

MeB – Pagine Elettroniche

Volume VII

Settembre 2004

numero 8

CONTRIBUTI ORIGINALI - RICERCA

L'Assistenza presso un punto di primo intervento pediatrico ospedaliero: urgenze soggettive oppure reali?

L. Cattaneo, A. Triarico¹, M. Marinoni, L. Nespo

Dipartimento di Scienze Cliniche Biologiche, Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi dell'Insubria, c/o Ospedale "F. Del Ponte" di Varese. ¹ Direzione Medica, Ospedale "F. Del Ponte" - Varese.

Indirizzo per corrispondenza: luigi.nespoli@ospedale.varese.it

Paediatric Emergency: A Survey

Key words: Paediatric Emergencies, Access, Paediatric Primary Care Providers

Summary To analyse the activity of the Paediatric Emergency Unit of the "F. Del Ponte" Hospital in Varese, Italy, an analysis of 10755 patients in the period June 2002-June 2003 was carried out. Findings show that 55.8% of the patients were male; most children (58%) were aged 1 month to 6 years. Thirteen per cent of all patients were admitted. December, week-ends, afternoons and evenings were the periods of higher attendance. Respiratory and gastrointestinal diseases (37% and 23% respectively) were the most frequent causes for attendance. The study stresses the need for improved collaboration between hospital emergency services and Paediatric Primary Care Providers.

INTRODUZIONE

Le strutture deputate all'assistenza pediatrica in situazioni di emergenza-urgenza, quali i Punti di Primo Soccorso Pediatrico, rappresentano una sede di incontro tra la pediatria del territorio e quella ospedaliera. Qui, tuttavia, si accentua il fenomeno, già rilevabile per i ricoveri dei bambini in degenza ordinaria, dell'accesso su base spontanea: se circa i 2/3 dei bambini degenti giunge in ospedale senza essere stato visitato dal Pediatra del territorio, oltre il 95% di quelli che arrivano ai Punti di Primo Soccorso lo fanno in base all'iniziativa dei familiari senza indicazione da parte di un medico.

La difficoltà nel reperire il Pediatra di Libera Scelta associata alla preoccupazione dei genitori sono le cause principali di tale scelta, in base a quanto riferito da loro stessi: ciò è in parte confermato dall'andamento degli accessi, che presenta un incremento soprattutto nei fine settimana e nelle ore del tardo pomeriggio-sera¹.

Siffatto atteggiamento, diffuso in Italia e in altri Paesi, è presente anche nella realtà regionale lombarda ed in particolare in quella varesina²⁻³.

L'OSPEDALE "FILIPPO DEL PONTE"

L'Ospedale "Filippo Del Ponte" di Varese fa parte dal 1998 del Presidio di Varese, uno dei due Presidi in cui si articola l'Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi", insieme con l'Ospedale di Circolo e con quello di Cuasso al Monte.

Il suo bacino d'utenza consta di circa 300.000 abitanti.

L'Ospedale si avvale di 198 posti letto, di cui 163 dedicati alla degenza ordinaria e 35 a quella in regime di Day Hospital/Day Surgery.

Dai primi mesi del 2001 è stato avviato il suo riorientamento in struttura specializzata nella cura delle patologie dell'età pediatrica e nell'assistenza ostetrico-ginecologica, secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della Sanità 24 aprile 2000 "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al <Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000>". Esso individua, come elemento qualificante, la presenza, con integrazione tra strutture ospedaliere ad hoc e servizi territoriali, di un efficace servizio di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza pediatrica attivo 24 ore su 24.

In quest'ambito particolare, per fare fronte alle emergenze-urgenze attinenti all'area pediatrica, è stato attivato, a partire dal dicembre 2001, un Punto di Primo Intervento Pediatrico (P.P.I.P.).

Esso ha una precisa connotazione in quanto deputato ad un'assistenza sanitaria di "primo livello" (mobilitazione atraumatica del paziente e mantenimento delle funzioni vitali) delle emergenze-urgenze pediatriche che vi afferiscono.

Tale servizio, in funzione 24 /24 ore, è in costante collegamento con il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Varese, situato ad una distanza di 1 km presso l'Ospedale di Circolo, dove vengono inviati i casi traumatologici e che necessitano di cure intensive.

Al fine di migliorarne gli aspetti organizzativi e quindi l'assistenza erogata, è stata analizzata l'attività svolta presso il Punto di Primo Intervento Pediatrico dell'Ospedale "Filippo Del Ponte" di Varese in riferimento ai primi 13 mesi dalla sua istituzione.

MATERIALI E METODI

Sono stati elaborati i dati registrati tramite il software di archiviazione in dotazione al personale del Punto di Primo Intervento dell'Ospedale "F. Del Ponte" di Varese, sono stati analizzati 10755 accessi relativi al periodo compreso tra il 1° giugno 2002 ed il 30 giugno 2003 (13 mesi), prendendo in considerazione il numero complessivo, il sesso e l'età dei pazienti, la patologia diagnosticata, la distribuzione degli

accessi per mesi, giorni della settimana e fasce orarie, l'orario di accoglimento presso il P.P.I.P. (presa in carico) e di dimissione, le modalità di accesso e l'esito.

RISULTATI

Gli accessi registrati dal giugno 2002 al giugno 2003 sono stati 10755. Il 55,8% (6007 casi) è costituito da maschi; il 58% ha un'età compresa tra un mese e sei anni



Figura 1. (ingrandisci, 21 Kb)

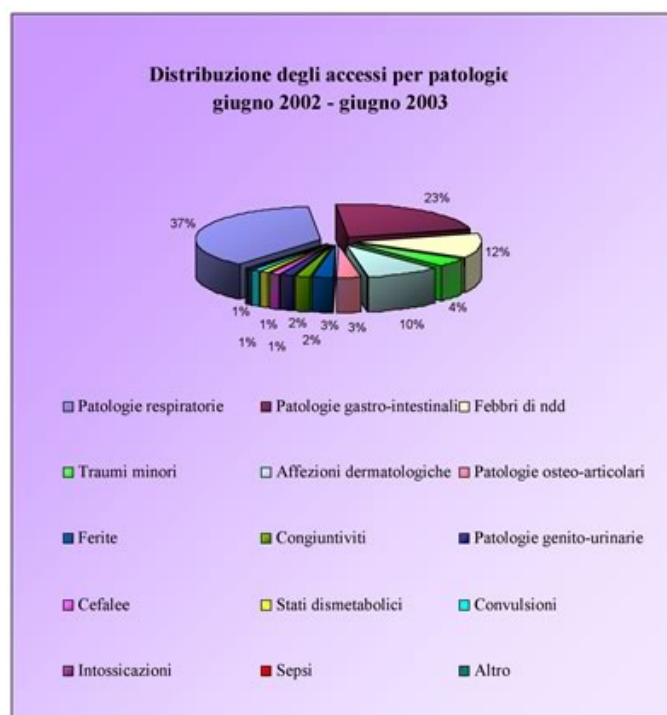


Figura 2. (ingrandisci, 39 Kb)

La Figura 2 riporta le principali cause d'accesso al P.P.I.P. Dall'analisi condotta emerge che le principali affezioni diagnostiche sono quelle relative all'apparato respiratorio (4008 casi, 37%), alle patologie gastrointestinali (2438 casi, 23%), alle febbri di natura da determinare (1335 casi, 12%), alle affezioni dermatologiche (1043 casi, 10%) e ai traumi

minori (430 casi, 4%). Seguono le patologie osteoarticolari (342 casi, 3%), le ferite (297 casi, 3%), le congiuntiviti (197 casi, 2%), le patologie genitourinarie (181 casi, 2%), le cefalee (150 casi, 1%), gli stati dismetabolici (133 casi, 1%), le convulsioni (116 casi, 1%), le intossicazioni (58 casi, 1%), le sepsi (7 casi, 0,06%).

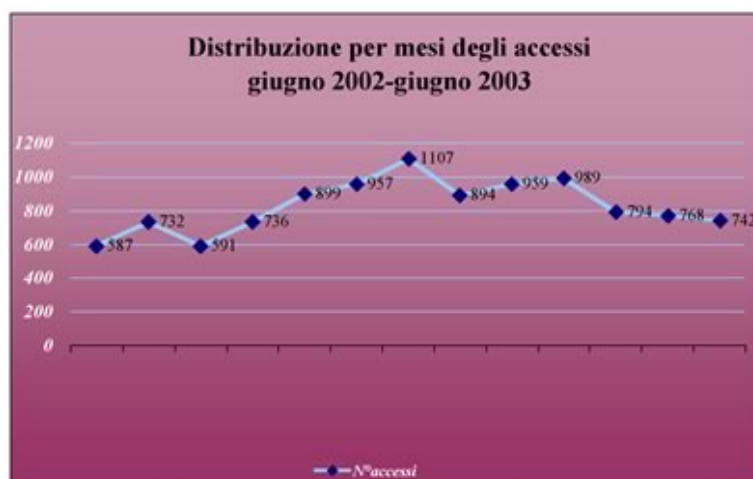


Figura 3. (ingrandisci, 25 Kb)

In Figura 3 viene riportato il totale degli accessi per mese: il numero di visite effettuate aumenta progressivamente dal giugno 2002 al dicembre dello stesso anno (periodo in cui si registra il picco massimo di frequenza, 1107 casi), per poi

assestarsi su valori medi (700-800 unità) nei mesi successivi. Il minor numero di accessi si è avuto nel giugno 2002 con 587 interventi. Mediamente si sono registrati 27 accessi per giorno con 3 ricoveri (medi) al giorno.

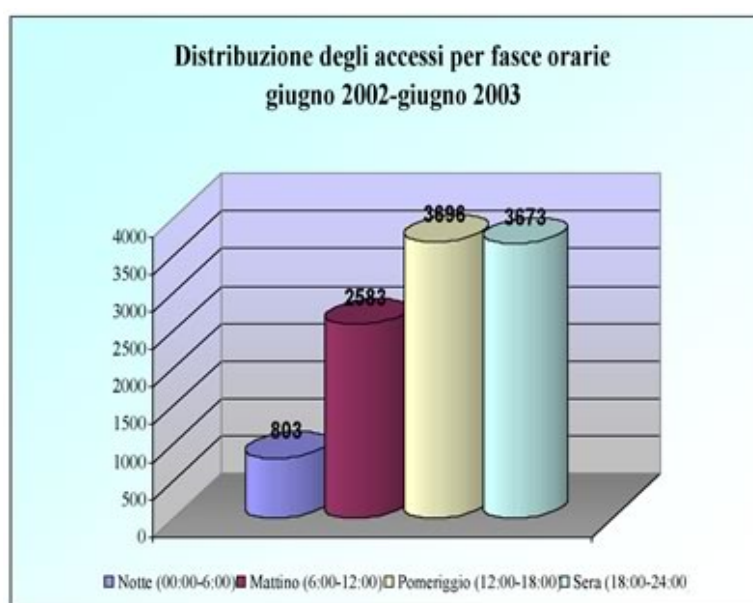


Figura 4. (ingrandisci, 36 Kb)

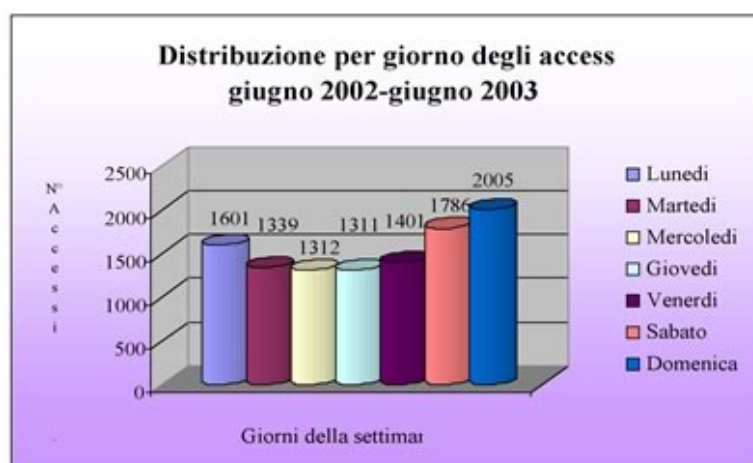


Figura 5. (ingrandisci, 34 Kb)

E' interessante notare come gli accessi al P.P.I.P. siano più frequenti durante i fine settimana (31 in media il sabato, 35 la domenica), quando sul territorio non è disponibile un servizio ambulatoriale: il sabato (1786 casi, 16,6% del totale) e la domenica (2005 casi, 18,6%) si raggiungono infatti i picchi massimi di frequenza; la maggior parte delle prestazioni sono state effettuate nelle fasce orarie pomeridiane, dalle ore 12.00 alle 18.00 (3696 casi, 34,4%), e serali, dalle ore 18 alle 24 (3673 casi, 34,1%) (Figure 4 e 5). Dalla presa in carico

alla dimissione sono trascorsi in media 76 minuti.

Soltanto il 3% dei pazienti ha usufruito del 118 o di altra ambulanza per il trasporto in ospedale; tutti gli altri (97%) si sono serviti di un mezzo privato. Solo il 13% dei bambini è stato ricoverato, mentre l'1% ha rifiutato il ricovero o ha preferito il trasferimento ad altro istituto; solo in pochissimi casi i genitori si sono allontanati volontariamente dal P.P.I.P. durante l'attesa. La Figura 6 riporta la media giornaliera degli accessi e dei ricoveri



Figura 6. (ingrandisci, 37 Kb)

DISCUSSIONE

L'analisi dei 13 mesi di attività del P.P.I.P. dell'Ospedale "Filippo Del Ponte" di Varese ha consentito di verificare che i dati da essa ottenuti si allineano con quelli riportati in letteratura.

Infatti, i dati epidemiologici relativi al sesso e all'età dei pazienti, alle principali patologie diagnosticate, alla distribuzione degli accessi per mesi, per giorni della settimana e per fasce orarie sono analoghi a quelli citati in precedenti articoli⁴⁻⁵

In realtà, l'elemento che in misura maggiore rende sovrappo-

nibili le diverse esperienze di Pronto Soccorso Pediatrico o di P.P.I.P. variamente descritte a livello nazionale ed internazionale (dove non è garantita l'assistenza gratuita del Pediatra di Libera Scelta) è rappresentato dalla difficoltà di arginare il crescente e problematico aumento di accessi, che spesso sembrano dovuti a problemi non legati ad un'urgenza reale, ma percepita tale dai genitori⁶⁻¹².

Non abbiamo utilizzato dei questionari o altri strumenti validati per misurare lo stato di ansia parentale. Tuttavia l'andamento temporale degli accessi (molto più frequenti nel tardo pomeriggio e all'inizio della notte) e l'aumento degli accessi nei giorni di venerdì, sabato, domenica e lunedì ci sem-

brano indicare che l'osservazione diretta del bambino da parte dei genitori associata alla maggior difficoltà ad usufruire delle prestazioni specialistiche pediatriche (manca infatti una guardia medica pediatrica) induca ansia nei genitori e richieste di risposte immediate. Nella sostanza le persone vivono il P.P.I.P. come una continuazione dell'assistenza pediatrica garantita dal Pediatra di Libera Scelta, piuttosto che un servizio per le urgenze-emergenze pediatriche.

Anche il nostro studio ha infatti evidenziato come la maggior parte delle patologie trattate presso il nostro P.P.I.P. non siano rappresentate da condizioni di emergenza, poichè bassa è la percentuale di ricorso al 118 o ad altra ambulanza per il trasporto in ospedale (3%), così come la percentuale di ricovero (dei 27 bambini che in media giungono ogni giorno al P.P.I.P. solo 3 vengono ricoverati).

I bambini vengono accompagnati presso il P.P.I.P. principalmente nelle fasce orarie pomeridiane e serali e nei fine settimana: questo indica come gli utenti non se ne servano in funzione del tipo di patologia, ma in funzione delle proprie abitudini (uscita dalle scuole materne, orari di lavoro, etc.) e degli orari di apertura degli ambulatori dei Pediatri di Libera Scelta. L'osservazione viene ulteriormente confermata dai picchi di accesso registrati il sabato e la domenica, giorni nei quali l'assistenza specialistica pediatrica sul territorio non è attiva.

Questa condizione, che pone ostacoli ad una funzionale gestione dei pazienti e penalizza soprattutto coloro che necessitano di cure mediche immediate, è da ricondurre a due cause principali:

- in primo luogo, la scarsa accessibilità all'assistenza sanitaria pediatrica a livello territoriale, dovuta principalmente alla mancanza di un servizio ambulatoriale disponibile tutti i giorni, 24 ore su 24 (aggravata dall'impossibilità che alcuni genitori lamentano di comunicare telefonicamente con il Pediatra di Libera Scelta negli orari di reperibilità)¹³⁻¹⁵;
- in seconda istanza, l'elevato grado di ansia parentale.

*“Il perché di tanta preoccupazione da parte dei genitori va ricercato nei cambiamenti ai quali è andata incontro la nostra società, con strutture familiari più deboli per mancanza di figure di riferimento a cui delegare la gestione dei problemi, con minor tolleranza alla malattia, con le false paure prodotte dai mass-media e, al contrario, con la scarsa informazione sulla individuazione e sulla gestione dell'urgenza”*¹⁶.

Manca la consapevolezza che il P.P.I. è un luogo deputato all'assistenza delle emergenze-urgenze e non un ambulatorio aperto 24/24 ore e 7/7 giorni.

Ben esprime questa convinzione la frase di un reclamo presentato dai genitori di un bimbo che qui riportiamo: *“Il giorno 4 gennaio 2004, alle ore 23 circa, mi recavo con mia moglie e con i miei due bambini di 2 e 4 anni presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale “Del Ponte” di Varese. Il minore dei due bimbi presentava delle macchie cutanee rivelatesi poi orticaria. All'ingresso del Pronto Soccorso, io e mia moglie notavamo un grande affollamento di genitori e bambini e, da una prima impressione, uno sconcerto generale. Decidemmo di attendere circa mezz'ora per vedere se la situazione si*

fosse risolta. In caso contrario saremmo tornati la mattina successiva”.

Gli accessi al P.P.I.P. non sono correlati esclusivamente allo stato sociale. Come in altre realtà, noi visitiamo bambini con genitori con lavoro stabile, appartenenti al ceto medio (operai, impiegati, insegnanti etc.). Gli accessi dei bambini non italiani rappresentano l'11,4% del totale, mentre costituiscono il 6,1% dei ricoveri. La maggioranza degli stranieri proviene da Albania, Marocco e Tunisia: in realtà negli anni si è visto che la nazionalità di questi bambini si è modificata in rapporto alle ondate migratorie.

CONCLUSIONI

E' auspicabile garantire alla popolazione pediatrica la continuità assistenziale sul territorio (durante l'arco della giornata e nei giorni festivi), tramite la Pediatria di Gruppo, l'Associazione o l'istituzione di un punto di ascolto telefonico, attivo 24/24 ore¹⁷.

In questo contesto il Pediatra di Libera Scelta potrebbe migliorare la collaborazione con i Pediatri del Punto di Primo Intervento, attraverso un utile scambio di informazioni sui piccoli pazienti¹⁸⁻²⁰.

E' stata infatti dimostrata la stretta correlazione tra una buona gestione dei casi di acuzie sul territorio da parte dei Pediatri di Libera Scelta e la riduzione del numero di accessi impropri al Primo Intervento²¹⁻²⁵.

Ciò risulta tanto più importante quanto più se ne considera l'ingente risparmio di risorse da essa derivante, in termini di diminuita quantità di prestazioni di P.S. e di ricoveri effettuati²⁶; questi ultimi potrebbero essere ulteriormente ridotti anche attraverso l'istituzione presso il P.P.I.P. di un'Unità di Osservazione Breve. Presso il nostro P.P.I.P. non è ancora attiva una unità di Osservazione Breve con spazi riservati e dedicati. Anche sulla base dello studio qui riportato abbiamo attivato l'osservazione su casi selezionati, mantenendo i bambini su barelle in ambienti facenti parte del P.P.I.P. Certamente questa situazione logistica porta a ricoverare qualche bambino in più, ma, come emerge dai numeri riportati in Figura VI, la percentuale di ricoveri è bassa, pari al 13%.

Un'altra via per affrontare il problema degli accessi impropri al Primo Intervento Pediatrico potrebbe essere inoltre rappresentata dalla realizzazione di campagne educative per le famiglie: lo scopo di tali interventi sulla popolazione sarebbe quello di fornire precise informazioni sul significato dell'urgenza, sulla prima gestione dei problemi al domicilio e sul corretto utilizzo dei servizi²⁷⁻²⁹.

E' necessario dunque da una parte chiedersi quale debba essere il ruolo del Pediatra di Libera Scelta e quindi adattare l'orario del suo servizio alle nuove realtà sociali e dall'altra educare la popolazione ad un uso appropriato delle strutture perché ogni accesso improprio può compromettere la salute di un bambino colpito da vera emergenza.

Bibliografia

- Pecile P, Pittini C, Pusiol A, Tenore A. Indagine Regionale sull'accesso al Pronto Soccorso Pediatrico. Medico e Bambino 2000; pagine elettroniche.

- Amodio L, Tipo V, Vetrano F, Vitale A, Cardoni G, Magnani M, Messi G. Osservazione breve in Pronto Soccorso Pediatrico: modelli organizzativi e budget. Quaderni di Pediatria 2002;3:6-9.
- Fernandez JB. Creazione, obiettivi e attività della Società Spagnola di Pediatria di Urgenza (SEUP). Pediatria d'Urgenza 2002;19:20-22.
- Devictor D, Cosquer M, Saint-Martin J. L'accueil des enfants aux urgences: résultats de deux enquêtes nationales <<Un jour donné>>. Arch Pédiatr 1997;4:21-26.
- Messi G, Giuseppin I, Guglia E, Piccotti E, Magnani M, Cardoni G, Mazzoni N, Vetrano F, Vitale A. Osservazione breve in PS pediatrico. Quaderni di Pediatria 2002;3:1-5.
- Laubscher B, Donatiello C. Use of Swiss pediatric emergency department has grown. BMJ 2002;325:389.
- Kosower E, Inkelis SH, Seidel JS. Analysis of pediatric emergency department telephone calls. Pediatr Emerg Care 1993;9:8-11.
- Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of the hospital emergency departments: urgency from the patients' perspective. J Fam Pract 1996;42:491-496.
- Phelps K, Taylor C, Kimmel S, Nagel R, Klein W, Puczynski S. Factors Associated With Emergency Department Utilization for Nonurgent Pediatric Problems. Arch Fam Med. 2000;9:1086-92.
- Guttmann N, Nelson MS, Zimmermann DR. When the visit to the emergency department is medically nonurgent: provider ideologies and patient advice. Qual Health Res 2001;11(2):161-78.
- Guttmann N, Zimmermann DR, Nelson MS. The Many Faces of Access: Reasons for Medically Nonurgent Emergency Department Visits. Journal of Health Politics. Policy and Law. 2003;28(6):1089-1120.
- Brousseau DC, Bergholte J, Gorelich MH. The Effect of Prior interactions With a Primary Care Provider on Nonurgent Pediatric Emergency Department Use. Arch Pediatr Adolesc Med 2004;158:78-82.
- Angeloni S. Il concetto di urgenza pediatrica nelle aspettative dei cittadini. Pediatria d'Urgenza 1998;11:7-8.