

COVID-19 E BAMBINI: LE DUE FACCE DI UNA DIVERSA MEDAGLIA

L'infezione nei bambini (USA, Madrid e Italia)

Nel momento in cui scriviamo, a un mese di distanza dal precedente aggiornamento sulla pandemia da Covid-19 nei bambini¹, i dati disponibili (anche se incompleti e in continua evoluzione) dagli Stati Uniti², da Madrid³ e anche dall'Italia⁴ ci dicono sempre più chiaramente che:

- L'incidenza da Covid-19 è più bassa nei bambini (a conferma dei dati cinesi)^{1,2,4}, anche se risente del numero dei tamponi eseguiti.
- In Italia i casi diagnosticati dai Laboratori di riferimento regionali riportano che complessivamente l'1,7% riguarda la fascia di età 0-9 anni (0,7%) e 10-19 anni (1,0%)⁴.
- Il 90% dei casi in età pediatrica sono asintomatici o con sintomatologia lieve-moderata. Nei casi sintomatici le manifestazioni cliniche sono meno presenti rispetto all'adulto (meno presenza di febbre, di tosse, raramente dispnea) (Tabella I)².
- Pochi sono i casi che richiedono una ospedalizzazione e riguardano prevalentemente la fascia di età < 1 anno che è a maggiore rischio di avere una malattia respiratoria più impegnativa (Figura 1)².
- Sempre dall'esperienza statunitense², ma anche da quella spagnola³ e italiana (lavoro in fase di revisione) i casi pediatrici diagnosticati e in alcuni casi ricoverati hanno più frequentemente una condizione sottostante di comorbidità. Dal rapporto del CDC (Centers for Disease Control and Prevention) statunitense dei 345 casi pediatrici di cui era nota l'anamnesi riguardo la presenza di comorbidità, 80 (23%) ne avevano almeno una². Di questi 40 (50%) avevano patologie polmonari croniche (in primis l'asma), 25 problemi cardiovascolari, 10 una condizione di immunodepressione². Tra i 295 casi di cui era disponibile sia l'informazione sull'ospedalizzazione che sulla presenza di malattie sottostanti, 28/37 pazienti ospedalizzati (inclusi i 6 casi ricoverati in terapia intensiva) avevano una o più malattie². Tra i 258 pazienti non ospedalizzati, 30 (12%) avevano una comorbidità².
- Interessante l'esperienza riportata nella città di Madrid³ dove inizialmente il 60% dei bambini è stato ricoverato, ma questa percentuale così elevata era legata al fatto che nella fase

iniziale dell'epidemia venivano testati e ospedalizzati per Covid-19 tutti i bambini che avevano avuto contatti con persone positive al virus; successivamente, essendosi diffusa l'infezione molto rapidamente, venivano testati solo i bambini con sintomi più severi che necessitavano di ricovero o bambini con comorbidità che erano più a rischio di complicanze.

Covid-19 e bambini: il rischio della povertà educativa

Molte Nazioni in corso di pandemia hanno deciso di chiudere le scuole. Questa è apparentemente una misura di buon senso come parte di una politica di distanziamento sociale per abbassare il tasso di trasmissione del virus. L'UNESCO stima che almeno 138 Paesi abbiano istituito la chiusura delle scuole a livello nazionale e diversi altri Paesi abbiano istituito chiusure a livello regionale o locale. Con oltre il 90% degli studenti a livello mondiale (più di 1,5 miliardi di giovani) al momento fuori dal contesto educativo, risulta chiaro che la maggior minaccia da Covid-19 per i bambini e adolescenti non è di certo quella strettamente clinica^{5,6}.

Sebbene il dibattito scientifico sia ancora in corso riguardo la reale efficacia della chiusura delle scuole sulla trasmissione del virus⁷, il fatto che le scuole restino chiuse per un lungo periodo di tempo può avere conseguenze sociali e di salute dannose per quei bambini che vivono in condizioni di povertà. Inoltre è da considerare che le esistenti disuguaglianze sociali sono destinate ad aumentare^{5,6}.

Esistono due modi attraverso i quali la chiusura delle scuole colpirà i bambini poveri negli USA e in Europa⁸:

- Il primo è l'impatto della chiusura delle scuole nel determinare una minore disponibilità del cibo per i bambini poveri. Per molti studenti, infatti, che vivono in povertà, le scuole non sono solo un posto in cui imparare, ma anche un posto

SEGNI O SINTOMI DELL'INFEZIONE DA COVID-19 NEI BAMBINI E NEGLI ADULTI IN USA

Segno/sintomo	Bambini	Adulti
Febbre	163 (56%)	7794 (71%)
Tosse	158 (54%)	8775 (80%)
Dispnea	39 (13%)	4674 (43%)
Mialgie	66 (23%)	6713 (61%)
Rinite	21 (7,2%)	757 (6,9%)
Faringodinia	71 (24%)	3795 (35%)
Cefalea	81 (28%)	6335 (58%)
Nausea, vomito	31 (11%)	1746 (16%)
Dolore addominale	17 (5,8%)	1329 (12%)
Diarrea	37 (13%)	3353 (31%)

Tabella I. Da voce bibliografica 2, modificata.

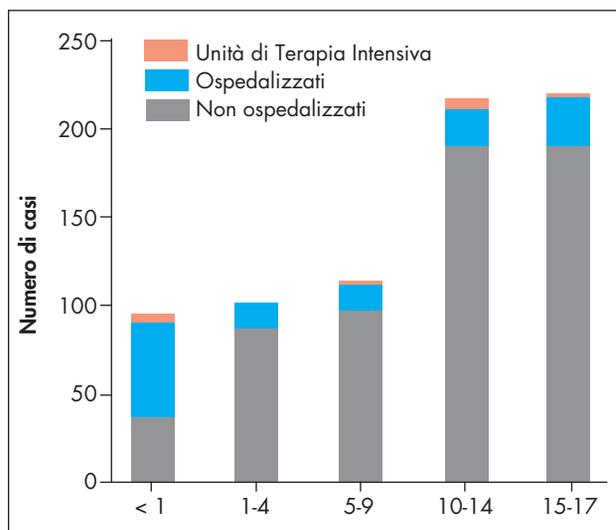


Figura 1. Distribuzione per fascia di età del tasso di ospedalizzazione per Covid-19 nei bambini statunitensi.



in cui mangiare in modo sano. Numerose evidenze mostrano come il pranzo a scuola è associato a migliori *performance* accademiche, mentre la precarietà del cibo (dieta irregolare o non sana) può determinare un basso rendimento scolastico e rischi sostanziali per la salute fisica e il benessere mentale⁵. Il numero di bambini che possono avere questa possibile carenza alimentare è considerevole. I dati EUROSTAT, ci dicono che il 6,6% delle famiglie con bambini in Europa (il 5,5% nel Regno Unito) non possono permettersi un pasto con carne, pesce o verdure ogni giorno. Stime comparabili negli USA suggeriscono che il 14% delle famiglie con bambini aveva una precarietà di cibo nel 2018.

- Il secondo meccanismo dell'impatto della chiusura delle scuole sui bambini poveri riguarda i fattori non scolastici, considerati come fonte primaria di disuguaglianza negli obiettivi educazionali⁵. Il *gap* in capacità matematiche e letterarie tra bambini di famiglie con basso o alto *background* socio-economico spesso si accentua durante i periodi di vacanza da scuola⁵. Le vacanze estive in molte scuole americane contribuiscono a una perdita negli obiettivi accademici equivalenti a un mese di educazione per i bambini con stato socio-economico basso; effetto che non è osservato nei bambini con alto stato socio-economico⁵. Le vacanze estive sono anche associate a una regressione mentale e di benessere nei bambini e negli adolescenti⁵.

Sebbene l'attuale chiusura delle scuole differisca dalle vacanze estive in quanto la formazione dovrebbe continuare digitalmente, questo amplierà le distanze di apprendimento tra i bambini con famiglie di basso ceto sociale rispetto alle altre⁵. I bambini che vivono in famiglie povere sono spesso in condizioni che rendono difficile la scuola da casa. Gli ambienti di apprendimento *online* tipicamente richiedono *computer* e un collegamento a internet affidabile, che spesso le famiglie più povere non hanno. In Europa il 5%, vive in case dove non esiste un luogo adatto per fare i compiti e il 6,9% non dispone di accesso a internet. Inoltre il 10,2% dei bambini vive in case non adeguatamente riscaldate e il 5% non ha accesso a libri adeguati per la loro età⁵. In Italia gli ultimi dati ISTAT disponibili parlano di un 42% dei minori che vive una condizione di sovraffollamento delle proprie abitazioni e di un 7% di bambini e adolescenti vittima di un grave disagio abitativo. È in queste case, con famiglie in condizioni economiche ulteriormente peggiorate, che i bambini e gli adolescenti cercano uno spazio per studiare e concentrarsi.

Negli USA si stima che il 2,5% degli studenti di scuole pubbliche non viva in residenze stabili. A New York, epicentro

dell'epidemia di Covid-19 in America, uno studente su 10 è senz'altro oppure ha serie instabilità abitative⁵.

Al contrario di quello che avverrà per i bambini provenienti da famiglie benestanti, in cui l'apprendimento proseguirà senza grossi impedimenti, i bambini provenienti da ceti sociali più bassi è probabile che trovino difficoltà per riuscire a effettuare i compiti richiesti e seguire i corsi *online* proprio a causa delle loro precarie condizioni domestiche⁵.

In Italia hanno interrotto la scuola 9.040.000 bambini e ragazzi e oltre un milione di bimbi dei nidi e dei Servizi educativi della prima infanzia, e la didattica a distanza non sta raggiungendo tutti. Secondo il Ministero dell'Istruzione, infatti, mancano all'appello oltre 500mila studenti, il 6% della popolazione scolastica: sono soprattutto studenti che vivono in famiglie con maggiori difficoltà socio-economiche e culturali.

Oltre alle sfide educazionali, tuttavia, le famiglie più disagiate avranno un'ulteriore minaccia, la recessione economica che seguirà a questa pandemia e che aumenterà il livello di povertà nei bambini più disagiati, con conseguenze dannose a lungo termine sulla salute, sul benessere e sugli obiettivi di apprendimento⁵.

I legislatori, gli amministratori e i dirigenti scolastici si trovano davanti a due sfide:

1. La prima è attuale e riguarda la fornitura di cibo ai bambini poveri e la risposta ai loro bisogni educativi di questi mesi. Da una parte continuare a fornire pasti scolastici è essenziale per prevenire questo tipo di disuguaglianza sociale. Gli insegnanti dovrebbero anche considerare come adattare i loro materiali e strumenti di insegnamento per gli studenti senza accesso a internet, senza *computer* o senza un luogo adatto per studiare⁵.

2. La seconda è immediatamente successiva ed è quella che dovranno affrontare cessata la fase acuta della pandemia in vista del rientro scolastico. Da un lato bisognerebbe garantire un'educazione mirata e materiali di supporto a bambini di famiglie povere per iniziare a ridurre il *gap* di apprendimento che probabilmente si sarà verificato. D'altra parte bisognerebbe garantire un supporto alle famiglie povere per prevenire il peggioramento della situazione economica. Senza tali azioni l'attuale crisi sanitaria diventerà una crisi sociale che avrà conseguenze a lungo termine, soprattutto in quei bambini provenienti da famiglie povere⁵.

Un editoriale pubblicato su *Lancet Child Adolesc Health* focalizza anch'esso l'attenzione sui rischi della chiusura delle scuole⁶. Durante l'epidemia Ebola nell'Ovest dell'Africa, con la chiusura delle scuole si sono evidenziati picchi di tassi di manodopera giovanile, incuria, abusi sessuali e gravidanze in età adolescenziale, e molti bambini non sono mai tornati a scuola. Molti bambini, come conseguenza della chiusura delle scuole, soffriranno la mancanza di assistenza sociale fornita dal contesto scolastico, come ad esempio i pasti gratis o l'acqua pulita, non potranno usufruire dei Servizi di vaccinazione e dei Servizi di salute mentale messi a disposizione dalle scuole⁶. I bambini costretti a casa difficilmente raggiungeranno i 60 minuti al giorno di attività fisica da moderata a vigorosa, consigliati dall'OMS. Tutto questo mette a rischio non solo il benessere fisico e mentale di bambini e adolescenti, ma aumenta il rischio di consolidare abitudini pericolose, come incre-



mentare il tempo davanti allo schermo e mangiare in modo non salutare, con le note conseguenze negative che ne potrebbero derivare⁶.

Per gli adolescenti, la chiusura delle scuole e il distanziamento sociale possono avere conseguenze particolarmente importanti⁶. Durante l'adolescenza i giovani iniziano a dare la priorità ad altri legami oltre a quello con i genitori. L'interruzione di questi rapporti può mettere alla prova il loro benessere. Gli adolescenti e i bambini più grandi potrebbero soffrire con maggiore frequenza di ansia, nel momento in cui tentano di capire la pandemia e le conseguenze su di loro, sui loro familiari e amici⁶.

Le Istituzioni di Salute pubblica devono dare priorità a Piani nazionali volti a identificare il come e quando riaprire le scuole, considerando anche misure alternative come orario ridotto o lezioni scaglionate. Molti bambini avranno probabilmente bisogno di un supporto nel ritornare alla vita normale, specialmente quelli che hanno vissuto esperienze di lutto⁶.

Nel frattempo, la pandemia offre un'opportunità per persone giovani di sviluppare e di affinare la loro resilienza e la loro adattabilità, e apprezzare il valore della responsabilità sociale e dei propri sacrifici per la protezione delle persone più vulnerabili⁶. È fondamentale valorizzare le esperienze dei giovani durante questa crisi globale, comunicare e ascoltare le loro soluzioni creative per far fronte al problema e incoraggiarli nell'utilizzare le loro capacità per creare una società più robusta, interessata ai problemi e unita quando la pandemia finirà e affronteremo un mondo di fatto cambiato⁶.

Un ultimo punto critico riguarda specifiche fasce di popolazione di bambini con problemi di apprendimento e/o disabilità⁸ che hanno interrotto nella stragrande maggioranza dei casi qualsiasi forma di sostegno.

Commento

Sino a questo momento il mondo della pediatria, anche italiano, ha prestato la massima attenzione a quello che poteva essere l'impatto in termini di salute fisica della infezione da Covid-19. Ora i dati disponibili¹⁻⁴, anche se parziali, ci dicono che l'età pediatrica e adolescenziale è "risparmiata" nella severità dall'infezione, che i casi ospedalizzati sono relativamente pochi (senza rilevanti complicanze e da valutare se in modo appropriato o meno) e che l'attenzione sanitaria pediatrica deve essere rivolta in modo particolare ai bambini piccoli e a quelli con comorbidità (come per tutta le infezioni virali con prevalenti manifestazioni respiratorie). Quando riportato dal CDC americano² in merito a un rischio di diffusione del contagio da parte dei bambini, in quanto asintomatici, nella realtà italiana non ha al momento, stando l'attuale fase dell'epidemia, alcuna ragione per essere sostenuto, tenendo conto del periodo lungo di quarantena che stiamo vivendo in modo capillare e i tempi di incubazione e di contagiosità dell'infezione. Si tratta ora di spostare l'attenzione verso l'altra faccia della medaglia che ci riguarda profondamente e che è quello dell'impatto sulle famiglie e sui bambini e adolescenti della crisi sanitaria. In Italia vivono circa 6 milioni di famiglie con figli under-18 e 10 milioni di bambini e adolescenti. Circa un quarto delle famiglie italiane ha minori in casa e una persona su sei nella popolazione è minorenni.

Molti Organismi e Associazioni si sono già mossi con delle richieste formali rivolte alle Istituzioni politiche, con la definizione di alcuni

punti prioritari di intervento, molto concreti^{9,10}. Ad esempio L'Alleanza per l'Infanzia¹⁰ chiede che a ogni livello (nazionale, regionale e locale) venga adottata una doppia logica di intervento, che guardi all'immediato, ma nel contempo si ponga anche obiettivi di medio termine.

Essa dovrebbe prevedere un rafforzamento dell'intervento pubblico lungo cinque linee di azione:

- 1. Sostegno economico alle famiglie con figli.**
 - 2. Sostegno al sistema integrato di educazione e istruzione per i bambini dalla nascita ai sei anni.**
 - 3. Sostegno al sistema scolastico, anche in un'ottica di maggiore inclusione e supporto degli studenti appartenenti ai gruppi più vulnerabili.**
 - 4. Rafforzamento del sistema integrato di Servizi socio-educativi e socio-assistenziali a livello locale.**
 - 5. Rafforzamento delle misure di conciliazione tra famiglia e lavoro.**
- Nei punti 2 e 3 va data particolare attenzione ai minori con disabilità e bisogni educativi speciali che hanno dovuto sospendere le attività di sostegno e riabilitative.*

Tutti interventi che hanno da sempre grande rilievo, ma che in questo momento sono ancora più prioritari.

A noi, come comunità di pediatri e come singoli, compete di agire come sentinelle delle singole situazioni con maggiore difficoltà e disagio, a partire dai bambini fragili, più vulnerabili, per diverse cause⁸. Non esiste più una dimensione strettamente sanitaria del nostro lavoro, ma socio-sanitaria e territoriale, caso per caso, che ci deve vedere da subito protagonisti con ragionevolezza e con impegno concreto⁸.

Federico Marchetti¹ Claudia Guiducci^{1,2}

¹UOC di Pediatria e Neonatologia, Ospedale di Ravenna, AUSL della Romagna

²Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara

Bibliografia

- Guiducci C, Marchetti F. Covid-19 e bambini: il punto dalla letteratura al 18 marzo. *Medico e Bambino* 2020;39(3):151-3.
- CDC Covid-19 Response Team. Coronavirus disease 2019 in children - United States, February 12 - April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69(14):422-6.
- Tagarro A, Epalza C, Santos M, et al. Screening and severity of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in children in Madrid, Spain. *JAMA Pediatr* 2020 Apr 8 [Epub ahead of print].
- Task force Covid-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica, Istituto Superiore di Sanità. *Epidemia Covid-19, aggiornamento nazionale: 9 aprile 2020.*
- Van Lancker W, Parolin Z. Covid-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. *Lancet Public Health* 2020 Apr 7 [Epub ahead of print].
- The Lancet Child Adolescent Health. Pandemic school closures: risks and opportunities. *Lancet Child Adolesc Health* 2020 Apr 8 [Epub ahead of print].
- Viner RM, Russell SJ, Croker H, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including Covid-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health* 2020 Apr 6 [Epub ahead of print].
- Abbracciavento G, Cognini M, Riccio G, Carrozzini M. Covid-19 e salute mentale in età evolutiva: l'urgenza di darsi da fare. *Medico e Bambino* 2020;39(4):237-40.
- Save the Children. Emergenza coronavirus: un milione di bambini in più rischiano di cadere in povertà assoluta. <https://www.savethechildren.it/press/coronavirus-un-milione-di-bambini-piu-rischiano-di-cadere-poverta-assoluta>.
- Alleanza per l'Infanzia. Mettere bambini e ragazzi al centro delle politiche per il superamento dell'emergenza coronavirus. <https://www.alleanzainfanzia.it>.