

IL COMMENTO

**GLI EFFETTI AVVERSI DEL COVID-19 IN ETÀ PEDIATRICA:
LA PANDEMIA SECONDARIA**

Federico Marchetti

UOC di Pediatria e Neonatologia, Ospedale di Ravenna, AUSL della Romagna

Indirizzo per corrispondenza: federico.marchetti@auslromagna.it

**THE ADVERSE EFFECTS OF COVID-19
IN CHILDREN: THE SECONDARY
PANDEMIC**

Key words

Covid-19 pandemic, Children, Health, Delayed diagnosis

Abstract

The Covid-19 pandemic has been shown to be much milder as to its clinical manifestations in infants and children than in adults. However, because of their isolation, children are having documented risks that we are getting used to calling Covid-19 side effects or secondary pandemic: from delays in diagnosing some clinically relevant diseases, to educational deprivation, to the care needs of certain categories of fragile children with social and health needs that have interrupted their care project. The deep risk that is being run is that of a passive adaptation that contradicts the very essence of a perspective of well-being and health (at various levels) in childhood.

Actions for a concrete safeguard perspective should start now. The States-General for children should be proposed. The agenda should work for priority questions and objectives to be answered.

Le riflessioni di questo commento nascono da alcune lettere ed editoriali pubblicati nelle ultime due settimane sul *BMJ* e che riguardano gli effetti negativi da Covid-19, oltre quelli oramai noti legati all'infezione, nella donna in gravidanza, nel neonato e nel bambino-adolescente. Stiamo parlando di quelle situazioni che si sono create come conseguenza della pandemia e che ci stiamo abituando a chiamare "effetti collaterali" (o appunto pandemia secondaria), che hanno avuto e stanno avendo (e probabilmente avranno molto in futuro) un diverso impatto sulla salute delle persone che come pediatri "assistiamo". Ne sono descritti tanti, ne abbiamo parlato tempestivamente anche su *Medico e Bambino*: dai ritardi nell'accesso alla cura per altre patologie non legate all'infezione da Covid-19^{1,2}, alla chiusura di tutti i luoghi educativi e scolastici con i danni certi che ne derivano³⁻⁶, alla mancata assistenza del-

le categorie più fragili e per diverse ragioni^{7,8}, alle conseguenze psicologiche del *lockdown*⁹. Come pediatri, neonatologi, neuropsichiatri, psicologi, infermieri, tutto questo ci riguarda profondamente, nel nostro mestiere di "assistenza", se a questa parola diamo il significato pertinente che dovrebbe avere: come intransitivo, *essere presente*; come transitivo, *stare vicino a qualcuno per aiutarlo, accudirlo* (dal latino *assistere*, "stare vicino", composto di *ad-*, "presso", e *sistere*, "fermarsi, stare").

**LA DONNA IN GRAVIDANZA
E LA NASCITA**

Un gruppo di ostetrici, neonatologi ed esperti di etica olandesi ci ricorda che molte Società ostetriche e neonatali hanno rapidamente preparato linee guida per Covid-19 sulla base dei dati disponibili¹⁰. In Italia la Società Italiana di Neonatologia è stata tra le più tempestive, con raccomandazioni molto ragionevoli¹¹. Tuttavia, dicono gli Autori, la pandemia di Covid-19 potrà avere diverse conseguenze¹⁰. Le donne in gravidanza sono ora più titubanti a farsi visitare in ospedale o nei consultori in quanto percepiscono un aumentato rischio di infezione. Questo può avere delle conseguenze dannose in particolare in merito all'età gestazionale in cui deve essere eseguita la valutazione. Durante l'ecografia alle donne non è permesso di essere accompagnate dal compagno o da altre persone. L'ecografia morfologica fetale è una valutazione chiave della gravidanza e il ritardo nell'esecuzione può avere delle conseguenze non favorevoli. L'ecografia morfologica è fondamentale per l'autonomia riproduttiva delle donne. La scelta informata se continuare o interrompere una gravidanza dipende fortemente dalla tempestiva opportunità di avere e interpretare l'ecografia morfologica.

Nonostante la nascita sia percepita come uno degli eventi più importanti della vita, in alcuni ospedali non è consentito ai *partner* di essere presenti durante il travaglio e al momento della nascita. In molti ospedali solo una persona al giorno può visitare un bambino in Terapia Intensiva Neonatale, il che potrebbe avere delle conseguenze sull'attaccamento genitoriale, complicità psicosociali dei genitori e depressione materna¹².

Dopo la dimissione, il neonato e i genitori vengono isolati dalla famiglia e dagli amici a causa delle regole di allontanamento sociale. Le donne, in particolare quelle vulnerabili, hanno bisogno di essere monitorate per la depressione post-partum. Le conseguenze meno ovvie, non descritte nelle linee guida per il monitoraggio della donna in gravidanza e per la nascita, dovrebbero essere valutate in modo tempestivo per mettere in atto programmi di prevenzione secondaria.

C'è un altro aspetto di cui si sta parlando in questi giorni e che riguarda l'impatto dell'infezione da Covid-19 nelle diverse etnie¹³. I tassi di mortalità sembrerebbero essere maggiori negli adulti di razza asiatica o nera. La sorveglianza su 194 Unità ostetriche nel Regno Unito, con 427 donne in gravidanza che sono state ricoverate con infezione da Covid-19, ci dice che la maggior parte ha avuto un esito favorevole e la trasmissione ai neonati è risultata rara¹⁴. Tuttavia ci sarebbe la conferma che l'infezione riguarderebbe maggiormente determinate categorie di rischio e tra queste anche determinate etnie, per delle ragioni che si stanno studiando, ma che stanno creando molte polemiche in Sedi governative (USA e Regno Unito) e nelle rispettive Comunità scientifiche.

L'incidenza stimata di ricovero con infezione da Covid-19 confermata in gravidanza è stata del 4,9 (IC 95% da 4,5 a 5,4) per mille maternità. Oltre la metà (233, 56%) delle donne in gravidanza ricoverate provenivano da gruppi di minoranze etniche o nere, 281 (69%) erano in sovrappeso o obese, 175 (41%) avevano 35 anni o più e 145 (34%) presentavano comorbidità preesistenti¹⁴.

IL BAMBINO, L'ADOLESCENTE E LA STIMA DEL RISCHIO DELL'INFEZIONE DA COVID-19

In tutto il mondo vengono prese decisioni difficili e diverse sui modi per proteggere i bambini da Covid-19. Considerate le molteplici incognite, la cautela da parte di genitori è stata inizialmente giustificata. Ma le cautele non sono prive di rischi e i bambini non possono essere tenuti perennemente a casa. Per aiutare il processo decisionale, alcuni epidemiologi inglesi hanno esaminato i dati sulla mortalità da Covid-19 nei bambini e adolescenti di età compresa tra 0 e 19 anni¹⁵. In Francia, Germania, Italia, Corea, Spagna, Regno Unito e Stati Uniti ci sono stati 44 decessi per Covid-19 (popolazione totale 135.691.226) fino al 19 maggio 2020. In un normale periodo di tre mesi, in questi Paesi, i dati del *Global Burden of Disease* stimano che ci si aspetta più di 13.000 decessi da tutte le cause in questa fascia di età, tra cui oltre mille da cause accidentali e 308 da infezioni del tratto respiratorio inferiore inclusa l'influenza. Covid-19, secondo questa stima, è responsabile di circa lo 0,333% dei decessi di bambini di età compresa tra 0 e 19 anni.

Gli Autori concludono consigliando alla Comunità medica di informare i genitori, gli insegnanti, gli amministratori, i medici in merito al fatto che l'impatto diretto di Covid-19 sui bambini è attualmente molto basso rispetto

ad altri rischi e che la ragione principale per cui li stiamo trattenendo a casa è (presumibilmente) proteggere gli adulti¹⁵.

LA PANDEMIA SECONDARIA

Peter Green in un editoriale molto appassionato¹⁶ avverte dei pericoli per una intera generazione che possono derivare dalla chiusura forzata e dall'isolamento dei bambini a causa della pandemia. *"I bambini soffrono a beneficio degli adulti... Tuttavia il danno secondario arrecato alle future generazioni, quando nel Regno Unito esiste già una crisi della salute dei bambini, non viene adeguatamente considerato. Questo deve cambiare"*.

Green nelle sue considerazioni fa riferimento al contesto britannico, ma è difficile pensare che in alcune realtà italiane possa essere diverso o più salvaguardato.

Dall'inizio dell'epidemia i quotidiani discorsi pubblici si sono focalizzati sulla collaborazione, sulla assoluta necessità di salvare vite. *Lockdown* è la parola chiave in questa discussione, ma sottoporre i bambini vulnerabili a nient'altro che un contatto familiare per un lungo periodo crea le condizioni perfette per un fallimento delle loro misure di salvaguardia. Vi è un maggiore rischio di danni per i bambini. La "pentola a pressione" della vita familiare aumenta le possibilità di abuso e abbandono dei bambini, con l'assenza di qualsiasi supervisione esterna. Senza un regolare accesso a professionisti (come insegnanti, pediatri, neuropsichiatri, fisioterapisti, educatori e operatori sociali), si perdono opportunità per individuare dei segnali di allarme di contesto familiare che potrebbero far mettere in piedi misure di salvaguardia. Allo stesso tempo, il messaggio di rimanere a casa e i timori di infezione hanno portato a un declino delle visite nei dipartimenti di Emergenza e negli ambulatori di pediatri di famiglia, medici di Medicina generale, Neuropsichiatria infantile, e di tutto il personale dedicato alla riabilitazione; con una conseguente e preoccupante riduzione delle consultazioni "faccia a faccia". Peter Green sottolinea che la prova che queste preoccupazioni non sono fuori luogo deriva anche dalla constatazione di un aumento delle chiamate in Regno Unito alle linee di Assistenza all'infanzia e alle Forze dell'Ordine per abusi domestici.

Sebbene imperfetti, secondo alcuni forse esageratamente preoccupanti, questi segnali suggeriscono che ci si può aspettare che l'attività di tutela dei minori aumenti una volta rimosso il blocco e questo implica un carico di lavoro che deve essere pianificato e magari finanziato. Invece si parla in senso generico di investimenti in Sanità che sembrano essere rivolti quasi esclusivamente all'emergenza-urgenza.

Per evitare una cicatrice irreversibile di una generazione, questo lavoro dovrebbe impegnarsi per un piano ambizioso che deve riguardare tanti ambiti e tra questi la salute mentale, la maggiore attenzione sulla disabilità, l'obesità prevedibile, i rischi legati a una possibile assistenza ritardata per diverse malattie croniche. Per non parlare dei piani educativi e scolastici, oggetto solo di con-

tenzioso, di regole, di tavoli tecnici, ognuno separato dall'altro, non comunicanti.

Il rischio profondo che si sta correndo è quello di un adattamento passivo che contraddice l'essenza stessa di una prospettiva di benessere e di salute (a vari livelli) dell'infanzia. Rompere lo stato attuale dell'indifferenza è forse possibile, se si smetterà di pensare alla seconda ondata epidemica. E rompere questo stato di indifferenza o di eccessiva fiducia nella resilienza dei bambini (e dei genitori) deve avvenire dall'alto ma anche dai pediatri, come singoli e come comunità. Solo quando parleremo delle nostre preoccupazioni e dei piani per il benessere dei bambini con la stessa passione con cui parliamo di tutti gli straordinari sforzi per salvare le vite degli adulti, coloro che sono vincolati dall'attuale silenzio si sentiranno in grado di sviluppare strategie e fare gli investimenti che potranno cambiare le prospettive di benessere per l'infanzia.

I bambini e i giovani devono essere coinvolti e guidati nelle loro prospettive future. Le dichiarazioni di questi mesi non riescono a spiegare nulla in termini comprensibili per i bambini e non mostrano sostanziale rispetto per ciò di cui hanno bisogno. Ora che abbiamo superato l'apice della pandemia, la parola dovrebbe passare ai bambini, agli adolescenti e ai loro genitori.

Le azioni per una prospettiva concreta di salvaguardia dovrebbero iniziare ora.

Come invocato da Massimo Recalcati per la Scuola¹⁷ e dal Presidente del Consiglio per l'Economia, andrebbero prospettati degli Stati Generali anche per l'Infanzia. L'Agenda dovrebbe lavorare per domande e obiettivi prioritari a cui dare risposte.

NOTA A MARGINE: NON SONO PAROLE MA VISSUTI CONCRETI

Nella realtà in cui lavoro, in questi giorni, la responsabile dei consultori familiari mi ha parlato di una comunicazione di diagnosi di mielomeningocele fatta in presenza solo della madre. "È stato un momento straziante", queste le sue parole. Si è deciso che ogni padre deve essere presente quando viene eseguita l'ecografia in gravidanza. Si è deciso di non limitare più, a singole ore, l'accesso del padre nei reparti di Ostetricia.

Le Associazioni e i singoli genitori di bambini autistici richiedono di "recuperare" tutte le ore perse per i programmi educativi. La Regione Emilia-Romagna ha promesso che questo sarà fatto, le modalità pratiche si stanno studiando. Questo richiede non solo un impegno finanziario, ma anche e soprattutto un cambio di prospettiva nella presa in carico dei programmi complessivi riabilitativi.

I ritardi di diagnosi nei reparti di Pediatria si sono visti e si continuano a vedere. Non mi era mai successo di pensare che questo potesse accadere in modo così evidente. Il ritorno a una assistenza di prossimità, faccia a faccia, è una assoluta priorità che non deve avere più alcun minimo ritardo, paura e incertezza, anche attraverso una capillare informazione e rassicurazione delle famiglie.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Barbi E, Apicella A. Danni collaterali. Medico e Bambino 2020;39(4):210-2.
- [2] Lazzerini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of Covid-19. Lancet Child Adolesc Health 2020;4(5):e10-e11.
- [3] Crawley E, Loades M, Feder G, Logan S, Redwood S, Macleod J. Wider collateral damage to children in the UK because of the social distancing measures designed to reduce the impact of Covid-19 in adults. BMJ Paediatrics Open 2020;4(1):e000701.
- [4] Tamburlini G, Marchetti F. Pandemia di Covid-19: motivazioni e indicazioni per l'apertura di spazi educativi per bambini. Medico e Bambino 2020;39(5):301-4.
- [5] Tamburlini M, Marchetti F, Bertino E, et al.; 27 pediatri, neuropsichiatri, ricercatori firmatari. Bambini e coronavirus: la doverosa ricerca di un equilibrio tra i presunti rischi e di documentati effetti collaterali. Medico e Bambino 2020;39(6):355-6.
- [6] Marchetti F, Tamburlini G. Time to go back to school: several good reasons beyond low infection risk. BMJ 2020;369 (published 22 May 2020).
- [7] Marchetti F, Guiducci C. Covid-19 e bambini: le due facce di una diversa medaglia. Medico e Bambino 2020;39(4):219-21.
- [8] Del Zen L. Covid-19 e i bambini con bisogni speciali. Medico e Bambino 2020;39(5):294.
- [9] Abbracciavento G, Cognigni M, Riccio G, Carozzi M. Covid-19 e salute mentale in età evolutiva: l'urgenza di darsi da fare. Medico e Bambino 2020;39(4):237-40.
- [10] Verweij EJ, Ismaili M'hamdi H, Steegers EAP, Reiss IKM, Schoenmakers S. Collateral damage of the Covid-19 pandemic: a Dutch perinatal perspective. BMJ 2020;369:m2326.
- [11] Società Italiana di Neonatologia (SIN), Davanzo R, Mosca F. Allattamento e infezione da SARS-CoV-2. Medico e Bambino pagine elettroniche 2020;23(4):79-86.
- [12] Coscia A, Cavicchioli P, Strola P. "Così lontano, così vicino": nascere ai tempi del coronavirus. Medico e Bambino pagine elettroniche 2020;23(5):95-8.
- [13] Patel P, Hiam L, Sowemimo A, Devakumar D, McKee M. Ethnicity and Covid-19. BMJ 2020; 369:m2282.
- [14] Knight M, Bunch K, Vousden N, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. BMJ 2020;369:m2107.
- [15] Bhopal SS, Bagaria J, Bhopal R. Risks to children during the Covid-19 pandemic: some essential epidemiology. BMJ 2020;369:m2290.
- [16] Green P. Risks to children and young people during Covid-19 pandemic. A shift in focus is needed to avoid an irreversible scarring of a generation. BMJ 2020;369:m1669.
- [17] Recalcati M. Subito gli Stati Generali per l'anno zero dell'Istruzione. La Repubblica, 29 maggio 2020.