

RIPARTIAMO ...anche noi!

Non che ci fossimo mai fermati...ma in questo periodo in cui tutti abbiamo dovuto ripensare a come vivere la nostra quotidianità lavorativa, sociale e familiare, abbiamo voluto ripartire con la nostra Newsletter pensando che, in questa occasione, potesse essere strumento di divulgazione dei contenuti di un'iniziativa che ci ha visto coinvolti ad Aprile scorso.

Il 27 Aprile 2020 infatti ha avuto luogo il primo incontro di aggiornamento "a distanza" a cura del gruppo GLNBM SIP sulla scia di quanto la pandemia COVID-19 ha obbligato ciascuno di noi a fare nel campo formativo e lavorativo.

Abbiamo potuto avvalerci del prezioso contributo di alcuni esperti del gruppo che hanno

messo a disposizione il loro tempo e la propria competenza per parlare di COVID in ambito pediatrico.

In considerazione della ricchezza dei contenuti trattati durante l'incontro e della risonanza che questo ha suscitato nei partecipanti, abbiamo pensato di veicolare attraverso questa Newsletter ciò che gran parte di noi ha potuto ascoltare dal vivo durante il webinar aggiungendo anche qualche contributo extra.

Con il consenso dei relatori, quindi, riportiamo di seguito il sunto delle loro presentazioni in formato testo.

Cogliamo l'occasione per ringraziare ancora tutti coloro che hanno partecipato attivamente alla buona riuscita di questo primo seminario formativo e salutiamo tutti gli amici e i soci del GLNBM SIP con l'auspicio di poterci reincontrare presto in un'altra occasione simile in attesa di poterlo fare dal vivo...come una volta.

Gianni Alighieri e Simona La Placa

PARLANDO DI COVID...

L'INFEZIONE DA SARS-CoV-2 IN ETÀ PEDIATRICA



SARS-CoV-2, l'agente eziologico della malattia COVID-19, è stato descritto per la prima volta nel Dicembre 2019 in Cina, a Wuhan della provincia di Hubei. L'11 Marzo del 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato la pandemia. Al 18/04/2020 sono segnalati oltre 2.240.000 soggetti affetti e 153.822 decessi in tutto il mondo. Attualmente, l'Italia è al terzo posto per numero di casi (172.434) dopo la Spagna, ed al secondo per numero di decessi (22.745) dopo gli Stati Uniti.

Guardando specificatamente alla popolazione pediatrica, sono riferiti finora circa 2.400 casi di infezione, pari al 1,7% del totale, ma è possibile che questo dato sia sottostimato in quanto l'entità della statistica è subordinata al numero dei tamponi eseguiti. Percentuali simili sono riportati negli Stati Uniti, in Cina ed in altri Paesi europei, che confermano come in genere la popolazione pediatrica rappresenti circa il 2% di tutti i casi diagnosticati.

In Italia sono stati riportati due decessi pediatrici, ma le informazioni disponibili non sono sufficienti a chiarire se l'exitus sia avvenuto a causa dell'infezione o sia da ascrivere ad altri fattori.

In Italia, fra i bambini è registrata una lieve prevalenza dell'infezione nel sesso maschile rispetto a quello femminile. Questo dato è in linea con le casistiche americane (57%) e cinesi [2-4]. Ciò vale anche per la distribuzione nelle diverse classi di età: il 18% in bambini notificati in Italia ha un'età inferiore ai due anni, mentre il 65% in bambini ha oltre 7 anni. Sono stati ospedalizzati il 6,3% dei pazienti di età inferiore ai 18 anni. La percentuale di questi ha età superiore ai 6 anni. Le caratteristiche epidemiologiche e cliniche di COVID-19 in età pediatrica sono ancora in fase di definizione e molti interrogativi sono ancora aperti. I bambini presentano più spesso forme lievi che non richiedono ricovero e ciò ha portato ad una probabile sottostima dei casi fino ad oggi notificati. Inoltre la definizione stessa di caso adulto o pediatrico è variabile. Infine i dati raccolti fino ad ora sono estremamente incompleti. Tracciare in modo capillare l'infezione in età pediatrica è quindi essenziale, anche in termini di sanità pub-

News

> **MERCOLEDÌ SIP 2020:**

17 Giugno - GLNBM

SAVE THE DATE !!!

Sommario:

Introduzione	1
Parlando di COVID	1-7
Contenuti extra	7-12
Uno sguardo sul mondo	12
Appuntamenti	12
Come aderire al GLNBM	13
I nostri contatti	13

blica. Nella maggioranza dei casi, infatti, sembra che il bambino contragga l'infezione all'interno del proprio nucleo familiare e ciò potrebbe avere implicazioni epidemiologiche importanti in quanto il caso di un bambino con infezione da SARS-CoV-2 è da ritenersi la spia di un nucleo familiare infetto e deve orientare le indagini di sorveglianza sanitaria.

Pur con tutte queste limitazioni, tuttavia, in generale, i dati disponibili sembrano essere concordi nell'indicare che nei bambini siano più frequenti le forme paucisintomatiche e lievi rispetto a quanto accade nell'età adulta. Uno studio Cinese includente 391 casi e 1286 loro contatti suggerisce che i bambini abbiano la stessa probabilità degli adulti di contrarre l'infezione, ma una probabilità inferiore di essere sintomatici o sviluppare sintomi gravi. In alcuni studi si stima che le forme asintomatiche siano il 10-12% del totale dei casi pediatrici, ma i dati sono scarsi ed il ruolo dei bambini asintomatici nella trasmissione del virus rimane incerto.

Quadri clinici in età pediatrica

Per quanto riguarda i quadri clinici questi vengono classificati nel bambino in forme asintomatiche, paucisintomatiche, lievi, moderate, gravi e critiche. In particolare per forma grave si intende una forma respiratoria caratterizzata dalla presenza di almeno uno fra i seguenti criteri: tachipnea, desaturazione ($SpO_2 < 92\%$), manifestazione di ipossia (distress respiratorio con gemiti, alitamento delle pinne nasali, rientramenti intercostali, sottocostali o al giugulo), cianosi, apnea intermittente (ref). La tachipnea deve essere valutata in apnea e assenza di pianto e deve tener conto dell'età del bambino (frequenza respiratoria >60 atti/min < 3 mesi; >50 atti/min 3-12 mesi; > 40 atti/min 1-5 anni; > 30 atti/min >5 anni). Altri segni sistemici di gravità includono sonnolenza, letargia, incapacità di alimentarsi/bere, convulsioni, quadro settico, shock o disfunzione d'organo.

In un vasto studio cinese pediatrico è stato riportato che la proporzione di forme asintomatiche fosse il 12,9%, di quelle lievi fosse il 42,1%, mentre i quadri moderati e gravi rappresentavano il 41,0% e il 2,5% dei casi complessivi. Infine la percentuale delle forme critiche, che richiedevano ricovero in terapia intensiva e/o ventilazione meccanica erano inferiori all'1% del totale.

In uno studio statunitense 15 bambini (0,58% - 2,0% del totale) hanno necessitato di ricovero in terapia intensiva pediatrica. Dati simili sono riportati in Spagna dove in una casistica di 41 bambini 4 hanno richiesto supporto ventilatorio avanzato e altri 4 hanno richiesto ricovero in terapia intensiva ed in Germania dove su 33 bambini ricoverati al 6 aprile 2020 3 (9%) aveva necessitato il ricovero in terapia intensiva.

Per quanto riguarda i decessi, come menzionato sopra, al 24 aprile 2020 in Italia erano stati notificati due decessi in età pediatrica, entrambi nella fascia di età 0-9 anni. In letteratura al 1 maggio 2020 almeno tre decessi erano descritti nella popolazione pediatrica cinese ed altri tre negli Stati Uniti. Altri rari decessi in età pediatrica sono riportati in Belgio, Regno Unito e Francia. Tuttavia per la maggioranza di questi casi non sono noti i dettagli clinici, la presenza eventualmente di comorbidità e neppure il ruolo di SARS-CoV-2 nella genesi del decesso.

In attesa di risultati di studi in corso alcune categorie di pazienti pediatrici potrebbero essere considerati a rischio più elevato per forme gravi basandosi sui dati disponibili per la popolazione adulta (ad esempio patologie cardiovascolari, malattie polmonari, diabete, neoplasia o obesità) o sulla base di fattori di rischio noti per altre infezioni virali polmonari (come età inferiore all'anno, immunodeficienze congenite o acquisite, malattie congenite cardiovascolari o polmonari, emoglobinopatie)-

Sintomatologia riportata nelle casistiche pediatriche

La proporzione di vari sintomi riportati nel bambino varia nelle diverse casistiche e risente anch'essa come il numero di diagnosi, della definizione di caso riportata. Una recente revisione sistematica includente 18 studi e 1065 bambini evidenzia che i sintomi più frequentemente riportati includono tosse, febbre, faringite, rinorrea con percentuali variabili nelle varie casistiche. Altri sintomi riportati frequentemente includono vomito, diarrea, difficoltà nell'alimentazione, cefalea, mialgie. In uno studio statunitense si evidenzia come, fra i pazienti per i quali erano disponibili informazioni cliniche riguardo al quadro sintomatologico, 56% dei bambini avesse febbre, 54% tosse, 13% dispnea in confronto al 71%, 80%, e 43%, rispettivamente degli adulti di 18-64 anni. Gli stessi autori evidenziano, inoltre, come la presenza di uno fra i seguenti segni/sintomi febbre, tosse o alterazioni della dinamica respiratoria, fosse presente nel 93% degli adulti di età 18-64 anni ma solamente nel 73% dei bambini sintomatici. La febbre è spesso di basso grado: solamente il 32% dei bambini sembra raggiungere una temperatura corporea sopra i $38,0^{\circ}C$.

Nel bambino i sintomi gastrointestinali sembrano abbastanza frequenti e la diarrea è riportata nel 6-15% dei casi a seconda delle casistiche. Sembra inoltre che i bambini siano in grado di eliminare persistentemente il virus per via fecale. In uno studio cinese 8 su 10 bambini con eliminazione fecale del virus risultavano ancora positivi alcuni giorni dopo la negativizzazione della PCR per SARS-CoV-2 su tamponi naso-faringei. Alcuni autori suggeriscono pertanto un monitoraggio da effettuare anche tramite tamponi rettali per valutare la possibile contagiosità del bambino per via fecale.

Un altro possibile quadro clinico sembra essere quello del lattante febbrile in assenza di segni di localizzazione di malattia. Paret e collaboratori in un recente report descrivono 2 casi del genere e suggeriscono, nel contesto di un focolaio epidemico, di effettuare routinariamente tamponi per SARS-CoV-2, in lattanti con febbre, anche in assenza di sintomi respiratori.

In età pediatrica è anche segnalato un caso caratterizzato da congiuntivite isolata. Ciò non stupisce se si considera che in alcune casistiche adulte fino al 32% dei pazienti aveva manifestazioni oculari. Sono stati segnalati anche alcuni casi di miocardite acuta mentre altri tipi di manifestazioni cardiache sono in corso di studio, così come una possibile associazione con la sindrome di Kawasaki. In effetti il virus è in grado di dare manifestazioni vasculitiche, invadere direttamente le cellule endoteliali e causare uno stato trombotico con alterazione dell'assetto coagulativo con diversi meccanismi. Ciò potrebbe rendere ragione sia di una sindrome iper-infiammatoria, ipotizzata recentemente nel bambino da alcuni ricercatori statunitensi sia di possibili manifestazioni cutanee. Vari quadri cutanei descritti includono anche eruzioni diffuse, orticaria e lesioni vescicolari. Nei bambini si è ipotizzato che lesioni acroposte (simili a "geloni") fossero correlate all'infezione da SARS-CoV-2 ma al momento non vi è chiarezza su questo punto. Più rari appaiono in età pediatrica i quadri con interessamento renale sebbene nell'adulto essi siano ben noti essendo il virus sia in grado di interferire con l'omeostasi del sistema renina-angiotensina-aldosterone sia di invadere direttamente i podociti e le cellule dei tubuli renali.

SARS-CoV-2 ha teoricamente capacità neuroinvasiva e a livello autoptico il virus è stato rinvenuto anche nelle cellule cerebrali di individui adulti. Ad oggi è riportato nell'adulto un solo caso di encefalite (con riscontro di PCR per SARS-CoV-2 positiva su liquor cefalorachidiano), un caso di sindrome di Guillain-Barre ed una encefalopatia acuta necrotizzante, associati a infezione da SARS-CoV-2. Tuttavia è possibile che lo spettro di manifestazioni neurologiche sia più ampio. Ad esempio nell'adulto è stato descritto che il virus possa penetrare nel sistema nervoso centrale attraverso il bulbo olfattivo e causare ageusia ed anosmia. Nel bambino l'entità di tali disturbi ad oggi non sono noti.

Infine nell'adulto particolarmente frequenti appaiono quadri di coagulazione vascolare disseminata, sindrome di attivazione macrofagica, quadri simil-settici e di disfunzione multiorgano. Ulteriori dati sono necessari per indagare se e con quale frequenza, seppur rara, tali complicanze si verificano nei pazienti pediatrici. A tal fine saranno utili le analisi relative ai quadri clinici dei pazienti pediatrici deceduti quando verranno diffuse.

Elena Chiappini

Bibliografia

-Castagnoli R. et al. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in Children and Adolescents: A Systematic Review. JAMA Pediatr 2020 Apr 22 [Epub ahead of print]

-Dong Y et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. Pediatrics. 2020 Mar 16. [Epub ahead of print]

-Shen K. et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. World J Pediatr 2020;10

IL FIGLIO DI DONNA SARS-CoV-2 POSITIVA

In un recente documento dell'American Academy of Pediatrics¹, il neonato da madre con infezione sospetta od accertata da SARS-CoV-2 è da ritenersi un soggetto sottoposto ad indagini per infezione. Tale approccio lascia intravedere un atteggiamento prudente rispetto ad un argomento per il quale, allo stato attuale, non sono disponibili molte evidenze scientifiche. Nello specifico, ben poco si sa sulla modalità di parto più idonea per queste donne, su quali possono essere eventuali fattori di rischio perinatale e quanto possano pesare su una eventuale trasmissione dell'infezione dalla madre al figlio, sulla necessità di separare, alla nascita, la madre dal neonato, sul ruolo dell'allattamento al seno come fattore protettivo o favorente l'infezione, su eventuali fattori di rischio postnatali. In tale documento sono stati presentati, in sintesi, i pochi lavori pubblicati relativi al neonato da donna con Covid-19, che, lungi dal poter fornire indicazioni gestionali definite, iniziano, però a descrivere quanto osservato dai medici cinesi, gli unici, sinora, in grado di fornire dati su tale argomento. Si è tentato di assemblare tali dati, ancora esigui anche nella Repubblica Popolare Cinese, per avere un'idea, seppur grossolana, sull'entità del fenomeno e sul peso dei vari fattori di rischio. Nei vari rapporti che verranno riportati il denominatore sarà diverso poiché sono stati presi in considerazione solo le coppie madre-figlio che sono state sottoposte ad accertamenti virologici, per cui le diagnosi di infezione materne sono sempre suffragate dal laboratorio e non poggiano solo sulla clinica, per quanto significativa.



Tab. 1: Pregnancy and maternal factors

PROM	5/26 (19,2%)
Intrauterine Fetal distress	8/26 (30,8%)
Maternal illness	11/26 (42,3%)
Placenta previa	1/26 (3,8%)
Oligohydramnios	1/26 (3,8%)
Polyhydramnios	1/26 (3,8%)
Cesarian section*	24/26 (92,3%)
Preterm labor**	10/26 (38,5%)
Separation at birth	8/26 (30,8%)

Le donne prese in considerazione presentavano segni di malattia nel 42,3% dei casi, fattori di rischio quali placenta previa, oligoidramnios e polidramnios, rispettivamente, nel 3,8% dei casi ed i loro feti hanno manifestato segni di distress intrauterino (decelerazione, liquido amniotico tinto) nel 42,3% dei casi. In 5 casi si è avuta una rottura prematura delle membrane. Il parto è avvenuto quasi sempre mediante taglio cesareo: nei due casi in cui si è svolto per via vaginale i feti, uno a termine, l'altro pretermine (35 sett. EG), avevano un peso appropriato per l'età gestazionale e non hanno manifestato alcun problema neonatale, pur avendo entrambi presentato segni di distress in utero. Nei 10 casi in cui si è avuto un parto pretermine le donne presentavano un quadro di polmonite in atto (6 casi), PROM (3 casi), pre-eclampsia (1 caso), sanguinamento vaginale (1 caso), febbre, tosse e diarrea (1 caso) (tab. 1). Solo in un terzo dei casi (8/26) i neonati sono stati separati dalle madri.

Relativamente ai 22 neonati che sono stati sottoposti a ricerche virologiche, la metà circa (45,5%) ha presentato sintomatologia neonatale caratterizzata per lo più da febbre, tosse, difficoltà respiratoria, ma senza avere, successivamente, decorsi clinici gravati da complicanze, tranne in un caso, in cui si è assistito al decesso poco dopo la nascita: si trattava di un maschio di 34+5 sett EG, con storia materna di sanguinamento vaginale nel terzo trimestre di gravidanza e febbre comparsa tre giorni dopo il parto. Il bambino, di peso appropriato per l'EG e con APGAR I' 8-5' 8, presentava precocemente insufficienza d'organo multipla e CID che lo portava rapidamente all'exitus. Il suo tampone faringeo era negativo per SARS-CoV-2². L'allattamento mediante formula è stato attuato in soli due neonati, mentre non si hanno notizie sul tipo di allattamento utilizzato negli altri. Quattro neonati erano SGA (18,2%), nove hanno presentato anomalie all'esame radiografico del torace, solo due hanno manifestato quadri clinici realmente complicati, caratterizzati da alterazioni della coagulazione, in un caso, come già ricordato, mortali (Tab.2).

Tab. 2: Fattori neonatali

Neonatal illness	10/22 (45,5%)
Neonatal Death	1/22 (4,5%)
Formula feeding	2/22 (9,1%)
SGA	4/22 (18,2%)
Abnormal chest X-ray	9/22 (40,9%)
Complications	2/22 (9,1%)

Tab. 3: MOTHERS		NEWBORNS	
Throat swabs +	26/22 (100%)	Nasopharyngeal swabs -	18/22 (81,8%)
Amniotic fluid -	7/26 (26,9%)	Nasopharyngeal swabs +	4/22 (18,2%)
Placenta -	5/26 (19,2%)	Blood -	11/11 (100%)
Breast milk -	10/26 (38,5%)	Feces -	4/7 (57,1%)
		Feces +	3/7 (42,9%)

Sul versante microbiologico, a fronte della positività dei tamponi orofaringei materni per SARS-CoV-2, solo in quattro neonati è stato evidenziato il virus nel faringe (18,2%), in 3 anche nelle feci. Tutti i tentativi di identificazione del virus effettuati su altri materiali biologici (sangue, placenta, liquido amniotico, latte materno) hanno dato esito negativo (Tab.3).

In una piccola esperienza personale (due neonati da madri Covid-19+) abbiamo avuto la possibilità di identificare il virus in vari materiali biologici di una delle due donne (parto pretermine a 35+5 sett EG), incluso il latte, ma a presentare positività del tampone rino-orofaringeo è stato il figlio dell'altra donna (parto a termine, nessun problema gravidico, non identificato il virus in alcun materiale). In questa occasione il bambino aveva presentato lieve positività delle IgG specifiche nel sangue periferico, che potrebbero avere avuto un ruolo nel decorso postnatale assolutamente asintomatico, nonostante l'evidenza di trasmissione del virus. Il latte materno, seppur somministrato direttamente, non ha avuto sicuramente un ruolo negativo, vista la ripetuta negatività dei test biomolecolari eseguiti 3,4. Da questa breve survey possiamo concludere che non è chiaro se il virus SARS-CoV-2 sia da annoverare fra gli agenti capaci di provocare infezione nel prodotto del concepimento, né se vi sia un ruolo definito di qualcuno fra i diversi fattori perinatali di rischio. È importante continuare la valutazione attenta delle coppie madre-figlio per accumulare dati utili alla definizione di questo particolare aspetto della infezione da SARS-CoV-2.

Piero Valentini, Danilo Buonsenso

Bibliografia

-Karen M. Puopolo, et al. INITIAL GUIDANCE: Management of Infants Born to Mothers with COVID-19. *American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, Section on Neonatal Perinatal Medicine, and Committee on Infectious Diseases*, April 2, 2020.
 Zhu H, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr* 2020;9(1):51-60

RUOLO E INTERPRETAZIONE DELL'ECOGRAFIA POLMONARE IN COVID-19: osservazioni dal Pronto Soccorso adulti di Piacenza nel marzo 2020

L'impiego dell'ecografia toracica nella valutazione e nella gestione dei pazienti con sospetto di Covid-19 (malattia da Coronavirus 2019) segue raccomandazioni che derivano da un consenso tra esperti integrato con la pratica clinica ed ecografica di pazienti osservati finora. Le evidenze sull'argomento sono ancora limitate e derivano dall'impiego dell'ecografia in altre patologie polmonari interstiziali. Le raccomandazioni potranno essere modificate e integrate in base a nuove evidenze acquisite nel tempo futuro. Secondo quanto osservato, l'ecografia toracica è indicata nei pazienti con sospetto Covid-19, con diverse finalità: definizione del percorso del paziente all'interno del triage di pronto soccorso, diagnosi, monitoraggio e valutazione prognostica. Le alterazioni ecografiche tipiche riscontrate nell'interessamento polmonare da COVID-19 sono: artefatti verticali (linee B) multipli (3 o più per campo) o confluenti ("white lung") bilaterali, più frequenti in sede posteriore basale, a distribuzione in genere asimmetrica con presenza di aree di risparmio (patchy pattern); consolidamenti parenchimali periferici con dimensioni variabili e con distribuzione analoga a quella dell'interessamento interstiziale; linea pleurica irregolare e frastagliata. L'ecografia polmonare mostra una sensibilità superiore alla radiografia del torace e i reperti patologici ecografici in Covid-19 riproducono nella distribuzione quanto si osserva alla TC torace, ancora indagine di riferimento per la diagnosi di polmonite da COVID-19. Gli artefatti verticali sono la conseguenza del processo infettivo-infiammatorio a carico dell'interstizio e corrispondono alle opacità a vetro smerigliato della TC torace. L'ecografia toracica, inoltre, dovrebbe essere integrata dall'ecografia cardio-vascolare per la valutazione dello stato volemico e per la ricerca di segni di sovraccarico del ventricolo destro e di altre complicanze osservate in questa patologia, quali pneumotorace, miocardite e malattia trombo-embolica venosa.



Valentina Burzio

Bibliografia:

-Kruisselbrink R et al. A I-AIM (Indication, Acquisition, Interpretation, Medical Decision-making) Framework for Point of Care Lung Ultrasound. *Anesthesiology*. 2017 Sep;127(3):568-582.
 -Peng Q, et al. Findings of lung ultrasonography of novel corona virus pneumonia during the 2019-2020 epidemic. *Intensive Care Med* (2020).
 -Poggiali E et al. Can Lung US Help Critical Care Clinicians in the Early Diagnosis of Novel Coronavirus Pneumonia? *Radiology*. 2020 Mar 13:200847.
 -Soldati G et al. Is there a role for lung ultrasound during the COVID19 pandemic? *J Ultrasound Med*. 2020 Mar 20.
 -Gattinoni L et al. COVID-19 pneumonia: different respiratory treatment for different phenotypes. *Intensive Care Med*. 2020 Apr.
 -Bouhemad B et al. Ultrasound for "lung monitoring" of ventilated patients. *Anesthesiology*. 2015;122(2):437-447.
 -<https://winfocus.org/2020/04/01/lung-ultrasound-in-covid-19-pandemic/>
 -<https://online.bizconfstreaming.com/webcast/mrgj202003.html>
 -https://www.youtube.com/watch?v=aK_dT-DsZgI&t=4s

GESTIONE DEL COVID-19 NELL'AMBULATORIO PEDIATRICO: il punto di vista del Pediatra di Libera Scelta

La mia storia comincia una domenica d'inverno, mentre osservo in TV le forze dell'ordine costituire, intorno all'ospedale di Codogno, un cordone sanitario per impedire l'ingresso e l'uscita di pazienti e personale sanitario. Guardando queste immagini ho pensato che il mio lavoro sarebbe cambiato drasticamente e devo ammettere, ho avuto un senso di smarrimento. Dal lunedì seguente è cominciata la battaglia.

Di seguito ricostruisco i punti centrali di come ho riorganizzato il mio studio e la mia attività, in base alle direttive indicate nei DPCM, nelle Ordinanze Regionali e dalle flow chart create dalla FIMP.

Nella prima fase, ho riorganizzato lo studio nel modo seguente:

- Ho permesso l'accesso alla sala d'attesa in modo contingentato dopo aver effettuato un triage telefonico
- Ho gestito i pazienti con sintomatologia influenzale e link epidemiologico con il Covid-19 da remoto ed effettuato la segnalazione al SISP aziendale. Ho continuato ad occuparmi di tutti gli altri, in studio
- Per i casi segnalati al SISP ho attivato una sorveglianza telefonica per monitorare l'evoluzione clinica
- Ho continuato a svolgere regolarmente i Bilanci di Salute e l'Assistenza Domiciliare

Ho dematerializzato le ricette ed i documenti, inviandoli per mail, per diminuire gli spostamenti e gli accessi allo studio

Il veloce diffondersi dell'epidemia ha necessitato un'ulteriore rapida variazione nell'organizzazione:

- Tutti i pazienti con sintomi simil-influenzali o riconducibili al Covid-19, sono stati gestiti da remoto anche con l'aiuto di videocchiamate
- Ho sospeso tutte le visite procrastinabili (e dove possibile nell'annullare la visita ho effettuato un pseudo-controllo telefonico)
- Ho limitato i Bilanci di Salute ad alcune categorie (nuovi nati, lattanti e casi complessi)
- Ho effettuato Assistenza Domiciliare tramite videocchiamata, con visita domiciliare solo su richiesta della famiglia

L'accesso allo studio è stato consentito esclusivamente ai pazienti con appuntamento, accompagnati da un solo genitore munito di mascherina. Ho provveduto alla disinfezione delle mani in entrata ed alla pulizia delle superfici e degli strumenti utilizzati, dopo la visita. Le visite sono state distanziate di 20 minuti tra di loro.

Piano piano che la situazione sembra migliorare, sto cercando di portare le attività dell'ambulatorio ad una "nuova normalità".

La sfida sanitaria del Covid-19 ha evidenziato punti di forza e punti di debolezza del Sistema.

Gli aspetti positivi:

- dall'inizio dell'epidemia, buona parte dei bambini presenti in Italia, ha potuto contare su un Pediatra da consultare, qualcuno con cui le famiglie avevano già una relazione di fiducia
- grazie alla ramificazione territoriale, i PLS sono stati in grado di mappare la salute dei loro pazienti sul territorio da subito

I genitori sono diventati forzatamente ed improvvisamente protagonisti attivi nella gestione della salute dei loro figli e si sono rivelati piuttosto capaci in questo nuovo ruolo. Sia genitori che pediatri dovrebbero far tesoro di questa nuova esperienza.

La crisi, tuttavia, ha evidenziato anche alcuni aspetti negativi:

- l'indisponibilità di DPI e la mancanza di una loro distribuzione organizzata. I DPI tuttora sono difficili da reperire ed ogni PLS sta provvedendo in modo autonomo a procurarseli,
- Il contatto con i SISP, che sono stati sommersi dalle segnalazioni di sanitari e cittadini, è stato difficoltoso,
- In generale è mancata un'organizzazione omogenea nella risposta all'emergenza ed una rete efficace

Il futuro ci chiede un ulteriore sforzo, capire come riorganizzare l'assistenza ai nostri pazienti, soprattutto nel periodo autunnale che vedrà il riemergere delle sintomatologie febbrili, senza che questo paralizzi nuovamente tutto ciò che non è Covid-19 correlato.

Se mi fosse concesso di scrivere il finale della storia, lo scriverei così: Il PLS non è più isolato in un suo ambulatorio, ma lavora, in degli spazi dedicati, all'interno di una Casa della Salute, con un'equipe di altre figure socio-sanitarie: Infermieri, Psicologi, Assistenti Sociali, Neuropsichiatri, Psicomotricisti, Otetriche. I quali prendono in carico le famiglie del territorio, permettendo alle famiglie stesse di essere parte attiva nel processo di prevenzione e cura. Con una rete così strutturata, credo che le Cure Primarie potrebbero essere più efficienti ed efficaci nel far fronte al Covid-19 ed ad altre ed eventuali sfide sociosanitarie che il futuro ci porrà davanti.

Maria Concetta Carbone



GESTIONE DEL COVID-19 NELL'AMBULATORIO PEDIATRICO: il punto di vista del Pediatra nei servizi del territorio



La mia esperienza di medico e pediatra ai tempi del COVID 19 dall'osservatorio di un servizio di base a bassa soglia, mi ha "costretto" a rimodulare velocemente il mio agire quotidiano.

Mi sono riconvertita come "ufficiale di collegamento" tra il servizio per l'assistenza ai migranti STP-ENI del Distretto e i pazienti, adulti e bambini, che improvvisamente hanno ricevuto l'imput di non uscire di casa se non per cose urgenti; invitati a risolvere le incombenze burocratiche amministrative "on line" senza avere i necessari supporti tecnologici e con le difficoltà linguistiche che la conversazione orale con l'operatore di persona spesso supera.

L'accesso in ambulatorio si è notevolmente ridimensionato e molte difficoltà cliniche e amministrative sono state risolte per telefono nel caso di prescrizioni farmacologiche, peraltro senza ricetta de materializzata trattandosi di STP_ENI (WhatsApp ha fatto miracoli nonostante qualche farmacista riottoso), esami di laboratorio per follow up non dilazionabili e con la mia mediazione rispetto ai servizi amministrativi.

L'incremento dei controlli da parte delle forze dell'ordine ha contribuito ad incrementare l'esclusione sociale di coloro che sono privi di permesso di

soggiorno e la cosa ha pesato soprattutto, a mio modo di vedere, sui migranti che della vita di comunità fanno il cardine quale la comunità senegalese. Ho toccato con mano le disparità sociali che in questo momento sono emerse in tutta la loro drammaticità; una per tutte la mancanza di ausili tecnologici o della connessione internet che ha reso per molti ragazzi estremamente problematico seguire le lezioni a distanza.

Pur tra mille difficoltà molte mamme, se supportate e incoraggiate si sono rivelate attente e capaci di gestire a casa patologie di grado moderato dei bambini.

In occasione delle sporadiche visite effettuate in ambulatorio, nessuna delle quali per sintomi suggestivi di Covid 19, (a tutt'oggi nessun caso di Covid 19 in età pediatrica in Sardegna) ho preso atto che i migranti erano molto informati sulla pandemia e talvolta molto "male informati" su internet e quindi la prescrizione di Fans per dolori osteoarticolari diventava oggetto di lunga contrattazione perché erano a conoscenza delle fakes diffuse sul tema.

Tutti molto preoccupati di quello che accadeva nei paesi di origine perché consapevoli della disparità di assistenza possibile in caso di diffusione massiva con conseguenti stati d'ansia e somatizzazioni.

Contestualmente ho collaborato con il Servizio di Igiene e Sanità' Pubblica per la sorveglianza delle quarantene e degli isolamenti fiduciarci segnalati dai MMG e dai PLS. E' stato interessante farlo perché ha attenuato il senso di frustrazione malcelato per non essere in "prima linea" a fronte del notevole carico di lavoro ospedaliero e al tempo stesso mi ha permesso di spendere la formazione clinica per l'individuazione dei casi da proporre per il tampone, contenere l'ansia dei tanti che avevano le famiglie "smembrate" tra ricoveri, quarantene ed isolamenti vari, tranquillizzare in quei pochi casi pediatrici segnalati e fortunatamente rivelatisi falsi allarmi.

Tra questi due casi di vasculite acroposta non associata ad altri segni e o sintomi in due soggetti giovani (20 e 13 anni) autolimitantesi ; solo in un caso è stato fatto il tampone, per via di un rischio epidemiologico con esito negativo.

Questo lavoro mi ha ulteriormente convinto dell'importanza che la riorganizzazione dei servizi territoriali, armonizzati con la rete ospedaliera , dovrà avere nel ripensare e rimodulare il nostro SSN e non solo nella fase di uscita dalla Pandemia.

Ulteriore fronte passaggio è stato quello di individuare i soggetti, fortunatamente pochi, senza fissa dimora che , con l'aiuto di Associazioni di volontariato, abbiamo raggiunto telefonicamente cercando di capire se sussistessero situazioni di rischio e se fossero in grado di accedere a presidi di primo livello quali le mascherine chirurgiche, i guanti, il gel igienizzante che poi si è provveduto a far recapitare.

Francesca Ena

SARS-COV-2: ALCUNE CONSIDERAZIONI SU COME IL COVID-19 (C19) INFLUENZERÀ IL FUTURO DELLA SALUTE GLOBALE.



I problemi presenti e futuri sollevati dalla pandemia sono tanti. Il primo è rappresentato dal nostro **SSN**, certamente fra i migliori al mondo, che, però, ha mostrato molti limiti, anche perché negli ultimi decenni è stato impoverito dal calo dei finanziamenti con conseguente riduzione del personale sanitario, dei posti letto negli ospedali, del materiale e della strumentazione, e in molte regioni sia a nord che a sud dalla **corruzione**. Decenni di involuzione politica, culturale, civile ed educativa del Paese non si cancellano in breve tempo (Ingresso). Nella presentazione in PDF sono ricordati alcuni dei problemi generali, non solo quelli strettamente medici, che sono o saranno causati dalla pandemia e dal lungo periodo di chiusura e isolamento sociale, qui mi limito ad elencarne qualcuno:

- Grave crisi economico-finanziaria** con ripercussione sulla vita pubblica, sul SSN e sulle singole famiglie.
- Ritardi diagnostici e terapeutici** per altre patologie acute o croniche.
- Possibilità di dover riprendere **le misure di protezione** (distanziamento, parziale isolamento sociale, uso mezzi di protezione e di disinfettanti, sospensione attività lavorative e scolastiche, etc.).
- Le scuole, gli asili per bambini o anziani (RSA) dovranno assicurare una maggiore protezione, con notevole aumento delle spese pubbliche.
- Possibile riduzione della copertura e dell'attività vaccinale** generale.
- Sequele fisiche e psicologiche dei pazienti guariti, specie di quelli con forme di media e severa gravità.**
- Ricerca di nuovi farmaci e di nuova e sempre più sofisticata strumentazione terapeutica.**
- Necessità di continuare a rispettare i diritti umani perché **non c'è salute senza rispetto dei diritti umani e senza eguaglianza, il tutto non senza qualche difficoltà.**

Tutti questi punti interessano direttamente o indirettamente anche i minori e fra questi i più deboli come i bambini disabili, quelli con malattie croniche, i profughi e i migranti.

Il **Comitato ONU sui diritti dell'infanzia** ha messo in guardia contro i gravi effetti fisici, emotivi e psicologici della pandemia C-19 sui minori e invita a proteggerne i diritti, con un decalogo, in realtà 11 punti, vedi pdf. Il documento sottolinea l'importanza del diritto all'istruzione, a un'alimentazione quantitativamente e qualitativamente buona per tutti, alla non discriminazione, sociale, etnica ed economica, al rispetto dei diritti e dell'integrità dei minori specie dei più deboli. Sull'aspetto dei diritti dei minori si è espresso anche un gruppo di pediatri rappresentanti tutta la categoria come i presidenti di alcune società compresa la SIP.

Molte delle conseguenze della pandemia su bambini e adolescenti sono, almeno in parte, dovuti ai prolungati **periodi di isolamento sociale** con chiusura di scuole, impossibilità ad uscire di casa e sospensione dei rapporti sociali con amici e parenti:

-La privazione di attività fisica, sport, giochi all'aria aperta porta a **lungo andare conseguenze psicologiche e cognitive e problemi fisici**

-Può esserci una **ripercussione sull'appetito** con o polifagia e sviluppo di sovrappeso o scarso appetito con dimagrimento. Anche maggiori problemi economici familiari e la **mancanza del pasto a scuola** può determinare una nutrizione insufficiente quantitativa e/o qualitativa nei più disagiati (ricordando che spesso per i più poveri è quello giornaliero più completo e abbondante).

-**Fra le conseguenze psicologiche** e pedagogiche: stress e sindrome da stress posttraumatico, depressione, noia, comparsa o accentuazione di disturbi cognitivi, specie attentivi, e comportamentali quali abulia o iperattività, aggressività. Il lockdown forzato e la paura della pandemia possono rappresentare una forma di **adverse childhood experience** con tutte le sue conseguenze anche a distanza di decenni.

-Possono accentuarsi i problemi scolastici per l'assenza del rapporto diretto insegnante/allievo, per l'impossibilità di applicarsi come a scuola per il disturbo familiare (rumore, affollamento, assenza di un luogo dove studiare) o mancanza di internet etc.

-La privazione della scuola diminuisce la capacità di reagire a situazioni di stress, mentre la presenza fisica di un maestro/guida aumenta le capacità di padronanza delle situazioni, di reazione allo stress e la qualità di vita.

-I bambini con disabilità, o con malattie croniche, i bambini poveri (che raddoppieranno con la crisi post-pandemia), I figli di migranti saranno quelli con maggiori conseguenze fisiche e psicologiche. Nelle prime due categorie sono già stati segnalati in letteratura ritardi diagnostici e aggravamenti, anche con esiti letali, a causa del ritardato accesso alle cure per paura del Covid 19. Nelle altre lo si capisce perché anche di fronte ad una pandemia i poveri pagano il prezzo più alto.

Infine l'attuale interesse quasi totale per il C19 ha messo in secondo piano le preoccupazioni delle persone più "responsabili" per la grave condizione ambientale, senza considerare che lo stesso spillover verso l'uomo di virus come il C19 dipende dalla crisi ambientale. Inoltre la Sars-CoV-2 è stata più letale nelle regioni più inquinate.

Raffaale Viridis

Bibliografia

-WHO Europe report <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>

-At the turn of the tide: human rights and health in 2019. www.thelancet.com Vol 393 January 26, 2019 P.295

-Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH@ World Health Organization 2018

.The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* 2018; 392: 2606

-No public health without migrant health, www.thelancet.com/public-health Vol 3 June 2018, p.e259

-COVID-19's impact on migrant communities. EUROPEAN WEB SITE ON INTEGRATION, MIGRANT INTEGRATION, INFORMATION AND GOOD PRACTICES 14/04/2020

-SX. Zhang et al. Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psych Res* 288 (2020) 112958

-AN. Wilner. How COVID-19 Affects the Brain. *Med Scape*. April 7, 2020

-M Wadman, et al. How does coronavirus kill? Clinician traces a ferocious rampage through the body, from brain to toes - Apr. 17, 2020. *Science Covid-19 reporting*

-How to protect your family's mental health in the face of coronavirus disease (COVID-19). A conversation with adolescent psychology expert Dr. Lisa Damour. Interview by M Rich for Unicef

-G Zandonini | SPI Commentary: Covid-19 Is Paralyzing One of West Africa's Main Resources: Migrants. 9 Aprile 2020.

-J Hopman, et Al., Managing COVID-19 in Low-and Middle-Income Countries. *JAMA Opinion* published online March 16, 2020

-S Boccia et al. What Other Countries Can Learn From Italy. During the COVID-19 Pandemic. *JAMA IntMed*: Published online April 7, 2020

-S Galea et al., The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *Opinion. JAMA IntMed*. Published online April 10, 2020

-AR Rosenberg. Cultivating Deliberate Resilience During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Opinion. JAMA Pediatrics*. Published online April 14, 2020

-M Lazzarin et al., Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020. Published Online April 9, 2020

-M McCartney, The art of medicine: before COVID-19, and after. *Perspective. Lancet* 395 April 18, 2020; 1249

-L Roberts, Pandemic brings mass vaccinations to a halt. Polio, measles, other diseases set to surge as COVID-19 forces suspension of campaigns. *SCIENCE* 10 APRIL 2020 • VOL 368 ISSUE 6487 sciencemag.org

-J Von Braun, S Zamagni: The moment to see the poor. *Science* 368 (6488), 214.

-G Costa, A Schizzerotto: Se la pandemia accentua le disuguaglianze di salute. Lavoce.info 7/04/2020

-Save the Children. Secondo rapporto. Non da soli. Cosa dicono le famiglie, 2020

PARLANDO DI COVID : CONTENUTI EXTRA

ADDIZIONI IN PANDEMIA: UN TEMPO DI CRISTALLO

Nel tempo che ci porta ad insegnare ai nostri bambini e ragazzi parole come Coronavirus e lockdown, a spiegare l'importanza dell'uso delle mascherine, a rispettare il distanziamento sociale (cito testualmente la loro traduzione "*cioè che dobbiamo stare distanti, proprio perché ci vogliamo bene!*") **cosa accade al mondo adottivo?**

La cristallizzazione dei percorsi: Tutto sembra essersi fermato da circa un paio di mesi. Le ultime coppie per l'adozione internazionale sono partite entro la prima settimana di marzo ed hanno affrontato viaggi interminabili per rientrare in Italia,



altre sono ancora bloccate in Paesi stranieri. Alcune coppie impegnate nel percorso nazionale sono state abbinata, ma le frequentazioni non sono partite o il percorso si è fermato prima di conoscere i referenti delle comunità di accoglienza che accolgono i minori. Alcuni abbinamenti, in entrambi i casi, procedono seppur a rilento, per poi fermarsi e ... aspettare.

I sentimenti nell'attesa - L'attesa è una fase delicata, alla quale coppie e bambini/ragazzi non sembrano rassegnarsi, pur rappresentando una tappa irrinunciabile del percorso. **Sembra essere più dolorosa**, in questi giorni, per l'incertezza che stiamo vivendo, per l'impossibilità di porle un limite temporale, un confine che ci possa rassicurare. Così, **noi di ItaliaAdozioni, insieme all'universo di operatori sociali, accogliamo sentimenti come la rabbia, la tristezza e la paura. Lo facciamo sul campo o facendoci aiutare dai canali social o dal sito internet.**

Marco e Cinzia si definiscono arrabbiati: "Dopo anni di tentativi, attesa, lungaggini ai servizi, documenti persi, finalmente toccava a noi e invece ... STOP! Non sappiamo dove sono di preciso, come si chiamano, non abbiamo visto nemmeno una foto!", mentre **Claudia e Roberto disperati:** "il tempo ci è nemica, passa e noi restiamo soli, chiusi in casa con il nostro desiderio nel cuore. L'orologio batte e la validità della nostra domanda scade. Noi diventiamo sempre più grandi, forse meno papabili per un bambino...".

Leon ha paura che la stella che guarda in cielo tutte le notti "non si stacca più e non riesce ad arrivare da me", **Chantal pensa che il giudice l'abbia dimenticata** "perché non vi chiama e non trova i miei nuovi mamma e papà, mi aveva promesso che lo faceva e invece niente!"; **Sara** ha 7 anni, **chiede sempre di tornare a scuola**, perché all'inizio dell'anno non sapeva scrivere e non vuole che i nuovi genitori lo sappiano; invece **Maria** che sta entrando nell'adolescenza, mentre guarda la sorellina Sofia dormire, **piange e non vuole parlare**, ma convinta da un dolcetto notturno ammette "sta diventando sempre più grande, tra poco farò 13 anni e non mi vorranno più. Magari passerà un anno o due prima di liberarci del virus e con me che ci fanno due genitori? Vorranno solo lei...".

Prospettive digitali: Il tornado COVID-19 ha messo di fronte tutti noi, indipendentemente dal ruolo, ad importanti cambiamenti. Gli Enti Autorizzati per le Adozioni Internazionali inviano SOS: senza i contributi delle coppie, come potranno proseguire la loro attività? Chiedono quindi di sbloccare le pratiche, procedere con gli abbinamenti grazie al supporto fornito dalle nuove tecnologie e, con le adeguate misure di sicurezza, poter far di nuovo partitornare le famiglie. Anche nell'Adozione Nazionale, i Tribunali per i Minorenni stanno ipotizzando nuove forme di comunicazione (ad esempio a breve le case famiglia potrebbero partecipare alle udienze tramite videochiamata), sebbene restino i problemi legati alla frequentazione in ambienti comunitari, così attenzionati e controllati negli ultimi tempi.

Somiglianze: In queste giornate scandite da conferenze e telegiornali, è fondamentale per poter andare avanti, fermarci ad osservare quante somiglianze ci siano tra i sentimenti dei minori e quelli delle coppie adottive. Sono distanti, non si conoscono, la loro speranza è messa a dura (anzi durissima!) prova, ma non demordono. È veramente per questo che il nostro arcobaleno con la scritta "andrà tutto bene" resta colorato; nel frattempo noi operatori sociali ci siamo, ascoltiamo entrambi i punti di vista ed accogliamo sentimenti di ogni natura, mentre ci rimbocchiamo le maniche e ci prepariamo: a mettere le mani nelle rotaie di due binari ora paralleli, ma che torneranno ad incrociarsi.

Silvia Bruffa - Volontaria di ItaliaAdozioni

SARS-CoV-2 e popolazione di pelle nera



Nel corso dell'epidemia in Cina un giovane studente Camerunese residente in Cina divenne il primo Africano a contrarre il virus; fu trattato in Cina, e guarì entro poche settimane ⁽¹⁾. Successivamente però vari reports privi di basi concrete sostennero che la costituzione genetica degli africani, o anche la sola presenza di melanina, li rendessero immuni al virus, e si diffusero nonostante alcune figure di rilievo di pelle nera riferissero di averlo contratto ⁽²⁾. Anche in base a queste affermazioni in molti non furono sufficientemente attenti a proteggersi dall'infezione ⁽³⁾, un errore analogo a quello in occasione della comparsa dell'HIV, ritenuto pericoloso solo per i maschi omosessuali.

Il primo caso negli Stati Uniti fu identificato alla fine di gennaio 2020 nello stato di Washington in un maschio rientrato da Wuhan; dalla fine di marzo gli Stati Uniti divennero lo stato con il maggior numero di casi, localizzati prevalentemente nelle città con una maggiore popolazione di pelle nera.

I dati del KFF (*Kaiser Family Foundation*) al 22 maggio 2020 indicavano un totale di 1.598.631 casi di infezione da SARS-CoV-2, con 166.254 ricoveri e 95.847 decessi. I dati sull'etnia dei deceduti sono stati rilasciati per le statistiche da Washington D.C. e da 39 stati, per un totale di 8 casi su 10, e rivelano una profonda disuguaglianza, più drammatica per la popolazione di pelle nera.

I dati dell'APM (*American Public Media*) Research Laboratory a disposizione il 22 maggio indicavano che sono deceduti: **20,7/100.000 di pelle bianca (1:4.700), 22,7/100.000 Asiatici (1:4.300), 22,9/100.000 Latini (1:4.300), 50,3/100.000 di pelle nera (1:2000).**

il che corrisponde ad una percentuale di decessi negli americani di pelle nera 2,2 volte superiore a quella dei Latinoamericani, 2,3 volte superiore a quella degli Asiatici e 2,6 volte superiore a quella dei Bianchi.

Le probabilità di decesso per la popolazione Afroamericana rispetto a quella bianca sono ancora più impressionanti per alcuni stati, ed in particolare: **Kansas: 7 volte superiore**, Missouri, Wisconsin and Washington D.C: **6 volte superiore**, Michigan: **5 volte superiore**, Arkansas, Illinois, Louisiana, New York, Oregon and South Carolina: **3 volte superiore.**

Questi dati sono ancora più impressionanti se si considera il numero di americani di pelle nera, che rappresentano il 13% della popolazione Statunitense, ma che hanno sofferto il 27% dei decessi: se la percentuale di decessi per tutti gli americani fosse stata la stessa registrata nella popolazione di pelle bianca, 10.500 di pelle nera, 1.400 latinoamericani e 300 **americani di origine asiatica** sarebbero ancora vivi. A Chicago (Illinois) addirittura il 72% dei decessi ha colpito la popolazione di pelle nera, che rappresenta il 30% della popolazione.

POSSIBILI CAUSE MEDICHE

In 330 partecipanti al *Severe Asthma Research Program-3* e in 79 controlli sani è stato osservato che l'enzima convertitore dell'angiotensina (*Angiotensin converting enzyme 2*, ACE2) e la proteasi transmembrana serina 2 (*transmembrane protease serine 2*, TMPRSS2), che mediano l'infezione virale delle cellule ospiti, sono maggiormente espressi nei pazienti affetti da asma, nei maschi, negli Afroamericani e con storia di diabete mellito; il trattamento con cortisonici inalatori (ma non con triamcinolone acetone) ne riduce l'espressione ⁽⁴⁾.

Anche il deficit di vitamina D, che è più comune nelle etnie di origine Africana a causa della minore sintesi per la iperpigmentazione cutanea ⁽⁵⁾, può essere un motivo di maggiore frequenza di infezioni da SARS-CoV-2. Uno studio condotto in varie nazioni europee ha osservato una correlazione negativa tra i livelli medi di vitamina D ed il numero di casi e di decessi causati da COVID-19 ⁽⁶⁾. Gli autori suggeriscono che il maggior rischio possa essere correlato alla ridotta espressione di ACE2 per la carenza del calcitriolo

POSSIBILI CAUSE SOCIALI

La maggiore espressione di ACE2 e TMPRSS2, e la maggiore frequenza di deficit di vitamina D potrebbero essere alcuni degli elementi che determinano un peggior decorso delle infezioni da SARS-CoV-2. E' più probabile che la popolazione di pelle nera abbia lavori instabili e che soffra di patologie come asma, diabete, ipertensione, cardiopatie, ma l'elevato numero di affetti di pelle nera è stato soprattutto attribuito, oltre che alla maggiore diffusione del virus nelle città con una numerosa popolazione di pelle nera, a tassi di povertà più elevati, limitati accessi alle strutture sanitarie, maggior numero di dipendenti da industrie che non possono utilizzare il lavoro da casa ⁽⁷⁾, con un conseguente aumento del rischio, la cui sottovalutazione sarebbe una grave imprudenza.

Secondo gli esperti di varie Università (*Rollins School of Public Health at Emory, Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health, the University of Mississippi Medical Center, Georgetown University's O'Neill Institute for National and Global Health Law*) **"le condizioni sociali, il razzismo strutturale ed altri fattori elevano il rischio di infezioni da SARS-CoV-2 e di decessi nelle comunità di pelle nera"**.

Un articolo pubblicato dal New York Times (Sunday Review) il 15 maggio ⁽⁸⁾, che si apre con l'omicidio di un venticinquenne di pelle nera inseguito e ucciso perché dopo essere uscito di casa per una corsa era passato entrato in un quartiere bianco, ricorda come negli Stati Uniti abbiano la mobilità della popolazione di pelle nera sia stata limitata almeno dai tempi della schiavitù e come possa essere considerata come una quarantena senza fine. Ricorda come il movimento eugenetico dell'inizio del ventesimo secolo abbia portato molti medici e scienziati ad attribuire lo stato precario della popolazione di pelle nera ad una inferiorità fisiologica, biologica e morale, piuttosto che a cause strutturali come la povertà ed il razzismo, e come ancora oggi le città statunitensi le chiedano ed anche impongano il peso di lavori fondamentali senza in cambio proteggerla. E questo, secondo l'autore, è stato in aggiunta all'affollamento dei quartieri "neri", uno dei motivi dell'elevato numero di decessi nella popolazione di pelle nera, oltre al rifiuto di ricovero da parte di alcuni ospedali.

ALTRE NAZIONI

I dati dell'*Office for National Statistics* sui decessi per gruppo etnico causati dalla COVID-19 in Inghilterra e Galles per la settimana dal 2 marzo al 10 aprile pubblicati il 7 maggio hanno però osservato che i maschi e le donne di pelle nera hanno una probabilità di decesso 4,2 volte maggiore nei maschi e 4,3 volte maggiore nelle femmine rispetto ai maschi e alle femmine di pelle bianca. Questo rapporto è stato ridotto ad 1,9 dopo aver tenuto conto dell'età, di altre caratteristiche socio-demografiche e di malattie o disabilità autoriferite; risultati simili sono stati riferiti per i gruppi etnici del Bangla Desh e del Pakistan (1,8 volte maggiore per i maschi ed 1,6 volte maggiore per le femmine) dopo aver tenuto conto dell'età e di altre caratteristiche socio-demografiche. Secondo quanto riportato nel sito queste differenze sono in parte un risultato dello svantaggio socio-economico e di altre circostanze (come ad esempio la maggiore probabilità di abitare in città), ma secondo l'*Office for National Statistics* una parte restante delle differenze resta ancora da spiegare.

Agostino Nocerino

Bibliografia

- Vincent D. Coronavirus: a Cameroon student on how he recovered [Internet]. BBC. 2020 [cited 2020 Mar]
- Glanton D. Column: let's stop the spread — of the myth black people are immune to the coronavirus [Internet]. Chicago Tribune. 2020
- Laurencin CT, McClinton A. The COVID-19 Pandemic: a Call to Action to Identify and Address Racial and Ethnic Disparities. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2020 -Jun;7(3):398-402.
- Peters MC, Sajuthi S, Deford P, et al. COVID-19 Related Genes in Sputum Cells in Asthma: Relationship to Demographic Features and Corticosteroids. *Am J Respir Crit Care Med*. 2020 Apr 29.
- Matsuoka LY, Wortsman J, Haddad JG, et al. Racial pigmentation and the cutaneous synthesis of vitamin D. *Arch Dermatol*. 1991;127:536-538.
- Ilie P.C, Stefanescu S, Smith L. The Role of Vitamin D in the Prevention of Coronavirus Disease 2019 Infection and Mortality. *Aging Clin Exp Res* 2020 May 6:1-4.
- Gould E, Shierholz H. Not everybody can work from home: Black and Hispanic workers are much less likely to be able to telework [Internet]. Economic Policy Institute. 2020 [cited 2020 Mar 30].
- Brandt T, Summers. What Black America knows about quarantine. *New York Times*, May 15, 2020

COVID-19: "Pillole" dalla SIMEUP

Con l'esplosione di COVID-19 la SIMEUP (*Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza Pediatrica*) ha aperto nel suo sito (www.simeup.it, ad accesso libero), del quale sono coordinatore, un'area ad accesso libero interamente dedicata alla nuova pandemia, con una serie di materiali scientifici, normativi e di indirizzo.

In nessuna di queste aree è però presente una valutazione della situazione in emergenza dei bambini e dei ragazzi migranti, e sarebbe perciò molto importante una collaborazione tra i due gruppi, per la quale il sito SIMEUP potrebbe aprire un'area dedicata.

Intanto riassumo brevemente il contenuto di alcune delle aree la cui stesura ho coordinato direttamente ed in particolare l'area "Pillole di SARS-CoV-2", nella quale sono al momento presenti queste "pillole di Letteratura"

Studio multicentrico nei Dipartimenti di Emergenza Pediatrica in Italia: Viene riassunto uno studio retro-prospettico coordinato dal Pronto Soccorso Pediatrico Regionale dell'Ospedale Meyer di Firenze (*Coronavirus Infection in Pediatric Emergency Department, CONFIDENCE*) che ha pubblicato i dati preliminari su 100 pazienti di età inferiore ai 18 anni, con un'età mediana di 3,3 anni (molto inferiore a quella della Cina e degli Stati Uniti) ed il 79% di casi sintomatici, prevalentemente con tosse e riduzione dell'appetito, di intensità moderata in 38 e critica in 1. Nel 4% dei casi è stata osservata una saturazione di ossigeno inferiore al 95%, in tutti con evidenza radiografica di coinvolgimento polmonare.

Un modello olistico e immunologico: Riassunto un articolo che propone tale tipo di modello proponendosi di spiegare come il decorso dei primi cruciali 10-15 giorni successivi all'infezione sia legato al bilancio tra la dose cumulativa dell'esposizione virale e l'efficacia della risposta immune innata locale.

Decontaminazione delle mascherine N95: Confronto di quattro metodi di decontaminazione.

Malattia di Kawasaki in corso di pandemia da Covid19: Negli ultimi mesi in molti paesi, come anche in Italia, si sta assistendo ad un anomalo incremento di casi di malattia di Kawasaki, come anche per altre patologie. La correlazione COVID19-malattie infiammatorie multisistemiche confermerebbe l'ipotesi di un trigger virale alla base di esse. In particolare, vi è una crescente preoccupazione che una sindrome infiammatoria correlata a Sars-CoV-2 stia emergendo nei bambini nel Regno Unito. Sono stati riportati casi analoghi anche a Madrid, a Lisbona ed in Italia, in particolare in Lombardia, sempre in aree ad alta endemia Covid19. La particolarità di questi bambini con diagnosi di malattia di Kawasaki è che hanno lamentato dolori addominali importanti e presenza di sangue nelle feci, non tipici di tale malattia.

Piastrinopenie e COVID-19 in età pediatrica: Diversi studi hanno rilevato la presenza di piastrinopenia in una rilevante percentuale di casi di COVID-19, nella maggior parte dei casi non a livelli così bassi da causare sanguinamento clinico. Nonostante varie ipotesi patogenetiche non è chiaro il meccanismo attraverso il quale il coronavirus interferisce con il sistema ematopoietico. In età pediatrica sono però poche le segnalazioni sulla possibilità di alterazioni ematologiche come la piastrinopenia in pazienti affetti da SARS-CoV-2.

Acroischemia e COVID-19: Studi recenti hanno descritto manifestazioni cutanee correlate all'infezione da SARS-CoV-2. Il 29 marzo è stata pubblicata la prima segnalazione di lesioni acro-ischemiche in bambini asintomatici, alla quale è seguita la segnalazione di decine di segnalazioni di casi sovrapponibili, prevalentemente a carico degli adolescenti ma anche dei bambini, localizzate per lo più alle dita dei piedi e, in minor quota, a quelle delle mani. Le manifestazioni dermatologiche sembrano essere una manifestazione tardiva della COVID-19, attribuita a processi immunologici antigene-anticorpo a microtrombosi secondarie al danno endoteliale e a turbe vascolari.

COVID-19: quali implicazioni sulla salute psichica di bambini e adolescenti?: Esperienze traumatiche precoci, come l'attuale esplosione pandemica, possono generare in soggetti in età evolutiva una permanente fragilità psichica. Due studi recenti su bambini/adolescenti in età scolare hanno dimostrato in particolare gli effetti negativi della chiusura delle scuole sulla salute mentale dei bambini. Le routine scolastiche sono importanti meccanismi di adattamento soprattutto per bambini e adolescenti con problematiche psichiche, come disturbi dello spettro autistico o depressione. È perciò importante mantenere un contatto anche con modalità virtuali per garantire un senso di continuità a questi pazienti e compensare il senso di perdita.

Azitromicina - non solo COVID-19. Efficacia nei bambini con insufficienza respiratoria da virus respiratorio sinciziale: Uno studio randomizzato ha studiato l'effetto della somministrazione di alte dosi di azitromicina (20mg/kg/die EV per 3 giorni) sulla riduzione dei livelli di metalloproteinasi 9 (MPP-9) nella matrice nasale ed endotracheale di bambini ricoverati in Terapia Intensiva Pediatrica (TIP) affetti da bronchiolite da virus respiratorio sinciziale (VRS) che necessitavano di ventilazione a pressione positiva. La somministrazione del farmaco è risultata efficace e sicura.

Agostino Nocerino

I DIRITTI DEI BAMBINI AI TEMPI DEL CORONAVIRUS

In Italia come nel mondo la **grave pandemia da Covid-19** ha determinato, oltre a un'emergenza sanitaria senza precedenti, **una crisi sociale** altrettanto grave che ha colpito soprattutto le famiglie più fragili e i loro bambini. Nell'ambito delle misure di prevenzione dell'infezione, situazioni di forte disagio abitativo, di povertà materiale e educativa, di violenza familiare diretta e indiretta, di necessità di supporto assistenziale e altro, pongono molti minori a maggior rischio di essere vittime di un circuito vizioso di disagio socio-economico.

Nel caso della **popolazione minorile migrante**, colpita da questa crisi al pari degli italiani, tale circuito vizioso è aggravato in generale dalle difficoltà linguistiche e dalle differenze culturali che finiscono per favorirne l'esclusione. Inoltre, nello specifico, **l'irregolarità giuridica dei genitori** rappresenta una condizione di maggiore vulnerabilità in quanto comporta la frequente mancata iscrizione al SSN (contrariamente a quanto indicato nel DPCM 2017- Nuovi LEA), che priva i loro figli di un rapporto continuativo con il PLS, anche solo di consulenza telefonica, che permetterebbe una maggior informazione relativa alla prevenzione del contagio e un maggior monitoraggio di eventuale rischio socio-sanitario. Anche i **minori stranieri non accompagnati**, accolti in base alla legge 47/2017, rischiano di veder compromessi i percorsi d'inclusione portati sinora avanti e la loro stessa salute a causa dell'incertezza nella quale si sono trovati, o in cui si troveranno allo scadere del permesso per minore età, o in mancanza delle nomine dei tutori.

Come ben ha evidenziato il **gruppo CRC**, che da ormai vent'anni monitora lo stato di attuazione dei diritti dell'infanzia in Italia, il quadro appena descritto e le misure di prevenzione della cosiddetta Fase I evidenziano una palese e generale mancata tutela dei diritti dei bambini. A quasi trent'anni dalla ratifica della convenzione di New York nel nostro Paese (Legge 27/05/1991, n.176), il minore è ancora considerato come oggetto di



diritto (in qualità di figlio, alunno, eventuale portatore d'infezione ecc.) e **non come titolare di diritti** con la facoltà, ove possibile, di partecipare attivamente ai percorsi istituzionali che riguardano la sua vita.

Nelle varie **Task Force ministeriali di questo periodo di emergenza Covid**, la voce dei ragazzi e delle ragazze non ha avuto uno spazio di ascolto e la richiesta dell'Autorità Garante nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza di inserire un esperto al riguardo nella **Task Force** per la fase 2 è rimasta disattesa.

Le misure di sostegno alle famiglie messe in atto durante l'emergenza (dal "*voucher babysitter*" al congedo parentale straordinario) sono state di tipo individuale ed insufficienti, oltre al fatto che hanno in parte contribuito a perpetuare e peggiorare le condizioni di povertà educativa di molti minorenni che vivono in contesti di fragilità come quelli riportati. Il Decreto Rilancio sembra mancare di una visione d'insieme che permetta di pianificare un'azione strategica per l'infanzia e l'adolescenza, soprattutto con interventi diretti **al potenziamento del sistema educativo e sociale**.

Come indica il Gruppo CRC, è necessario **ri-costruire "patti territoriali"** coordinati tra i diversi stakeholder che lavorano con i minori nel nostro Paese (Servizi Socio Sanitari, Istituzioni educative, Associazionismo, società civile), affinché s'individuino e si "mettano insieme" tutte le risorse umane, professionali, economiche, di opportunità anche logistiche di spazi per dare risposte inclusive e sostenibili ai minori e alle loro famiglie, anche in un'ottica multiculturale. Riguardo quest'ultimo punto, è evidente la necessità di predisporre, nell'ambito delle comunità di migranti, specifici percorsi di prevenzione e tutela che prevedano la diffusione di materiale informativo multilingue, e la creazione di una rete multi-stakeholder di supporto alle famiglie, che garantisca ai loro bambini le misure socio-sanitarie, educative e di sostegno psicologico adottate, nell'emergenza COVID-19, per la maggioranza della popolazione minorile italiana.

Il territorio, mai come ora, **dovrebbe essere investito di responsabilità e di protagonismo** per gestire l'inedito di questa situazione e ritrovare forme nuove di vita sociale³.

Come spesso ci insegnano i bambini con la loro capacità di resilienza, dovremmo trasformare una crisi in un'opportunità di crescita e di miglioramento, facendo della pandemia Covid19 un'occasione per sanare e ricostruire un **welfare equo e inclusivo, che tuteli il superiore interesse**" (art.3 Convenzione di New York) dei minori e il loro diritto a poter partecipare attivamente a quelle che saranno le "*foto importanti*" della storia della loro vita.

Rosalia Maria Da Riol

Bibliografia

DPCM 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (G.U. SG, n. 65 del 18 marzo 2017). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf>
<http://gruppocrc.net/>
<http://gruppocrc.net/editoriale-speciale-covid-19/>
<http://gruppocrc.net/editoriale-speciale-covid-19-n-3-fase-2-per-il-rilancio-del-paese-i-diritti-dell'infanzia-e-dell'adolescenza-come-priorita-dell'agenda-politica/>
<https://italy.iom.int/it/covid-19-brochure-informative>
https://eupha.org/repository/advocacy/MIG_statement_on_COVID19.pdf
https://www.unicef.it/Allegati/Convenzione_diritti_infanzia_1.pdf
https://www.simmweb.it/attachments/article/998/contributo_GdS_Minori_Migranti_SIMM.pdf

RITRATTO DI SCUOLA CON COVID: LA FOTO DI GRUPPO CHE MANCHERÀ

*Come vi abbiamo appena raccontato, in queste settimane abbiamo collaborato con il Gruppo CRC, e le Associazioni e Società Scientifiche che ne sono parte, in relazione all'emergenza Covid-19 sollecitando le istituzioni a porre al centro dell'agenda politica i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Alla luce di tutto ciò, alcuni di noi, facenti parte anche del Gruppo di Studio Minore Migrante della SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, www.simmweb.it), ci siamo fatti promotori di questa iniziativa: una **giornata di salute o un incontro di fine anno per tutti i bambini e ragazzi che concludono un ciclo scolastico** (materna, elementare, media) ... magari per scattare quella foto di gruppo che altrimenti mancherà' ... Il Presidente Alberto Villani, poste in essere le difficoltà organizzative al fine di garantire la sicurezza di tutti (studenti, operatori scolastici, famiglie, trasporti, ecc.), ha comunque inoltrato la proposta al CTS e al Comitato di Esperti del Ministero dell'Istruzione. Il resto lo abbiamo letto sui media e social ...*

21.05.2020

Il dato più drammaticamente certo di questa pandemia è la morte di tante persone anziane appartenenti alla generazione che ha contribuito a costruire il nostro presente; sono morti tantissimi nonni e bisnonni che non potranno trasmettere ai nipoti il patrimonio di memorie ed esperienze che noi, generazione di mezzo, abbiamo avuto la fortuna di ricevere.

Oltre a queste perdite, improvvise e non elaborate, i nostri bambini e ragazzi sono stati privati da un giorno all'altro della presenza fisica dei compagni di scuola e dei loro insegnanti.

Come ha detto il Presidente Mattarella: "*Le scuole chiuse sono una ferita per tutti.*"

Possiamo aggiungere che per molti ragazzi la ferita è più profonda e lascerà delle cicatrici.

I bambini e i ragazzi durante la pandemia sono i soggetti che sono stati considerati di meno perché fortunatamente il virus si è interessato poco di loro e si sono adattati con apparente facilità al lockdown.

E' proprio così? Diverse agenzie che di infanzia si occupano, segnalano che proprio la scuola on line ha messo in evidenza le grossolane differenze di ordine sociale ed economico che caratterizzano i ragazzi italiani; non tutti hanno potuto seguire le lezioni per mancanza dei necessari supporti informatici oppure perché le condizioni abitative non permettevano l'adeguata attenzione durante i collegamenti.

Non dimentichiamo inoltre che molti bambini, e tra questi molti figli di famiglie immigrate, consumavano l'unico pasto completo della giornata proprio a scuola.

Troppi bambini, molti con disabilità psicofisiche, hanno dovuto convivere forzatamente in situazioni a rischio di maltrattamento.

L'entusiasmo per l'attivazione della scuola a distanza non può impedire di considerare che questa è una scuola di "emergenza" ma non è scuola. Ovviamente è auspicabile che ogni buona pratica sperimentata in questa fase venga condivisa così da mettere in connessione i vari territori del paese e favorire il superamento di ogni steccato regionalistico.

Ma la scuola è altro. E' contatto, relazione, scambio, confronto, sperimentazione del senso del limite; tutti elementi indispensabili per la costruzione della personalità.

Sulla base di quanto è dato sapere a tutt'oggi l'autorità ministeriale ha predisposto le modalità per l'esame di terza media e per quello di maturità.

Tutti gli altri bambini dovrebbero rivedersi a settembre salvo quelli che, conclusa la materna, il ciclo delle elementari e la terza media non incontreranno più le loro maestre e insegnanti e i compagni tutti insieme: la loro classe svanirà senza un saluto.

Ogni ciclo della vita deve prevedere una conclusione rituale, la presa d'atto di un ciclo compiuto che renda possibile l'inizio di una nuova esperienza.

Ci chiediamo se, considerate anche le differenti situazioni regionali caratterizzate da bassa prevalenza dell'infezione, sia possibile prevedere per metà Giugno, un incontro di "fine anno" almeno per i ragazzi che concludono il ciclo scolastico, salvaguardando in ogni modo la salute e l'incolumità di tutti ma tenendo sempre presente che la salute dei bambini è fatta di armonico sviluppo fisico e mentale.

NEL FRATTEMPO... UNO SGUARDO SUL MONDO...



Società Italiana di Pediatria

EVENTI FORMATIVI
CORONAVIRUS

Eventi formativi organizzati dalla Società Italiana di Pediatria che mette a disposizione l'expertise dei Gruppi di Studio SIP (GdS) su tematiche inerenti alla gestione delle attività specialistiche connesse all'attuale pandemia di Covid-19.

MercoledìSIP 2020

MERCOLEDÌ	GRUPPI DI STUDIO
27-mag-2020	GdS Iperensione arteriosa e Rischio Cardiovascolare
03-giu-2020	GdS Ecografia Pediatrica
10-giu-2020	GdS Reumatologia
17-giu-2020	Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante
24-giu-2020	GdS Adolescenza
01-lug-2020	GdS Farmacologia Pediatrica
08-lug-2020	GdS per la Qualità delle Cure in Pediatria
15-lug-2020	GdS Cure palliative pediatriche
22-lug-2020	GdS Storia della Pediatria
29-lug-2020	GdS Medicina di Genere in Pediatria

Sarà possibile partecipare in streaming collegandosi al sito www.sip.it e inviare in diretta eventuali domande via e-mail all'indirizzo mercoledisip@gmail.com che troveranno risposta nel corso dell'evento.

Per eventuali problemi tecnici è possibile contattare il numero di telefono 06.48.49.95.51

APPUNTAMENTI..

Vi ricordiamo che, nell'ambito dell'iniziativa "Mercoledì SIP 2020", il 17.06 sarà la volta del nostro gruppo di studio...

Vi segnaliamo il link per scaricare il programma con l'elenco di tutti gli eventi ...

<https://www.biomedica.net/nladmin/upload/2020/327/42ef50f9ae8a35e06023383b55d1b804.jpg>

COME ADERIRE AL GLNBM

L'adesione al GLNBM è subordinata alla iscrizione alla Società Italiana di Pediatria e prevede una quota associativa annua di 20 Euro (si può effettuare il versamento, sul CC Postale 67412643 intestato a SIP).

Possono aderire al GLNBM anche altri operatori socio-sanitari interessati non iscritti alla SIP (medici, infermieri, mediatori culturali, psicologi,...).

Per aderire occorre compilare il modulo di adesione, scaricabile dalla pagina "news" del sito: www.glnbi.org/index/news, ed inviarlo al Segretario del Gruppo: Simona La Placa simonalaplaca@gmail.com e alla segreteria SIP segreteria@sip.it.

I NOSTRI CONTATTI

Segnalaci la necessità di chiarimento o qualche interessante notizia da condividere contattandoci via e-mail o telefono.

Simona La Placa
Ambulatorio Pediatrico Multiculturale
U.O.C. di Neonatologia e TIN - AOUP di Palermo
Tel: 091 6552016 Cell: 328 8105553
Email: simonalaplaca@gmail.com

Giovanni Alighieri
UTIN-Pediatria - A.O. "Card. G. Panico" Tricase (LE)
Tel: 0833-773111 Cell: 338-1630908
Email: giannialighieri@gmail.com

