

THE LANCET

Correspondence

Da The Lancet | 9 aprile 2020

IL RITARDO NELL'ACCEDERE O NEL PRESTARE CURE IN ITALIA, DERIVANTE DALLA PAURA DI COVID-19

di Marzia Lazzerini, Egidio Barbi, Andrea Apicella, Federico Marchetti, Fabio Cardinale, Gianluca Trobia

IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Università di Trieste, AO Santobono Pausillipon, Napoli, Ospedale Santa Maria delle Croci, AUSL Romagna, Ravenna, ospedale "Giovanni XXIII", Bari, AO per l'Emergenza Cannizzaro, Catania, Italia.

Durante il lockdown in Italia per coronavirus disease 2019 (COVID-19), le statistiche ufficiali degli ospedali del periodo dall'1 al 27 marzo 2020 mostrano una sostanziale decrescita – che varia dal 73% all'88% - delle visite nei Pronto soccorso pediatrici rispetto allo stesso periodo del 2019 e 2018 (immagine). Analogamente i pediatri di famiglia riferiscono in larga parte una significativa riduzione delle visite, anche se il dato è difficile da misurare con precisione.

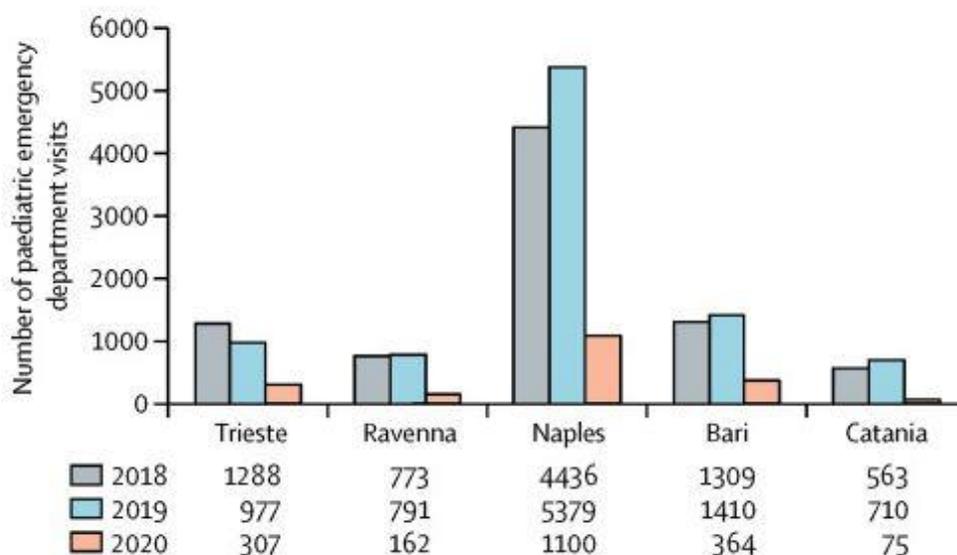


Figure Visits to paediatric emergency departments across five hospitals in Italy, March 1–27, 2020, compared with the same period in 2018 and 2019

In Italia le scuole e le attività sportive sono state sospese dall'1 marzo, per questo è comprensibile che il numero di infezioni acute e di traumi tra i bambini sia più basso del solito. Sono stati segnalati, inoltre, relativamente pochi casi di COVID-19 tra i bambini¹. Alla data del 2 aprile i 1624 casi nella popolazione pediatrica (<18 anni) rappresentano l'1.5% di casi positivi al COVID-19 in Italia. Di questi casi pediatrici solo 84 (11%) hanno richiesto il ricovero in ospedale, nessuno ha avuto bisogno di terapia intensiva, e non è stato registrato alcun decesso. In linea con i report dalla Cina², COVID-19 nei bambini è generalmente lieve e si presenta con pochi sintomi.

Tuttavia i bambini continuano ad ammalarsi di infezioni occasionali e complicazioni o esordio acuto di condizioni croniche come cancro, disordini endocrini (ad esempio il diabete) e problematiche chirurgiche (come l'appendicite). Il calo sostanziale dell'accesso alle cure pediatriche in Italia potrebbe riflettere la scarsità di risorse disponibili a causa della redistribuzione dovuta alla pandemia, o la riluttanza da parte di genitori e caregiver a rischiare l'esposizione a SARS-CoV-2 - Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, in un contesto di cura, in aggiunta a un grado minore di infezioni acute e traumi. Questo accesso ridotto ai servizi sanitari può essere deleterio per la salute pediatrica, e i bambini con bisogni speciali (per esempio a causa di paralisi cerebrale, encefalopatia epilettica, sindromi severe, immunosoppressione iatrogena o dovuta a malattia) sono potenzialmente a più alto rischio di gravi malattie - rispetto ai loro coetanei sani - per non aver avuto accesso alle cure sanitarie.

In un network di ricerca degli ospedali pediatrici italiani sono stati riportati 12 casi di accesso ritardato alle cure ospedaliere, durante la settimana dal 23 al 27 marzo, all'interno di cinque ospedali (tre ospedali di riferimento di terzo livello e due di secondo livello, come da immagine sopra). Due bambini si sono presentati in Pronto soccorso con un'insorgenza acuta di diabete di tipo 1 e grave chetoacidosi dovuta al ritardo nell'accesso alle cure in ospedale, sebbene i genitori avessero riconosciuto l'anormalità dei sintomi (polidipsia, poliuria e dispnea); per entrambi è stato necessario il ricovero in Terapia intensiva.

Su due bambini con leucemia ad insorgenza acuta uno è arrivato in Pronto Soccorso dopo 7 giorni di febbre molto alta (>39°C) e l'altro si è presentato con anemia grave (emoglobina 4.2 mg/dL) e difficoltà respiratoria, essendo stato ritardato l'accesso al Pronto soccorso. Uno di questi pazienti è morto diversi giorni dopo il ricovero in ospedale.

Un bambino si è presentato con convulsioni persistenti dopo che tre precedenti episodi convulsivi erano stati gestiti a casa senza assistenza medica; il paziente alla fine ha ricevuto la diagnosi di polmonite batterica.

Una bambina di tre anni è stata ricoverata in ospedale dopo 6 giorni di febbre molto alta (>39°C) a casa, con una sepsi secondaria a una pielonefrite. Un neonato, tenuto a casa nonostante vomitasse da diversi giorni a causa di una stenosi ipertrofica del piloro, è arrivato in Pronto soccorso in shock ipovolemico.

Un altro bambino, dell'età di 2 anni, vomitava da alcuni giorni e non era in grado di mangiare, prima di presentarsi con una ipoglicemia severa. In un bambino arrivato in Pronto soccorso dopo che non era riuscito a defecare per più di una settimana è stata individuata una massa addominale di 15 cm di diametro, successivamente diagnosticata come tumore di Wilm; la diagnosi fatta al telefono dal suo pediatra era stata di costipazione funzionale.

¹ Istituto Superiore di Sanità Epidemia COVID-19. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_2-aprile-2020.pdf Date: April 2, 2020 Date accessed: April 6, 2020

² Dong Y Mo X Hu Y et al., Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatrics*. 2020; (published online March 16.) DOI:10.1542/peds.2020-0702

Un adolescente con paralisi cerebrale e gravemente malnutrito è entrato in contatto con l'ospedale dopo 10 giorni di febbre a casa con crescente bisogno di ossigeno, ed è morto in ambulanza, nel tragitto verso l'ospedale. La causa precisa della febbre e del decesso non è stata accertata ma l'adolescente era negativo all'infezione da Covid-19.

Un altro bambino con paralisi cerebrale, tracheotomia e nutrizione enterale è morto nel percorso verso l'ospedale dopo 3 giorni di sangue nelle feci. Un bambino con la sindrome di Mowat Wilson, in dialisi per insufficienza renale cronica, è arrivato in ospedale dopo 3 giorni in cui era "meno attivo del solito", con tempo di riempimento capillare di 4 s, frequenza cardiaca di 50 battiti al minuto, livello di saturazione dell'ossigeno non rilevabile, acidosi mista e creatina 4 mg/dL; il bambino è morto dopo 4 giorni in Terapia intensiva.

Di questa serie limitata a 12 casi, metà dei bambini è stato ricoverato in Terapia intensiva e quattro sono morti. In tutti i casi, i genitori hanno riferito di aver evitato di portarli in ospedale per paura dell'infezione da SARS-CoV-2. Oltretutto in cinque casi la famiglia aveva contattato i servizi sanitari prima di rivolgersi all'ospedale, ma il loro medico curante non era disponibile a causa dell'epidemia di Covid-19, o l'ingresso in ospedale era stato sconsigliato per il possibile rischio di infezione. Tutti i casi erano o negativi al SARS-CoV-2 o avevano una presentazione clinica (ad esempio il diabete) che non giustificava un test diagnostico secondo i criteri nazionali. Soprattutto, nessun decesso si era verificato negli stessi ospedali durante il medesimo periodo del 2019, e il numero totale di decessi pediatrici annui in questi ospedali varia da zero a tre.

Questi casi rappresentano un piccolo campione, se paragonato al numero complessivo di visite pediatriche registrate nei cinque ospedali durante questa settimana (12 [2%] di 502). Ad ogni modo, dal momento che il ritardo nell'accesso alle cure non è stato rilevato sistematicamente, questa piccola serie di casi può sottostimare il problema. Riteniamo che sia necessario un ulteriore monitoraggio degli accessi alle cure di routine durante la pandemia Covid-19. C'è bisogno di prevenire i ritardi nell'accesso alle cure ospedaliere e di aumentare l'offerta di assistenza coordinata di alta qualità da parte dei medici curanti. Entrambi gli aspetti andrebbero considerati parte del complessivo impatto sulla salute pubblica di Covid-19, come risultato evidente in altre epidemie³⁴, e devono essere sorvegliati in modo adeguato.

Sia la popolazione generale che gli operatori sanitari necessitano di indirizzi chiari e informazioni. Nello specifico, si dovrebbero rendere pienamente consapevoli i genitori che i rischi di un accesso ritardato alle cure in ospedale per condizioni di emergenza possono essere molto più alti di quelli posti da Covid-19. I compiti specifici e i doveri delle differenti tipologie di professionisti sanitari dovrebbero essere definiti chiaramente, prendendo in considerazione il livello di rischio del contesto lavorativo, la specializzazione dei lavoratori della sanità, i probabili danni e benefici delle cure, e le incombenze concorrenti che derivano dai ruoli multipli degli operatori⁵.

³ Chang HJ Huang N Lee CH Hsu YJ Hsieh CJ Chou YJ The impact of the SARS epidemic on the utilization of medical services: SARS and the fear of SARS. *Am J Public Health.* 2004; 94: 562-564

⁴ Sokol DK Virulent epidemics and scope of healthcare workers' duty of care. *Emerg Infect Dis.* 2006; 12: 1238-1241

⁵ Voo TC Capps B Influenza pandemic and the duties of healthcare professionals. *Singapore Med J.* 2010; 51: 275-281