

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

IL GRAFFIO L'Europa al tempo del coronavirus



C'è un'altra epidemia che avanza, indomabile e mostruosa. L'epidemia degli adolescenti e dei bambini che tentano di togliersi la vita nel famigerato campo profughi di Moria, nell'isola di

Lesbo. Dove sono accalcati più di trentamila rifugiati siriani e afgani scampati alle violenze di Assad e spinti dalla brutalità di Erdoğan, e ora perseguitati dalle squadre fasciste di Alba Dorata e dai militari greci che bruciano gli accampamenti, le strutture assistenziali di emergenza e i rifornimenti alimentari portati dai volontari delle ONG come Medici senza Frontiere. Da lì, dimenticati come sacchi di immondizia tra i sacchi di immondizia, mancanti del minimo per vivere, spesso soli o affettivamente devastati come le loro famiglie, fatti fango dal fango, gli adolescenti, ma anche i bambini, provano a evadere cercando nel suicidio la fine della loro angoscia: i più grandi, più spesso, tentando l'impiccagione; i più piccoli (lo ha fatto un bambino di 9 anni) cercando di fracassarsi la testa contro una roccia o saltando dai dirupi o tagliandosi le vene. L'Europa (quella dei Governi, quella del Parlamento di Bruxelles) umilia gli europei con il suo silenzio e continua a lavarsi le mani pagando per non vedere. Resa ancora più egoista e meschina dal "suo" coronavirus, non si cura del coronavirus e del genocidio dei disperati che, da dentro i suoi confini, le chiedono ospitalità e aiuto. L'Europa, di fatto ora più che mai a immagine e somiglianza di quella invocata da populisti e sovranisti: una misera espressione geografica.

Alessandro Ventura



Screening ecografico della lussazione congenita dell'anca?

Negli ultimi vent'anni ho visto raccomandare praticamente a tutti i neonati un esame ecografico per diagnosticare precocemente un'eventuale lussazione congenita delle anche (DEA); ho visto fare ecografie al terzo, quarto, quinto mese, con tanta buona volontà ma senza alcuna standardizzazione e organizzazione nell'ambito di percorsi ragionati; sembra che le diagnosi tardive e la migrazione sanitaria non siano diminuite.

In compenso ho esperienza di un enorme numero di falsi positivi con tanti bambini sottoposti a 2-3, anche 4, ecografie prima di essere dichiarati "non colpevoli"; a molti è stato proposto qualche trattamento, non so dire quanto appropriato.

Immaginabile la ricaduta in termini di ansia/insicurezza e di intasamento dei Servizi

con abbondante ricorso alla Sanità privata.

Poi ho appreso che a giugno 2019 è stato pubblicato un *Consensus* multidisciplinare (radiologi, chirurghi ortopedici, pediatrici, medici di Medicina generale) sulla DEA, derivato da un incontro di esperti internazionali e fatto proprio in Italia in particolare dalla SIOP ma (si dice) in procinto di essere approvato anche dalle altre società scientifiche, SIP e di essere proposto come vera e propria linea guida (LG).

Viene espresso un forte consenso nel ritenere necessario fare un'ecografia (da eseguire nel rigoroso rispetto della tecnica di Graf) subito dopo la nascita quando si riscontri un esame clinico positivo o la presenza di fattori di rischio e comunque non oltre la sesta settimana di vita per tutta la restante popolazione di neonati.

Uno screening così condotto viene considerato esente da problemi di trattamento eccessivo e a costo conveniente, in quanto

capace di prevenire i problemi tardivi della displasia; a tal proposito sono riportati i dati del Registro Regionale di Implantologia Protesica Ortopedica della Regione Emilia-Romagna secondo il quale la displasia rappresenta la seconda causa di impianto, con un'incidenza del 10,9% fra il 2000 e il 2011.

Unica condizione inderogabile: una standardizzazione assoluta della tecnica, acquisibile con specifici corsi.

Rispetto agli interventi anarchici effettuati finora (privi di precisazione della popolazione bersaglio, dell'età di somministrazione, della standardizzazione di esecuzione, lettura, follow-up, intervento) che hanno portato a un indiscriminato fiorire di falsi positivi senza una riduzione delle diagnosi tardive, forse si tratta davvero di un progresso.

Ma siamo davvero sicuri di poter garantire un intervento equo e sicuro come uno

screening DEVE riuscire a essere, nei tempi in cui praticamente tutti gli organici sanitari sono in grave sofferenza e assicurando quella standardizzazione della tecnica che in questi 20 anni è restata pura utopia?

Pur condividendo la voglia di prevenire ogni limitazione funzionale in qualche modo prevenibile, faccio fatica a convincermi della sostenibilità di un intervento di massa della qualità e nei tempi proposti, e non mancano i dubbi legati all'imperfetta conoscenza della storia naturale della patologia oltre che rispetto alla effettiva priorità dell'intervento in termini di Salute Pubblica.

Il fatto che gli specialisti di settore e diverse Società scientifiche si esprimano in modo così perentorio fa pensare che abbiano ottime motivazioni.

Potrebbe però essere utile, PRIMA di elaborare una LG, che impegna tutti anche dal punto di vista medico-legale, almeno approfondire la conoscenza epidemiologica del problema per avere una stima attendibile della sua entità in modo da confrontarla con la complessità organizzativa che viene richiesta per affrontarlo.

Rosario Cavallo

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)
e-mail: roscavallo58@gmail.com

Si torna a parlare di screening universale ecografico della DEA, che racchiude uno spettro di anomalie anatomiche (anche: displasiche, sublussate, dislocabili e dislocate) caratterizzate da una diversa prevalenza e gravità. Problematica mai risolta, sempre lì, sul tavolo decisionale di ogni neonatologo, pediatria e degli Organi scientifici deputati a estendere (e a cercare di fare applicare) determinate raccomandazioni.

Vorrei ricordare che gli Organismi internazionali (l'American Academy of Pediatrics, AAP, americana, e il National Institute for Health and Care Excellence, NICE, britannico) non consigliano al momento uno screening universale ecografico della DEA, ma semmai basato su determinate condizioni di rischio (la nascita podalica, la familiarità, l'oligoidramnios, la macrosomia, la positività della manovra di Ortolani). Alcuni, tra cui gli estensori della Consensus italiana riferita da Rosario Cavallo per lo screening ecografico universale (Consensus che personalmente non ho trovato pubblicata) ritengono che l'unico rischio oggi, per il trattamento della DEA, sia la mancata diagnosi precoce, che non consentendo di mettere in atto un trattamento semplice quanto efficace, obbliga poi a cure particolarmente aggressive, lunghe e costose, con un risultato mai paragonabile a "restitutio ad integrum".

Non ci resta che richiamare i criteri che dovrebbero consigliare uno screening di po-

polazione (per intenderci come quello dell'udito o del riflesso rosso alla nascita) e che fanno riferimento alla DEA, riportando alcune delle perplessità che tuttora esistono:

- *Non si conosce esattamente l'evoluzione spontanea della patologia (a esclusione dei gradi più gravi).*
- *L'esame ecografico, a causa della sua complessità (esecuzione di valutazione morfologica, angolare, prova dinamica da stress), ha una scarsa riproducibilità inter- e intra-operatore con una alta sensibilità ma bassa specificità.*
- *Uno screening ecografico troppo precoce può determinare una sovrastima della patologia e un significativo, quanto inutile, impiego di risorse per il follow-up. La letteratura è concorde nell'eseguire tale esame tra la sesta e l'ottava settimana di vita, poiché il 96% dei rilievi patologici osservati all'ecografia neonatale si risolve spontaneamente entro le prime sei settimane di vita.*
- *L'esecuzione dell'ecografia universale a tutti i nuovi nati richiederebbe un grande sforzo in termini di costi e soprattutto di personale, attualmente difficilmente attuabile nel contesto della pediatria italiana che, come noto nel quotidiano, vive una carenza grave di risorse professionali. Risorse professionali che, anche se adeguatamente formate (quante sono?), allo stato delle cose potrebbero essere difficilmente dedicate settimanalmente a eseguire lo screening universale della DEA. Parliamo ovviamente di uno screening gratuito, riconosciuto dal Servizio Sanitario Nazionale.*

La raccomandazione pertanto che ci sentiamo di fare anche noi, come giustamente riporta Rosario Cavallo, è quella di riflettere ancora (in merito soprattutto alla applicabilità/trasferibilità dello screening) prima di pensare di rendere questo documento una linea guida (con tutte le implicazioni medicolegali che ne nascerebbero). Ci sono alcune esperienze regionali (come quella ad esempio della Regione Emilia-Romagna) che hanno applicato uno screening ecografico basato sui fattori di rischio che dovrebbero rivedere i propri dati per capire la bontà di una pratica, di certo non infallibile, ma che forse è in grado di ridurre il più possibile un margine di errore che esisterà sempre.

Un'ultima nota: provate a mettere su Google (o qualsiasi motore di ricerca) le parole chiave: "lussazione congenita dell'anca ed ecografia". Quello che viene fuori sono tanti studi medici che consigliano lo screening universale. In questo ambito, come in altri, un possibile conflitto di interessi andrebbe sempre considerato e dichiarato.

Federico Marchetti

Farsi bambino, in modo "consapevole e responsabile"

A proposito di quanto sostenuto nell'editoriale di *Medico e Bambino* di gennaio dal dottor Pedrotti, volevo proporre alcune riflessioni.

Sono simpatiche le Sardine, anche perché, come tutti noi, non sanno bene dove andare a parare. Quindi appunto: "Noi ci siamo, voi dovete...".

Ma se proviamo a guardarci attorno (anche per le Sardine, giovani ormai maturi, sarebbe il caso), possiamo notare un po' di cose...

Il neonato ha diritti che devono essere riconosciuti, il riconoscimento però è richiesto agli adulti, dunque a persone sperabilmente consapevoli e responsabili, che non possono quindi restare senza programmi o progetti, e prima ancora senza idee.

La Politica non può essere razionale *tout court*, la Politica sostiene e difende interessi, che sono diversi per le diverse classi sociali. È un'analisi forse non alla moda, ma credo condivisibile da chi vuole aprire gli occhi su un mondo dove convivono grandi profitti e salari da fame e lavoro precario. Dove la globalizzazione dell'economia e la libera circolazione dei capitali, e la conseguente competizione salariale al ribasso, alimenta la "guerra mondiale fra lavoratori"².

Non mi sembra che le Sardine si interrogino su questi temi, in questo non si distinguono dalla parte politica che sostengono; ma l'assenza di analisi e riflessione non è un pregio, anche se la Senatrice Casellati può compiacersene; come il dottor Pedrotti sa meglio di me, neanche il neonato è tabula rasa, tantomeno può esserlo un "contestatore" di trent'anni.

Il bambino non può essere protagonista se non si mette in discussione l'esistente. Per esempio i tagli alla Sanità pubblica, che tutti i politici negano, noi però li tocchiamo con mano ormai quotidianamente; è molto chiara l'intenzione di sostituire il privato al pubblico in Sanità, con tutto ciò che questo comporta anche in tema di conflitto di interesse (a proposito di una questione spesso affrontata sulle pagine di *Medico e Bambino*). Greta Thunberg, per esempio, e il movimento che lei rappresenta, potranno avere risposte concrete solo se verrà messo in discussione lo scopo attuale della società capitalistica, che non è la salvaguardia dell'ambiente ma il profitto privato.

Il volontariato, l'impegno personale sono encomiabili, e possono motivare le nostre scelte personali, ma non si cambia nulla senza una conoscenza approfondita delle attuali dinamiche politiche ed economiche, e senza rimettere in gioco le pratiche che ne derivano.

Bibliografia

1. Pedrotti D. Sardine come i bambini: "Noi ci siamo, voi dovete...". *Medico e Bambino* 2020; 39(1):7-8.
2. Brancaccio E, Passarella M. L'austerità è di destra: e sta distruggendo l'Europa. Il Saggiatore editore, 2012.

Alberto Neri

Pediatra, Ferrara

e-mail: nerial58@gmail.com

Caro collega,

sono d'accordo con te che le mie considerazioni rasentano l'utopia. "L'esistente" è quello che tu descrivi, visto da destra e da sinistra. Fino a 75 anni fa il mondo politico aveva un solo punto di riferimento, in alto. Da allora la democrazia prevede la presenza di due punti di riferimento, con conservatori a destra e progressisti a sinistra; prevede visioni anche al femminile e il presente che domina sul passato. Questa visione duale provoca confusione e genera pifferai magici.

Greta propone cose vere sull'ambiente e certamente lei "approfondisce le dinamiche politico-economiche". Parla molto, ma molti politici (alcuni più di altri) ribattono con le stesse "parole": anche loro promettono "benessere e felicità", sulla base di un loro "buonsenso"... Viviamo in un mondo babelico, sempre più ricco di parole ambigue.

Greta propone cose vere sull'ambiente e certamente lei "approfondisce le dinamiche politico-economiche". Parla molto, ma molti politici (alcuni più di altri) ribattono con le stesse "parole": anche loro promettono "benessere e felicità", sulla base di un loro "buonsenso"... Viviamo in un mondo babelico, sempre più ricco di parole ambigue.

A me è parso che il "primum movens" delle Sardine era occupare le piazze per bloccare la Politica urlata: loro lavorano e studiano, ma non sono "politici". Fanno capire che chi ha scelto e studiato Politica deve parlare meno e lavorare con altre prospettive. Ed ecco il paragone: il Neonato è il cittadino che non parla, ma ci fa capire, solo con la sua presenza, che lui più che parole vuole fatti, vuole che noi, che abbiamo scelto e studiato Pediatria, gli garantiamo i diritti sottoscritti a livelli mondiale 30 anni fa: vita, salute, famiglia. Per far questo ogni pediatra deve saper "farsi bambino", in modo "consapevole e responsabile": così come i politici debbono sapersi mettere nei panni dei giovani e di chi è privato dei diritti esistenti.

Le Nazioni Unite nell'ultimo trentennio insistono sul fatto che il mondo sostenibile dev'essere "a misura di bambino": il Neonato in particolare, l'essere umano più debole, concreto simbolo del "futuro", è diventato "unità di misura". Solo questo può essere il "Terzo oltre" preconizzato da Bobbio, "al di là e al di sopra dell'attuale mondo duale", come lui scrisse. Per le Nazioni Unite questa non è utopia: "il cambiamento è possibile!" (ONU, 2002).

Dino Pedrotti
Neonatologo, Trento

Espirio forzato manualmente

Vi scrivo per sapere se *Medico e Bambino* ha esperienza, o notizia, di una semplice manovra semeiologica che, nella mia passata lunga esperienza pediatrica, ho pensato e trovato utile per evidenziare forme larvate, o inizialissime, di broncospasmo.

Con il paziente in posizione seduta, colloco la mia mano destra ben aperta sulla parte anteriore del piccolo torace, mentre pongo posteriormente la mia sinistra per auscultare i polmoni con la membrana del fonendoscopio. In precedenza avrò spiegato al piccolo paziente che, al mio comando, dovrà fare una profonda inspirazione, "un respirone lungo lungo", e dopo al "via!", dovrà espirare con forza il getto d'aria, a labbra socchiuse "come per spegnere le candeline della torta". A questo punto, durante l'espirazione forzata, con la mia mano destra esercito una gentile pressione sul davanti del torace per forzare ulteriormente la fuoriuscita dell'aria e ausculto i polmoni alla ricerca di eventuali sibili.

Questa tecnica mi ha permesso più volte di mettere in evidenza forme altrimenti non rilevabili di broncospasmo latente che hanno permesso una precocissima (forse più efficace e meno lunga?) terapia mirata. Naturalmente è necessaria la collaborazione del bambino, per cui la modalità è applicabile all'incirca a partire dei tre anni di vita e nei più piccoli richiede familiarità e fiducia nel medico curante. Può essere utile che il pediatra simuli prima al bimbo la giusta tecnica di respirazione.

Che cosa ne pensate?

Paolo Masile

Pediatra, Cagliari

e-mail: paolomasile@tiscali.it

Quella che descrive è certamente una manovra semeiologica che ben conosco e della quale non potrei fare a meno: l'espirio forzato manualmente. Proprio come sottolinea Lei è una manovra utile e fondamentale per evidenziare il lieve broncospasmo dei bambini dell'età prescolare dai quali, oltre tutto, sarebbe impossibile ottenere una spirometria attendibile. Quindi non solo la conosco bene, ma l'ho portata come "trucco del mestiere" a molti corsi di aggiornamento per i pediatri di famiglia. Aggiungerei anche che è una manovra che può essere, e va, utilizzata con identico risultato anche nei bambini più piccoli, o piccolissimi (in braccio alla mamma), perché non serve alcuna collaborazione da parte del bambino: stessa manovra, stessa posizione delle mani, ma aspettando di esercitare la pressione nel momento che il bambino inizia la fase espiratoria.

Nella Figura è facile dedurre, dalla mia età di allora, da quanto tempo pratico questa manovra e anche come deve essere tenuto il fonendoscopio nella mano, che deve rimanere aperta per poter comprimere gentilmente tra le due mani il torace (che più piccolo è il bambino più facile è da comprimere): la manovra dell'espirio forzato manualmente, appunto.

La Sua lettera mi ha fatto molto piacere, sia perché ritengo questa manovra irrinunciabile e fondamentale per il pediatra (la insegno abitualmente a tutti i nostri specializzandi); ma anche perché mi dà l'occasione di ricordare che questa manovra a me (e forse anche a Lei considerata la sua "lunga esperienza") è stata insegnata dalla compianta professoressa Luisa Businco, che per molti di noi è stata in quegli anni riferimento e maestra di insegnamenti per tutti.

Giorgio Longo

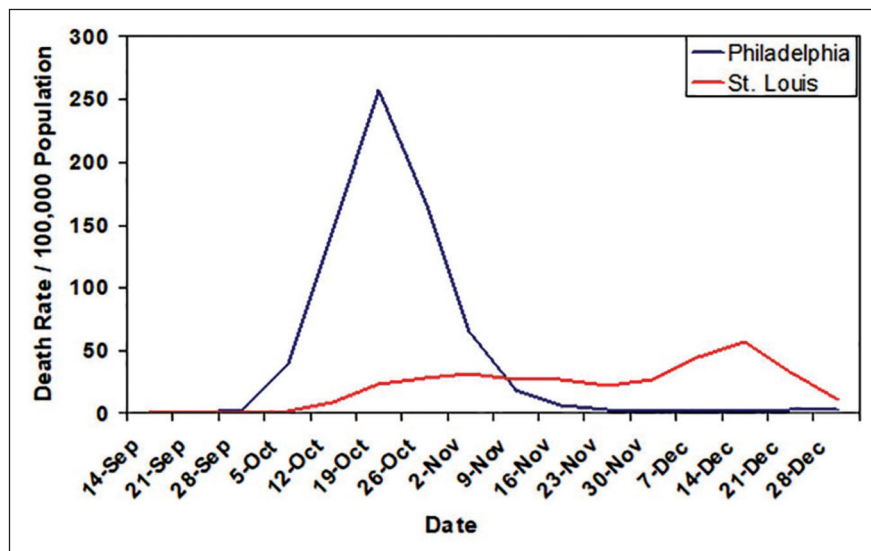


Figura 1. Andamento della mortalità per influenza spagnola nel 1918 nelle città di St. Louis e Filadelfia a confronto. Da: PNAS 2007;104(18):7582-7, modificata.

SE IL CORONAVIRUS ARRIVA IN AMERICA Perché è importante ricordare il 1918?

È il 15 marzo, e mentre l'Italia è al centro della pandemia che ancora non accenna a frenare (+3233 casi di infezioni e +348 morti da ieri), gli Stati Uniti sembrano essere solo all'inizio.

Sul *New York Times*, Sheri Fink, giornalista e medico, due volte premio Pulitzer per i suoi *reportage* durante l'uragano Katrina e l'epidemia di Ebola in Africa occidentale, racconta con quali previsioni l'America si prepara ad affrontare l'epidemia di coronavirus. Che cosa dicono gli esperti? E perché è importante ricordare il 1918?

Prendendo in considerazione diverse variabili tra cui la trasmissibilità del virus e la

gravità della malattia, gli esperti di predizione delle epidemie del *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) hanno formulato quattro possibili scenari. Considerando tutti e quattro gli scenari, il numero di casi di infezione potrebbe essere compreso tra 160 e 214 milioni; i morti potrebbero essere tra 200.000 e 1,7 milioni mentre le persone che potrebbero avere bisogno di assistenza ospedaliera potrebbero essere da 2,4 milioni a 21 milioni. Come nella nostra esperienza e nell'esperienza cinese, si tratta naturalmente di numeri che metterebbero in crisi l'intero sistema sanitario americano il quale dispone di 925.000 posti letto, il 10% dei quali sono posti di Terapia Intensiva.

Queste previsioni però potrebbero essere eccessivamente pessimistiche perché i presupposti su cui si basano non sono più validi nel momento in cui le persone inizia-

no a modificare il loro comportamento. In altre parole i numeri definitivi potrebbero dipendere in larga misura dai provvedimenti che saranno messi in atto per rallentare la trasmissione dell'infezione.

Questa tesi, oltre che da diversi esperti, è sostenuta dalla Storia. Il dottor Mecher e altri ricercatori che hanno studiato i decessi negli Stati Uniti durante la pandemia di influenza spagnola del 1918 (in totale all'incirca 675.000), hanno messo a confronto diverse città americane, tra cui Filadelfia e Saint Louis, all'epoca rispettivamente la terza e la quarta città più grande degli Stati Uniti. Nell'ottobre del 1918, un chirurgo generale, il dottor Rupert Blue, lanciò l'allarme e sollecitò le Autorità locali con queste parole: "Se la vostra comunità è minacciata dall'epidemia chiudete tutti i luoghi pubblici di aggregazione... Non c'è possibilità di varare un'ordinanza di chiusura a livello nazionale poiché questa faccenda riguarda le singole comunità". A questo ammonimento, il sindaco di Saint Louis rispose subito e in modo drastico chiudendo tutti i locali pubblici e vietando qualsiasi forma di assembramento anche all'aperto. Quell'autunno a Saint Louis il tasso di mortalità per influenza aumentò ma si mantenne relativamente basso e costante. A Filadelfia le cose andarono invece in modo differente. Lì l'epidemia era iniziata prima che il dottor Blue lanciasse l'allarme e le Autorità locali non presero alcuna misura. Il tasso di mortalità balzò alle stelle. La rapidità e dalla letalità della pandemia misero in ginocchio il sistema. Le conclusioni sono lasciate alle parole del dottor Mecher: "Come nel caso di un uragano in arrivo devi mettere in pratica misure potenzialmente dirompenti mentre ancora il sole è alto e soffia solo una leggera brezza".

Sara Lega

UNA POESIA AL TEMPO DEL CORONAVIRUS
(In the time of pandemic. Kitty O' Meara, 16 marzo 2020)

*E la gente rimase a casa
E lesse libri e ascoltò
E si riposò e fece esercizi
E fece arte e giocò
E imparò nuovi modi di essere
E si fermò*

*E ascoltò più in profondità
Qualcuno meditava
Qualcuno pregava
Qualcuno ballava
Qualcuno incontrò la propria ombra
E la gente cominciò a pensare in modo differente
E la gente guarì.*

*E nell'assenza di gente che viveva
In modi ignoranti
Pericolosi
Senza senso e senza cuore,
Anche la Terra cominciò a guarire*

*E quando il pericolo finì
E la gente si ritrovò
Si addolorarono per i morti
E fecero nuove scelte
E sognarono nuove visioni
E crearono nuovi modi di vivere
E guarirono completamente la Terra
Così come erano guariti loro.*