

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.

CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ SPORTIVA AL TEMPO DEL COVID

In materia di certificazione sportiva ci sono delle novità legate alla pandemia da SARS-CoV-2. Medici sportivi, pediatri di famiglia, genitori e atleti hanno già avuto modo di incorrere nelle difficoltà e incongruenze delle ultime linee guida. Porto un caso esemplificativo. Si tratta di Andrea, 11 anni. Nell'aprile 2020 lui e la sua famiglia, tra i primi nella mia zona, sono stati in quarantena perché tutti quanti positivi al tampone nasofaringeo per SARS-CoV-2. In famiglia nessuno, eccetto la nonna, ha manifestato sintomi. Durante l'estate il bambino ha ripreso le sue normali attività, compresa la danza sportiva. In novembre, al momento del rinnovo del certificato sportivo, il medico ha richiesto una lunga lista di esami e approfondimenti (la leggete più avanti), anche discretamente invasivi, senza i quali sosteneva che non avrebbe rilasciato l'idoneità. Di cosa stiamo parlando?

Si tratta delle linee guida emanate a maggio scorso dall'Ufficio per lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri, da cui è stato partorito un protocollo della FMSI (Federazione Medici Sportivi Italiani) e più recentemente una circolare del Ministero della Salute (gennaio 2021).

Nello specifico, protocolli e circolari sono disponibili al link www.fmsi.it/it/archivio/archivio-news/435-linee-guida-ripresa-allenamenti.html e indicano per i soggetti con infezione accertata e guarita una serie di esami di approfondimento. Si rivolge quindi a chiunque abbia avuto un tampone nasofaringeo positivo per SARS-CoV-2, con o senza sintomi, e a soggetti che abbiano avuto sintomi compatibili seppur con tampone negativo (e cioè, "a titolo non esaustivo", temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia). Sulla base, poi, della classificazione NIH¹ degli stadi clinici di malattia, i soggetti vengono suddivisi in

categorie: malattia "asintomatica, presintomatica o lieve", malattia "moderata" e malattia "severa o critica".

La lista completa degli accertamenti che possono essere richiesti in base alla categoria viene riportata di seguito:

1. test da sforzo massimale con valutazione polmonare (test cardio-polmonare) e saturazione di ossigeno a riposo, durante e dopo sforzo;
2. ecocardiogramma colorDoppler;
3. ECG Holter 24 ore, inclusivo di una seduta di allenamento o di sforzo;
4. esame spirometrico completo (FVC, VC, MVV);
5. esami ematochimici (emocromo, ALT/AST, gamma GT, creatinemia, CPK isotipi, troponina, LDH, PT/PTT, INR, elettroforesi proteica, D-dimero, PCR, ferritina, IL-6, esame urine completo);
6. radiologia polmonare: TC (consigliabile e a giudizio del medico responsabile sanitario);
7. nulla osta infettivologico alla ripresa (per gli atleti Covid-positivi).

La letteratura ci dice che l'infezione da SARS-CoV-2 nei bambini è più spesso asintomatica rispetto a quanto avvenga negli adulti, i sintomi sono più lievi, meno frequentemente richiedono un ricovero ospedaliero o terapie specifiche anche a domicilio e la prognosi è migliore. Sappiamo anche che i sintomi gastrointestinali sono più frequenti. Inoltre, nei bambini ricoverati per Covid, la TC polmonare mostra meno alterazioni rispetto all'*imaging* dell'adulto^{2,3}. Anche nei casi di MISC (la sindrome infiammatoria multisistemica associata a SARS-CoV-2), la forma più grave di Covid nei bambini, la prognosi sembra favorevole e senza sequele⁴. Nei bambini con Covid che richiedono ospedalizzazione, l'esame di *radioimaging* più frequente è la Rx torace, che spesso è negativa. Più raramente questi bambi-

ni vengono sottoposti a risonanza magnetica polmonare, specie i casi di MISC. È infrequente che venga eseguita una TC polmonare⁵. Peraltro, diversamente che nella malattia acuta, nel follow-up non sarebbe la TC l'esame radiologico più indicato per lo studio della funzione polmonare, poiché mentre vede bene eventuali alterazioni strutturali, dice poco sulla funzione di scambio dei gas a livello alveolare, possibilmente ridotta nei pazienti (adulti, non ci sono casi pediatrici riportati in letteratura) che manifestino dispnea a distanza di tempo dall'infezione Covid⁶.

In sostanza, non sembra esserci l'evidenza scientifica della necessità degli approfondimenti richiesti dal protocollo nei bambini, nemmeno in quelli che sono stati sintomatici. Per quanto riguarda la TC polmonare in particolare, questo è un esame altamente irradiante che, in assenza di un'indicazione clinica basata sull'evidenza, non possiamo prescrivere ai nostri pazienti. In generale, poi, si tratterebbe di intasare il sistema delle prenotazioni con il rischio di ritardare indagini utili per qualcun altro e, non da ultimo, ritardando per l'atleta la possibilità di fare sport.

Nelle linee guida è previsto esplicitamente un costante aggiornamento, ma fino a ora la parte riguardante i requisiti per la certificazione di idoneità allo sport agonistico non sembra tener conto della letteratura scientifica disponibile.

Considerando quindi che le indicazioni presenti sul protocollo non sono basate sull'evidenza scientifica, che i medici di famiglia (pediatri, medici di Medicina generale) hanno un ruolo nel tutelare la salute dei loro pazienti e nel programmare e modulare il flusso delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario e, anche, considerata la necessità di promuovere lo sport specie in età giovanile, è opportuno che il pro-

to collo venga modificato tenendo conto delle evidenze mediche disponibili.

Volete sapere com'è andato a finire il caso di Andrea? Hanno cambiato medico sportivo, ne hanno trovato uno che richiedeva "un po' meno esami", e hanno risolto così. Ho ricevuto con un brivido questa soluzione - che crea vie collaterali del tutto a discrezione del singolo medico sportivo, improvvisate, dispendiose per tempo e denaro, ma che spesso diventano poi una modalità riconosciuta, la "normalità". Un *déjà vu* di come il nostro Sistema Sanitario può non essere sistema, e può mal funzionare.

Bibliografia

1. Covid-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>.
2. Mansourian M, Ghandi Y, Habibi D, Mehrabi S. Covid-19 infection in children: a systematic review and meta-analysis of clinical features and laboratory findings. *Arch Pediatr* 2021 Jan 9 [Epub ahead of print]. DOI: 10.1016/j.arcped.2020.12.008.
3. Wang F, Lai CX, Huang PY, et al. Comparison of clinical characteristics and outcomes of pediatric and adult patients with coronavirus disease 2019 in Shenzhen, China. *Biomed Environ Sci* 2020;33(12):906-915. DOI: 10.3967/bes.2020.124.
4. Kwak JH, Lee SY, Choi JW; Korean Society of Kawasaki Disease. Clinical features, diagnosis, and outcomes of multisystem inflammatory syndrome in children associated with coronavirus disease 2019. *Clin Exp Pediatr* 2020 Dec 30 [Epub ahead of print]. DOI: 10.3345/cep.2020.01900.
5. Biko DM, Ramirez-Suarez KI, Barrera CA, et al. Imaging of children with Covid-19: experience from a tertiary children's hospital in the United States. *Pediatr Radiol* 2020 Sep 18 [Epub ahead of print]. DOI: 10.1007/s00247-020-04830-x.
6. Li H, Zhao X, Wang Y, et al. Damaged lung gas-exchange function of discharged Covid-19 patients detected by hyperpolarized ¹²⁹Xe MRI. *Sci Adv* 2021;7(1):eabc8180. DOI: 10.1126/sciadv.abc8180.

Giovanna Ventura

Pediatra di famiglia, Cervignano (Udine)
gioviventura@gmail.com

Sono una pediatra ospedaliera e vi scrivo perché ho l'urgenza di confrontarmi. Il tema è piccolo ma attuale.

Nell'arco di poche settimane le So-

cietà sportive di cui fanno parte i miei figli (6 e 9 anni) mi propongono di far fare una visita medica sportiva agonistica a pagamento al fine di farli risultare atleti agonisti. Questo, mi spiegano, permetterebbe loro la ripresa dell'attività sportiva, che attualmente è bloccata per gli atleti non agonisti in seguito al DPCM del 3 dicembre 2020 (art. 1, comma 10, lett. E. Tabella di riferimento età attività sportiva della Federazione Italiana di Medicina Sportiva). Mi viene dato il contatto di un Centro di Medicina sportiva che esegue visite mediche sportive agonistiche (B1) anche ai bambini di età inferiore agli 8 anni (!), con cui la Società ha stipulato un accordo per avere una tariffa agevolata.

Premesso che penso che sarebbe d'obbligo permettere la ripresa delle attività sportive (anche non agonistiche) dei bambini e soprattutto la frequenza scolastica dei ragazzi delle superiori, trovo che questo modo di "aggrare l'ostacolo" sia diseducativo nei confronti dei bambini/ragazzi e che rischi di creare in breve ulteriori disuguaglianze tra i bambini.

Quale messaggio diamo come adulti ai nostri bambini? Che le regole vengono fatte per essere aggirate? Educare al rispetto delle regole è un insegnamento fondamentale che passa anche attraverso i nostri comportamenti e i nostri bambini ci guardano tutti i giorni.

Inoltre mi chiedo se sia corretto dal punto di vista giuridico: posso considerare agonista un bambino di 6 anni? A fronte di regolamenti di Federazioni affiliate CONI che stabiliscono agonismo per bambini > 8 anni o > 10 a seconda dello sport, il certificato che valenza ha dal punto di vista medico legale?

Certo, alle volte le norme possono essere inadeguate, ingiuste, errate. Lo so, bisogna usare la testa, analizzare, criticare, scegliere e non nascondersi dietro a una norma.

Tuttavia la strategia di aggiramento della norma appare ai miei occhi come l'ennesima espressione dell'interesse individuale che prevale su quello collettivo.

Nella nostra società civile le norme possono essere contestate, ma allora bisogna saperci mettere la faccia e

scendere in piazza: le Federazioni, il CONI con i loro innumerevoli e prestigiosi rappresentanti. Bisogna saper fare la rivoluzione, se serve. Così insegneremo ai bambini anche l'arte del confronto, che presuppone preparazione, dialettica e capacità di ascolto. E cambieremo le norme.

Indipendentemente dalla mia scelta individuale, avrei voglia di denunciare, di richiamare all'ordine, di ritrovare il valore dei principi. L'isolamento mi fa ammatire? Sono eccessivamente rigida? Sono anacronistica?

Sarò felice di leggere le vostre opinioni.

Paola Pascolo

Pediatria, Monfalcone (Gorizia)
paolapascolo@gmail.com

Le due lettere, pur diverse nei contenuti, mettono ancora una volta il dito nella piaga delle "certificazioni" per l'idoneità sportiva in età pediatrica, che per le sue tante incongruenze e assurdità finisce per danneggiarne la stessa credibilità del sistema. Due lettere perfette che non hanno bisogno di commenti; importanti perché toccano un problema di estrema attualità: quello della riammissione e idoneità alle attività sportive dei soggetti con pregressa infezione da Covid che stupisce sia rimasto latitante per un tempo così lungo.

Giovanna Ventura ci spiega con chiarezza e con la forza delle evidenze scientifiche l'assurdità di sottoporre a esami complessi, costosi e potenzialmente dannosi anche chi sia stato paucisintomatico, o semplicemente positivo asintomatico al Covid. E sappiamo bene che in età pediatrica questo andamento favorevole rappresenta l'espressione più comune dell'infezione, non certo una rarità. Stupisce in particolare che le recenti raccomandazioni ministeriali (gennaio 2021) siano state riproposte senza sostanziali modifiche rispetto al documento di riferimento elaborato dalla Federazione Medico Sportiva Italiana nel maggio 2020. Nel protocollo della FMSI a sostegno dell'opportunità e razionalità di indagini invasive (compresa la TC polmonare) veniva citata una sola pubblicazione scientifica nella quale viene esposta l'ipotesi che la diffusione dell'infezione da Covid dalle al-

te alle basse vie aeree viene fortemente favorito dall'iperventilazione prodotta durante gli sport a maggiore impegno fisico che, shuntando le vie aeree superiori, trasporta una grossa carica virale nel profondo di polmonalveoli. Da questo il consiglio della FMSI di evitare preventivamente le attività sportive più impegnative e la raccomandazione di prudenza con l'invito a eseguire accertamenti strumentali più approfonditi prima di attestare l'idoneità, o il ritorno all'attività sportiva. Peccato che si sia trattato di una ipotesi smentita dai fatti; basti pensare alla venialità dell'infezione da Covid negli atleti professionisti a massima attività fisica (calciatori) e al loro rapidissimo e completo recupero.

Non dobbiamo però dimenticare che il protocollo FMSI è stato redatto a maggio del 2020, quando la letteratura specifica era ancora povera ed eravamo tutti molto carenti di esperienze e competenze scientifiche. Ricordo che allora la stessa mascherina chirurgica veniva imputata di favorire l'infezione polmonare nell'ipotesi che ci facesse respirare l'aria appena espirata piena di virus provenienti dal nostro stesso rinofaringe. Un passo avanti ci saremmo invece aspettati dalla circolare del Ministero della Salute di poche settimane fa², anche perché nel documento viene esplicitamente dichiarato che: "le evidenze

scientifiche sono in continua evoluzione, ed è possibile che le presenti raccomandazioni richiedano successivi aggiornamenti o integrazioni".

Ci preme a riguardo segnalare che, a proposito di evidenze, su questo tema c'era già stata una presa di posizione chiara e ben fondata scientificamente dell'American College of Cardiology nel mese di giugno 2020³ che sottolineava che i bambini sono molto diversi dagli adulti e che non ha senso sottoporli agli stessi esami e screening cardiologici (e di altro tipo) prima di farli tornare all'attività sportiva (al gioco sportivo), fermo restando il riscontro del loro benessere e stato di salute a un semplice controllo clinico. Stiamo parlando dei casi con infezione da Covid asintomatici o paucisintomatici (la stragrande maggioranza!).

Mi sembra che sia il caso di affrettarsi. Non dimentichiamo, a questo proposito, anche quanto opportunamente segnalato nelle due lettere: il problema dell'intasamento che questi inutili accertamenti comporterebbero al Sistema sanitario già in crisi per le limitazioni richieste dalla pandemia. Solo per fare un esempio, la spirometria, in quanto considerato esame ad alto rischio di contagio, non viene più eseguita nella routine dalla gran parte delle Pneumologie su tutto il territorio nazionale.

In conclusione ritengo sia urgente che dalla Società Italiana di Pediatria, in particolare dalla sua presidenza, venga data la correzione di rotta che, con la forza delle evidenze scientifiche, riporti la normativa attuale alla ragione, evitando che la latitanza di indicazioni sensate possa favorire comportamenti assurdi e devastanti come il "si salvi chi può", dove ognuno decide di fare, o non fare, da solo in attesa che venga cambiata la normativa.

Bigliografia

1. Matricardi PM, Dal Negro RW, Nisini R. The first, holistic immunological model of Covid-19: implications for prevention, diagnosis, and public health measures. *Pediatr Allergy Immunol* 2020;31(5):454-70. DOI: 10.1111/pai.13271.
2. Circolare Ministero della Salute, 13 gennaio 2021. Idoneità sportiva agonistica in atleti non professionisti Covid-19 positivi guariti e in atleti con sintomi suggestivi per Covid-19 in assenza di diagnosi da SARS-CoV-2.
3. Dean PN, Burns Jackson L, Paridon SM. Returning to play after coronavirus infection: pediatric cardiologists' perspective. *American College of Cardiology* 2020 Jul 14.

Giorgio Longo