frequentemente, patologie in gran parte causate dalle precarie condizioni in cui molti stranieri vivono nel nostro paese (malattie da acquisizione).

RIASSUNTO

Secondo i dati ISTAT attualmente il 6% della popolazione in Italia è rappresentato da stranieri. Circa 660.000 sono minorenni e 1 bambino su 10 è figlio di immigrati. Per tale motivo la pediatria si trova pienamente coinvolta nel fenomeno migratorio. Al fine di evidenziare i bisogni di salute dei bambini immigrati abbiamo considerato l'affluenza e le cause di accesso al Pronto Soccorso Pediatrico del Policlinico S. Matteo, Pavia, in 4 mesi rappresentativi dell'anno 2008. I risultati ottenuti hanno evidenziato che le patologie per le quali le famiglie straniere ricorrono più frequentemente al Pronto Soccorso Pediatrico sono le patologie a carico dell'apparato respiratorio (infezioni delle alte e basse vie aeree) seguite da patologie a carico dell'apparato gastrointestinale. Per tale motivo abbiamo concluso che le patologie registrate alla dimissione dal Pronto Soccorso sono rappresentate dalle malattie proprie delle situazioni di povertà (precarietà lavorativa ed

abitativa, sovraffollamento, disagio, indigenza) piuttosto che da patologie contratte nel paese d'origine.

SUMMARY

According to ISTAT data, actually 6% of Italian population has been constituted by strangers. About 600.000 are minors and 1 child over 10 is a son of an immigrant. So paediatrics is fully involved in the phenomenon of immigration. To point out the stranger's needs of health we have taken account of the flow and of the reasons of access to the Policlinico S. Matteo, Pavia, Paediatric Emergency Service, during 4 months, representative of 2008 year. The results obtained reported that the pathologies for those immigrants go more frequently to the Paediatric First Aid are pathologies of respiratory tract (infections of upper and lower respiratory tract), followed by gastrointestinal pathologies. Therefore we have deduced that the pathologies at the discharge are represented by poverty's diseases (work and house frailty, overcrowding, discomfort, poverty) more than diseases contracted in the mother country.

BIBLIOGRAFIA

1. Dati: Centro Artes, Istat, Miur, Caritas, Unioncamere
2. Trillò ME, Morrone A, Geraci S. *Il bambino straniero ed il pediatra*.
3. Ruggero M. Etnopediatria oggi - problematiche e modelli di indagine. Università degli Studi di Genova. *Il Mondodomani* 2004;3
4. Il bambino immigrato. Attualità e prospettive. *Editeam* 2007; 2
5. Sisto M.L. Il bambino immigrato. *ASL di Chieti*
6. Garzoli E., Benevenuta E. et al. Prestazioni al Pronto Soccorso per bambini immigrati nel 1998 a Novara. *Rivista Italiana di Pediatria* 1999;25(suppl 3):78-79