

LUCIO ROMANO, MARIO DE CURTIS,
GIANPAOLO DONZELLI, GRAZIA ZUFFA

COVID-19: GRAVIDANZA E BAMBINI ASPETTI CLINICI, PSICO-SOCIALI E BIOETICI

1. Introduzione

La pandemia da Covid-19 richiede misure eccezionali e necessarie per tentare di ridurre la diffusione del contagio e proteggere soprattutto le persone più esposte o vulnerabili. Si richiede un impegno comune per arginare diffuse criticità.

Tra queste, le deprivazioni socioeconomiche influenzano in negativo, tra l'altro, lo stato di salute. In Italia la povertà assoluta¹, prima dell'epidemia, coinvolgeva secondo l'ISTAT più di 1 milione e 700 mila famiglie: 4 milioni e 600 mila persone, 1 milione e 137 mila minori. Nella stessa analisi si evidenzia che l'incidenza di povertà assoluta aumenta al crescere del numero di figli minori presenti in famiglia passando dal 6,5% per le coppie con un figlio al 20,3% per le coppie con tre o più figli. Questa situazione oggi è ulteriormente peggiorata. Tra i più colpiti i bambini figli di genitori stranieri, già normalmente in una situazione di fragilità, che rappresentano circa il 20% della popolazione straniera residente e il 10% di tutti minorenni residenti in Italia².

Rilevazioni della Caritas Italiana sui primi mesi del 2020, per fasce di popolazione già molto fragili, indicano che la situazione è ulteriormente peggiorata. In aumento il disagio psicologico-relazionale (+86%), le

1 La soglia di povertà assoluta rappresenta il valore monetario, a prezzi correnti, del paniere di beni e servizi considerati essenziali per ciascuna famiglia, definita in base all'età dei componenti, alla ripartizione geografica e alla tipologia del comune di residenza. Una famiglia è assolutamente povera se sostiene una spesa mensile per consumi pari o inferiore a tale valore monetario. Cfr.: ISTAT, *Calcolo della Soglia di Povertà Assoluta*. <https://www.istat.it/it/dati-analisi-e-prodotti/contenuti-interattivi/soglia-di-poverta>

2 ISTAT, *Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà*. Anno 2019. Roma, 16.6.2020

difficoltà scolastiche (+82,8%), la solitudine (+82,2%), la rinuncia o il rinvio di cure e dell'assistenza sanitaria (+74,6%)³. A subire in maggior misura, inoltre, sono gli alunni con diritto al sostegno nella scuola, da quella dell'infanzia alle superiori. Sono in massima parte bambini e ragazzi con disabilità: complessivamente il 3,1% degli alunni.

Si aggravano, senza alcuna differenza per età, le cronicità e il malesere nelle condizioni di maggiore vulnerabilità. In Italia più di 11 milioni di persone con tumori e malattie cardiovascolari rischiano di essere poste in secondo piano. Secondo i dati dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica, nel corso della prima ondata pandemica circa il 20% dei pazienti con tumore non si è presentato alle visite di controllo e circa 1 milione e 400mila italiani non hanno effettuato lo screening secondo i protocolli di prevenzione⁴. La pandemia sta mettendo a rischio la continuità delle cure e si vanno riducendo gli spazi assistenziali con la loro riconversione in reparti Covid-19. Si rinviando le attività mediche e chirurgiche ordinarie anche per la carenza di personale sanitario impegnato sul fronte delle urgenze. Come ha sottolineato il Presidente Mattarella, "troppi screening e troppe cure vengono rinviate a causa della pandemia, rischiando ritardi irreversibili nelle diagnosi di tumore e pericolose interruzioni nelle terapie che non consentono pause o sospensioni"⁵.

In un quadro socioassistenziale così complesso e drammatico scatenato dalla pandemia, un'attenzione particolare è da riservare alla donna in gravidanza, ai neonati e ai bambini. Categorie che potremmo definire altrettanto vulnerabili, sia sotto il profilo strettamente clinico che psicologico-relazionale⁶. Diverse le problematiche cliniche e assistenziali, bioetiche e sociologiche da prendere in considerazione⁷.

3 CARITAS ITALIANA, *Gli anticorpi della solidarietà. Rapporto 2020 su povertà ed esclusione sociale in Italia*. Roma, 17.10.2020

4 AIOM: <https://www.aiom.it/speciale-covid-19-tumori-un-milione-400mila-screening-in-meno-primi-5-mesi-2020-rischio-diagnosi-avanzate-servono-risorse-per-telemedicina/>

5 Intervento del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella in occasione della cerimonia di celebrazione de "I Giorni della Ricerca". Roma, 26.10.2020 <https://www.quirinale.it/elementi/50942>

6 COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, Roma, 28.5.2020

7 Cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Covid-19 e bambini: dalla nascita all'età scolare*, Roma, 23.10.2020

2. Covid-19 e gravidanza

La gravidanza si connota di una sua specificità, vale a dire dell'originale interazione materno-fetale che non è solo scambio metabolico/ormonale ma è profonda relazione psicoaffettiva.

Sotto il profilo biomedico, in merito al rapporto tra Covid-19 e gravidanza, le conoscenze scientifiche sono in continua evoluzione e con progressivi chiarimenti a fronte di quanto poco o nulla era dato sapere appena pochi mesi orsono. Comunque, riportiamo alcune evidenze in base alla più recente e accreditata letteratura scientifica.

Le gestanti, rispetto alle donne non gravide in età riproduttiva, non sono a maggior rischio di malattia. Hanno meno probabilità di manifestare sintomi correlati a Covid-19, quali febbre e mialgia, tuttavia potenzialmente hanno più probabilità di aver bisogno di assistenza in terapia intensiva nel terzo trimestre quando la malattia presenta una maggiore criticità. Comorbidità preesistenti, età materna elevata e indice di massa corporea elevato sono fattori di rischio per Covid-19 in forma grave. I tassi di natalità pretermine sono alti nelle gestanti con Covid-19 rispetto alle donne in gravidanza senza la malattia⁸. Anticorpi contro SARS-CoV-2 sono stati riscontrati in neonati negativi al test per Covid-19 e, comunque, sono necessari ulteriori studi sulla trasmissione transplacentare e sull'entità dell'immunità passiva naturale nei bambini nati da madri con COVID-19⁹.

Allo stato attuale: non ci sono sufficienti dati per un'associazione causale con l'iposviluppo del feto né per determinare una correlazione tra parto spontaneo pretermine e Covid-19; maggiore risulta il ricorso al parto operativo con taglio cesareo per insufficienza respiratoria materna da polmonite, visto che la sola positività Covid-19 non costituisce di per sé indicazione al taglio cesareo; non sono stati rilevati effetti teratogeni da Covid-19. La mortalità materna risulta decisamente più bassa nei casi confermati di Covid-19 rispetto a quella riscontrata nelle infezioni da MERS-Cov (Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus) e SARS-Cov-1 (Severe Acute

8 ALLOTEY J, STALLINGS E, BONET M, ET AL., *Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis*, in *BMJ*. 2020 Sep 1;370:m3320.

9 BWIRE G, NJIRO B, MWAKAWANGA D, ET AL., *Possible vertical transmission and antibodies against SARS-CoV-2 among infants born to mothers with COVID-19: a living systematic review*, in *J Med Virol*. 2020 Oct 22.

Respiratory Syndrome-Coronavirus)¹⁰. Da alcuni report preliminari, sarebbero aumentate le donne che hanno fatto richiesta di partorire in casa¹¹.

La gestante con la pandemia Covid-19 presenta un aggravio di vulnerabilità, come già riscontrato nelle situazioni di crisi e negli eventi epidemici straordinari. Sono diverse le preoccupazioni: insicurezza sul benessere del nascituro; counseling da remoto con il personale sanitario specializzato, sebbene necessario ai fini della tutela della gravidanza; apprensioni sul triage per il ricovero e l'assistenza al parto; restrizioni nei contatti con i familiari durante il periodo di ospedalizzazione; isolamento del neonato, per quanto in via temporanea e per i tempi necessari, senza poter usufruire delle usuali pratiche di rooming in. Sotto il profilo psicologico si riscon-

10 DI MASCIÒ D, KHALIL A, SACCONI G, ET AL., *Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis*, in *Am J Obstet Gynecol* MFM. 2020; 100107.

11 “Un parto in ambiente extraospedaliero o a domicilio (che in Italia si stima essere intorno allo 0.05-0.1%) può al contrario rivelarsi potenzialmente pericoloso, se non si adottano misure organizzative e criteri clinici di selezione delle gravide appropriati. I dati della letteratura relativi al parto in casa pianificato negli USA, ad esempio, riportano l'associazione con un significativo aumentato rischio di morte e di morbidità neonatale. Il tasso di mortalità nel parto a domicilio rispetto al parto in ospedale è di 1.26 vs 0.32/1000 nati, mentre la probabilità di un indice di Apgar uguale a zero a 5 minuti è di 1.63 vs 0.09/1000 nati. In caso di complicazioni improvvise e non prevedibili per madre o figlio, l'assistenza che si può fornire a casa è ovviamente di qualità inferiore rispetto a quella che è possibile dare in un punto nascita. A conferma di ciò, una ricerca inglese dimostra come più del 10% di tutti i parti pianificati a casa vengono poi espletati in ospedale per sopraggiunte complicanze materno-fetali e che per le primigravide ciò avviene fino al 45% dei casi. [...] Per garantire che il parto a domicilio non determini rischi inutili ed inaccettabili per mamma e neonato, è necessario che vengano rispettati alcuni fondamentali requisiti di sicurezza. Occorre la corretta identificazione dei fattori di rischio assoluto, per i quali è ben dimostrato un aumento della mortalità, e che controindicano il parto a casa. Il parto a domicilio deve essere parto di un sistema di assistenza alla gravidanza e al parto ben integrato con le strutture ospedaliere, come avviene ad esempio nel Regno Unito e in Olanda. In questi paesi le ostetriche sono integrate nei servizi di maternità, hanno elevate skills, anche in termini di numero di parti assistiti e devono garantire un training e standard professionali certificati. [...] Il parto a domicilio deve inserirsi in un network ben organizzato ed integrato con i centri ospedalieri che, come nel Regno Unito, prevedono che in caso di parto a domicilio l'ospedale limitrofo venga preallertato e che ci sia un canale preferenziale e diretto di comunicazione. Deve, infine, essere previsto un sistema di trasporto di emergenza materno (STAM) e neonatale (STEN) efficiente e il domicilio dove avviene il parto non deve essere lontano dall'ospedale.” SOCIETÀ ITALIANA DI NEONATOLOGIA, *Nascere sicuri al tempo del Covid-19*, https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=85907

trano ansia, depressione e comportamenti perfino auto ed etero-aggressivi che, come ormai accertato in condizioni di stress estremo e di emergenza, aumentano i rischi di morbidità perinatale a carico della salute mentale¹². Da qui la necessità di un approccio proattivo, multidisciplinare e integrato dei servizi sanitari rivolto alle donne in gravidanza. Per questo motivo, sono state elaborate diverse raccomandazioni proprio per cercare di fornire un'adeguata assistenza nell'emergenza pandemica che risponda all'esigenza di bilanciare la tutela del benessere materno-feto-neonatale con il ricorso a provvedimenti restrittivi finalizzati a limitare la diffusione del contagio¹³.

3. Covid-19, neonati e bambini

L'infezione da SARS-CoV-2 in pochi mesi si è diffusa dalla Cina in tutti i continenti e ha già determinato nel mondo, in meno di un anno, circa 1 milione e 500mila morti interessando in particolare la popolazione anziana.

Generalmente i bambini che contraggono l'infezione presentano sintomi lievi o sono completamente asintomatici e raramente hanno necessità di cure intensive rispetto a quanto avviene nell'adulto¹⁴. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità del 18 novembre 2020 in Italia dall'inizio dell'epidemia i bambini e ragazzi con infezione da SARS-CoV-2 sono stati 149.219, pari al 12,2% del totale: 43.841 i casi diagnosticati nella fascia di età da 0-9 anni e 105.378 quelli diagnosticati nella fascia 10-19 anni. Le manifestazioni cliniche più severe si sono avute tra i bambini più piccoli con un'età inferiore ad un anno. Sono stati segnalati dall'inizio della pandemia 8 decessi da 0 a 19 anni e tutti i soggetti erano affetti da gravi malattie preesistenti.

12 THAPA S, MAINALI A, SCHWANK S, ACHARYA G., *Maternal mental health in the time of the COVID-19 pandemic*. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020 Jul;99(7): 817-818.

13 ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS, *Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy. Information for healthcare professionals*. Version 12: Published 14 October 2020; ISS. Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza Covid-19. Rapporto ISS Covid-19 n.45/2020; CDC. If you are pregnant, breastfeeding, or caring for young children, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/pregnancy-breastfeeding.html>; SIGO, AOGOI, AGUI, FNOPO, SIN, *Gravidanza e parto in epoca Covid-19: consigli pratici*. <http://www.fnopo.it/news/gravidanza-e-parto-in-epoca-covid-19--consigli-pratici.htm>.

14 DAVIES NG, KLEPAC P, LIU Y ET AL., *Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics*, in *Nature Medicine*, 26: 1205–1211, 2020

L'infezione da SARS-CoV-2 può essere trasmessa dalla mamma al neonato dopo il parto attraverso le goccioline di saliva nel periodo post-natale. La trasmissione verticale intrauterina dell'infezione è stata descritta ma è rara¹⁵. La maggior parte dei neonati infetti sono asintomatici o con una malattia lieve che non richiede un'assistenza intensiva.

Va tenuto presente che una madre asintomatica e paucisintomatica COVID-19 positiva può allattare il proprio neonato in un'organizzazione di rooming-in, quando è possibile realizzare uno stretto controllo dell'infezione, mentre quando una madre positiva è gravemente malata il neonato deve essere separato e nutrito con latte materno fresco spremuto senza la necessità di ricorrere alla pastorizzazione. In ogni caso la decisione di separare o meno madre e bambino va comunque presa per ogni singola coppia, tenendo conto del consenso informato dei genitori, della situazione logistica dell'ospedale ed eventualmente anche dalla situazione epidemio-logica locale relativa alla diffusione del SARS-CoV-2.

Le principali problematiche mediche sulla salute infantile sono legate soprattutto alle conseguenze del confinamento. La paura di frequentare luoghi sanitari considerati a rischio di contagio, soprattutto nella prima ondata della pandemia, l'impatto improvviso e violento del virus su un sistema sanitario non preparato a questa emergenza e la conseguente necessità di dirottare il personale medico nei reparti Covid-19 sono all'origine dei danni indiretti arrecati dalla pandemia su tutto il sistema della prevenzione in età pediatrica. Si è verificata una riduzione delle vaccinazioni (30%) per la chiusura impropria di molti centri vaccinali ed anche per la paura dei genitori di contrarre l'infezione recandosi in queste strutture. Si è avuta una riduzione delle attività di Pronto Soccorso (40-80%) con conseguente ritardo diagnostico di patologie gravi¹⁶. La Società di Endocrinologia Pediatrica ha messo in evidenza che il numero di pazienti con chetoacidosi gravi all'esordio del diabete è passato dal 36% nel periodo pre-Covid al 44% nel periodo del lockdown.

L'Associazione Italiana Ematologia e Oncologia Pediatrica (AIEOP) ha registrato una riduzione di un terzo delle diagnosi di tumore pediatrico. Si è verificata spesso la sospensione di molte terapie riabilitative e un rinvio di controlli di bambini con disabilità. Alcune recenti ricerche hanno inoltre

15 ALTENDAH M, AFSHAR Y, ANNABELLE DE ST MAURICE A ET AL., *Perinatal maternal-fetal/neonatal transmission of COVID-19: a guide to safe maternal and neonatal care in the era of COVID-19 and physical distancing*, in *Neoreviews*. 2020 Dec;21(12): e783-e 794.

16 SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA, *Congresso straordinario digitale "La Pediatria italiana e la pandemia da SARS-CoV-2"*, Roma 27-28 Novembre 2020

messo in evidenza un aumento dei disturbi psichiatrici e un incremento in molti bambini di sovrappeso e obesità legato alla crescita di consumi di alimenti calorici associati ad una diminuzione delle attività sportive¹⁷.

Dobbiamo però constatare che le principali conseguenze nefaste sui bambini e ragazzi sono dovute al fatto che questa pandemia si è rapidamente trasformata da emergenza sanitaria ad emergenza sociale. In poche settimane l'isolamento a casa, necessario per contrastare la diffusione dell'infezione, ha determinato la perdita del lavoro per milioni di persone e la povertà, che interessa soprattutto le famiglie con figli, ha peggiorato la situazione sociale ed accentuato le disuguaglianze già drammaticamente evidenti nelle regioni meridionali e nelle periferie delle grandi città. Nel 2019, la povertà assoluta in Italia, che interessava 1 milione 137mila minori ed era più frequente nelle regioni meridionali e nelle famiglie numerose, è aumentata di molto e secondo un'indagine di Save The Children potrebbe raddoppiare alla fine del 2020¹⁸.

È ben noto che i bambini poveri sono quelli che si ammalano più frequentemente, presentano più spesso malattie croniche e disturbi dello sviluppo comportamentale con conseguenze che perdurano anche nell'età adulta.

Oltre ad una povertà economica si è dovuto constatare per un ampio numero di bambini e di ragazzi un aumento della povertà educativa che sta incrementando il livello di esclusione sociale. Molti di loro non potendo andare a scuola stanno perdendo un momento formativo fondamentale e si sta osservando anche una caduta della stessa motivazione allo studio che difficilmente si potrà recuperare se non si interviene rapidamente. I bambini e i ragazzi di famiglie con un basso reddito, oltre a non avere spesso persone che possano aiutarli a seguire le lezioni trasmesse dagli insegnanti, sono stati penalizzati anche per la mancanza di accesso alla didattica digitale per l'assenza di strumenti informatici e di connessioni. La didattica a distanza con lezioni in diretta su varie piattaforme, anche se ha svolto un ruolo importante, ha messo in maggiore evidenza le disuguaglianze sociali e culturali preesistenti alla pandemia.

17 PIETROBELLI A, PECORARO L, FERRUZZI A ET AL., *Effects of COVID-19 lockdown on lifestyle behaviors in children with obesity living in Verona, Italy: a longitudinal study*, in *Obesity*, 28, 8, 1382-5, 2020

18 SAVE THE CHILDREN, *Proteggiamo i Bambini. Whatever it takes. L'impatto della pandemia sui bambini e sugli adolescenti in Italia e nel mondo*. Ottobre 2020. <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/publicazioni/proteggiamo-i-bambini-whatever-it-takes>

L'isolamento sociale provocato da questa pandemia sta mettendo a rischio il diritto all'istruzione, sancito dalla Dichiarazione universale dei diritti umani dell'ONU e garantito dalla Costituzione, che rappresenta il fattore più importante per salire nella scala sociale e in grado di impedire la trasmissione della povertà da una generazione ad un'altra. Gli studenti, più svantaggiati economicamente, hanno provato la mortificazione dell'essere esclusi da un sistema di cui erano parte integrante prima dell'isolamento.

Particolarmente penalizzati con la didattica a distanza sono stati soprattutto gli studenti con disabilità (3% della popolazione scolastica) che non hanno potuto ricorrere ai sostegni dovuti ed i bambini di genitori immigrati.

È auspicabile il ritorno all'insegnamento in presenza perché solo in tal modo è possibile sviluppare la socializzazione, le relazioni, l'autonomia e il confronto. È indispensabile un progetto politico e sociale che metta la famiglia al centro dell'attenzione e dell'azione del buon governo e la pandemia potrebbe essere l'occasione per correggere, oltre le carenze dell'organizzazione sanitaria, una serie di problematiche che influenzano da molto tempo e negativamente lo sviluppo del Paese come la denatalità, le disuguaglianze che iniziano già alla nascita, la povertà infantile e la criticità del sistema formativo. L'investimento nell'infanzia è il più efficace e duraturo degli investimenti, il miglior contributo alla ripresa economica e allo sviluppo di una società.

Questo richiamo diventa più stringente per bambini che affrontano la pandemia in una condizione di fragilità preesistente, perché affetti da patologie croniche complesse, quali Fibrosi Cistica, severe immunodeficienze, malattie infiammatorie croniche intestinali, malattie rare genetico-metaboliche, endocrinopatie, diabete etc. Per i bambini con problematiche di salute mentale le necessarie restrizioni (interruzione delle attività scolastiche, confinamento a casa, impossibilità di vivere interazioni sociali con i coetanei) determinano la riduzione, se non totale abolizione, dei sostegni psicologici che abitualmente ricevono. Ne consegue che alla vulnerabilità determinata dalla malattia di base si aggiunge questa condizione che impedisce di poter ottenere quel benessere aggiuntivo, che solo luoghi di aggregazione con relazioni positive, possono dare¹⁹.

Nei bambini affetti da disturbi dello spettro autistico questa situazione si traduce in un drastico cambiamento della routine quotidiana, che causa notevoli difficoltà di adattamento. L'improvvisa scomparsa di importanti persone di riferimento (operatori e insegnanti di sostegno) e i cambiamenti radicali

19 LEE J, *Mental health effects of school closures during COVID-19*, in *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Jun;4(6):421

degli ambienti di vita hanno rappresentato importanti criticità: il bambino autistico si è trovato a vivere una vera e propria rivoluzione temporo-spaziale; la vita, di norma diversificata, a seconda dei vari contesti, ora si svolge quasi esclusivamente a casa, spesso in spazi ristretti, con l'impossibilità di utilizzare aree alternative (giardini pubblici, palestre etc.), abituali punti di riferimento. Queste misure restrittive hanno determinato, in alcuni casi, l'aggravamento dei già esistenti disturbi comportamentali, quali l'aumento di stereotipie motorie e di autoregolazione, disorientamento temporo-spaziale e a volte anche aspetti regressivi delle acquisizioni pregresse²⁰.

4. Aspetti psico-sociali

Come già accennato in introduzione, l'epidemia COVID-19, per la sua gravità e diffusione, ha richiesto misure speciali di sanità pubblica di contenimento del contagio, comprese misure eccezionali, quali il confinamento nelle case dei cittadini e la chiusura di attività e luoghi pubblici (il cosiddetto lockdown)²¹. Ne consegue la necessità di indagare, da un punto di vista psicosociale, sia l'impatto della diffusione del virus (ansia e paura per il contagio, dolore per le persone care colpite), sia l'impatto delle diverse misure di contenimento, specie le più estreme.

Questo tipo di ricerca è tanto più importante quanto più cresce la consapevolezza che la pandemia da COVID 19 ci accompagnerà ancora per un certo tempo; e si avverte in conseguenza la necessità di individuare misure più differenziate e possibilmente di minor impatto, economico, ma anche psicosociale. Perdurando la pandemia, si sono infatti create le condizioni per una maggiore considerazione dell'impatto psicosociale del COVID-19, ed è più chiara l'importanza di considerare la salute nella complessità delle sue dimensioni e dei suoi determinanti (biologici, psicologici, sociali).

Studiare le conseguenze dell'emergenza sanitaria sulla salute mentale e sul benessere psicosociale della cittadinanza permette di individuare i fattori di rischio ma anche di protezione e di resilienza, utili per indirizzare le politiche pubbliche. Per fare ciò, è fondamentale tenere presenti le "differen-

20 NARZISI A, *Handle the Autism Spectrum Condition during coronavirus (COVID-19) Stay at Home period: ten tips for helping parents and caregivers of young children*, in *Brain Sci.* 2020 Apr 1;10(4):207

21 Nella letteratura analizzata si distingue fra "confinement" e "isolation". Il primo riguardante tutti coloro che sono a rischio contagio, il secondo coloro che sono stati contagiati. Nel linguaggio comune i due termini si confondono e nell'attuale emergenza si è imposto il termine di lockdown.

ze” e le “vulnerabilità”, consapevoli della particolarità del momento storico. Occorre evitare che i soggetti che già nella normalità della vita sociale sono oggetto di minore attenzione, poiché non hanno voce propria – come i bambini e le bambine – non siano ancora di più relegati ai margini del confronto pubblico sulla pandemia e su come fronteggiarla. Per i bambini, il rischio di non essere adeguatamente considerati come soggetti, portatori di una differenza, è accentuato dal fatto di essere meno esposti al pericolo di ammalarsi: eppure, la differenza del bambino e della bambina si traduce in una variabile psicosociale di rilievo nella risposta all'emergenza pandemica.

Per i bambini, è opportuno chiarire il significato di soggetti differenti (piuttosto che di soggetti vulnerabili, come più comunemente sono definiti): non perché i bambini e le bambine non presentino, in specie di fronte a questa emergenza, aspetti di particolare fragilità e vulnerabilità, come si vedrà; ma perché, innanzitutto, l'ottica del soggetto differente permette di cogliere anche i punti forza: ad esempio, i bambini e le bambine hanno buone capacità di resilienza, che può tradursi in veloce adattamento alle nuove abitudini imposte dalla pandemia e in pronto recupero di stabilità emotiva; inoltre, come sviluppato nel paragrafo precedente, i bambini sono meno esposti ai rischi del contagio.

La differenza del bambino e della bambina può essere definita come un “di più” di relazionalità, con le figure di riferimento, con la madre innanzitutto. Anche per gli adulti, la soggettività si sviluppa nella relazione con l'altro/l'altra, ma certo per i bambini questa relazione è più stretta: a partire da qui, si può avere una visione di insieme sia sugli aspetti di vulnerabilità, sia sui punti forza della risposta dei bambini all'emergenza. Pensiamo ad esempio al fattore di stress, rappresentato dalla perdita della routine quotidiana, della scuola, del gioco con gli altri bambini. Se però i genitori e le altre figure di riferimento saranno attenti a mantenere per quanto possibile le abitudini di sempre e saranno capaci di ricrearne altre nelle nuove condizioni ambientali (compresi tempi e modalità per l'apprendimento così come per il gioco e il relax), si creeranno le condizioni perché i bambini sviluppino le capacità adattive particolari di cui si è detto. In altri termini, il sostegno della cerchia relazionale affettiva intorno al bambino “fa la differenza” nello sviluppo della particolare plasticità del bambino. È questa una delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ai genitori in tempi di pandemia²². Dall'altro lato però, la differenza può tra-

22 WHO, *Helping children cope with stress during the 2019-nCoV outbreak*. <https://resourcecentre.savethechildren.net/node/17033/pdf/helping-children-cope-with-stress-print.pdf>

dursi in maggiore vulnerabilità: i bambini sono più esposti allo stress e ai disturbi psichici connessi (vedi Post Traumatic Stress Disorder – PTSD), perché risentono anche dei fattori di stress che colpiscono i genitori²³. Inoltre, a fronte della maggiore resistenza dei bambini al contagio, si rileva la loro particolare esposizione emotiva ai pericoli che incombono sulla salute e la vita dei genitori e di altre figure di adulti significativi²⁴.

La raccomandazione dell'OMS appena citata ci introduce ad un altro argomento. Ricreare intorno ai bambini un nuovo ambiente di vita scandito da tempi e spazi domestici per l'apprendimento, per il gioco, per il relax può essere facile per alcune famiglie, più difficile, ma possibile, per altre. Per altre ancora pressoché impossibile: ad esempio, se si vive in una casa poco spaziosa e sovraffollata, se si ha un solo computer in famiglia, magari da dividere con altri fratelli e sorelle, se i genitori – specie quelli non di lingua madre italiana – non hanno la preparazione adeguata, e magari neppure il tempo, per accompagnare i bambini nell'apprendimento a distanza.

È qui che la questione della differenza dei bambini e delle bambine si incrocia col quella della “disuguaglianza”, socioeconomica e culturale. La condizione di totale dipendenza dei bambini fa sì che essi siano i più vulnerabili alle disuguaglianze che colpiscono il loro mondo adulto di riferimento: disuguaglianze che la pandemia e la crisi economica hanno accentuato, a partire dall'aumento della povertà assoluta, che cresce in parallelo all'aumento del numero di figli minori presenti in famiglia, come già riportato nell'introduzione.

23 Cfr. SPRANG G, SILMAN M, *Post Traumatic Stress Disorder in parents and youth after health-related disasters*, in *Disaster Med Public Health Prep.* 2013 Feb;7(1):105-10. Questo studio ha indagato le conseguenze psicosociali di alcuni eventi pandemici recenti (l'H1N1, influenza suina, del 2009 e la SARS) così come delle misure di contenimento su genitori e bambini, attraverso un campione di genitori proveniente da 6 stati USA, dal Messico e dal Canada. Rispetto alla diagnosi di Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), si registra una significativa relazione fra la prevalenza del disordine fra i genitori e fra i loro bambini (l'85,7% dei genitori con PTSD hanno i bambini che ne soffrono anch'essi, mentre fra i genitori non affetti da PTSD, solo il 14% dei bambini riportano il disordine). Inoltre, lo studio suggerisce un impatto negativo consistente delle misure di isolamento e di quarantena, come si ricava dal confronto fra i bambini sottoposti a isolamento e quarantena e quelli non sottoposti (il primo gruppo ha il 30% di probabilità in più di soffrire di PTSD).

24 A tal proposito, nel documento già citato, l'OMS raccomanda di fare tutti gli sforzi per non separare i bambini dai genitori e dalle altre persone che si prendono di solito cura di loro e se la separazione è inevitabile (come nel caso di genitore in ospedale), di cercare di mantenere regolari contatti per telefono.

Dalla ricerca esistente, ancora necessariamente scarsa, emerge un quadro complesso dei rischi dell'emergenza sanitaria sulla salute mentale²⁵: i bambini hanno affrontato un radicale cambiamento di ambiente e di abitudini di vita in seguito alla chiusura degli asili e delle scuole; alla interdizione degli spazi pubblici dedicati al gioco, alla interruzione (o riduzione) dei rapporti coi pari e con altri adulti a loro legati da rapporti affettivi (i nonni e altre persone che si prendevano cura di loro); quanto ai genitori (già in condizioni emotive precarie per i timori per la salute e per la crisi economica), si sono trovati a dover dedicare un di più di attenzione ai figli piccoli, pur continuando a lavorare (chi fuori casa, chi a distanza). Di fronte a questi compiti, le madri sono state e sono in prima linea, spesso senza più il sostegno della famiglia allargata e di altri aiuti esterni.

Alcuni studi cercano di individuare i rischi, distinguendo fra la fase acuta e quella successiva, di prevedibile lento ritorno alla normalità. In questa seconda fase, spicca l'aumento delle difficoltà economiche per le famiglie e della disoccupazione, condizioni che sappiamo essere associate all'acuirsi di maltrattamenti in famiglia. Anche sotto questo aspetto, si riconferma il peso delle disuguaglianze, che grava due volte sulle spalle dei bambini più socialmente deboli e emarginati. Altre ricerche e revisioni della letteratura si concentrano sul peso delle misure di contenimento del contagio (la quarantena in specifico) sulla salute mentale: fra chi ha sperimentato la quarantena, si registra un'alta prevalenza di sintomi quali turbe emotive, stati di depressione e di malumore; ma anche di disturbi più specifici (i Sintomi da Stress Post Traumatico sono riportati nel 28%, fino al 34%,

25 FEGERT J, VITIELLO B, PLENER PL, CLEMENS V, *Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality*, in *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020 May 12; 14:20. Cfr. anche: MARCHETTI D, FONTANESI L, MAZZA C, ET AL. Parenting-related exhaustion during the Italian COVID-19 lockdown. *J Pediatr Psychol*. 2020 Nov 1;45(10):1114-1123. Lo studio su un campione di 1226 genitori riporta che il 17% accusa sintomi di esaurimento emotivo e di angoscia, con le madri in maggiore sofferenza; PISANO L, GALIMI D, CERNIGLIA L, *A qualitative report on exploratory data on the possible emotional/behavioral correlates of COVID-19 lockdown on 4-10 years children in Italy*. *PsyArXiv Preprints* 2020. <https://psyarxiv.com/stwbn/>; LEE J, *Mental health effects of school closures during COVID-19*, in *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Jun;4(6):421.

dei casi)²⁶. Quanto ai minori, risulta che i bambini sottoposti a quarantena hanno maggiori probabilità di soffrire di PTSD²⁷.

Uno studio su bambini e adolescenti in Italia, riporta che il 65% dei bambini sotto i 6 anni e il 71% di quelli sopra i 6 anni hanno presentato problematiche comportamentali dipendenti dal lockdown, con sintomatologie di tipo regressivo quali paura del buio, pianto inconsolabile, difficoltà di addormentamento e ansia da separazione; sopra i 6 anni prevale l'alterazione del ritmo sonno-veglia, ossessione per la pulizia, ansia²⁸.

Come accennato, questo filone di ricerca, se ulteriormente sviluppato, può accrescere la consapevolezza sociale e aiutare le politiche pubbliche, sia a prevenire e ridurre per quanto possibile gli effetti negativi delle misure più estreme (ad esempio, con interventi di protezione sociale rivolti ai bambini più svantaggiati e di supporto psicologico mirato, oltre che rafforzando la rete sociosanitaria generale) sia a orientare la scelta delle misure di contenimento, offrendo una guida attenta alle differenze e alle disuguaglianze. La rilevanza etica della valutazione delle politiche pubbliche in questa fase eccezionale di emergenza sanitaria è stata ricordata dal Comitato Nazionale per la Bioetica, che “sottolinea l'importanza di ridurre al minimo indispensabile le misure che più ricadono sui bambini con conseguenze negative, dedicando una specifica attenzione all'interesse del minore quale criterio etico-giuridico fondamentale per la valutazione del rapporto benefici-rischi delle misure ipotizzate”²⁹.

26 Cfr. FEGERT ET AL. cit.; BROOKS SK, WEBSTER RK, SMITH LE, ET AL., *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, in *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):912-920.

27 I bambini in lockdown hanno il 30% di probabilità in più di soffrire di PTSD rispetto ai bambini non sottoposti a questa esperienza, cfr. BROOKS ET AL. cit.

28 Lo studio è stato condotto dall'Istituto Giannina Gaslini e dall'Università di Genova. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8041000.pdf>

29 CNB (2020), cit., p.15. Il parere dedica un intero paragrafo (3.3) alle misure che più hanno avuto un peso sui bambini, in primo luogo la chiusura della scuola. Il CNB valuta che la “Didattica A Distanza” (DAD) abbia avuto un effetto positivo di innovazione della didattica, ma che tuttavia l'uso esclusivo della modalità online di insegnamento abbia portato alla luce vecchie disuguaglianze sociali e culturali, creandone per di più di nuove. Si ribadisce perciò l'importanza della scuola in presenza come occasione fondamentale di socializzazione e strumento di promozione di uguaglianza. Anche il precedente Parere CNB su *COVID 19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale* (Roma, 28 maggio 2020) affronta il tema delle misure pubbliche indicando quali criteri generali di valutazione l'efficacia, la proporzionalità e la limitazione nel tempo.

5. *Preparedness, precauzione, responsabilità condivisa, proporzionalità*

Sotto il profilo bioetico possiamo richiamare alcuni essenziali principi che possono essere di maggiore riferimento, sia per quanto riguarda il ricorso a provvedimenti restrittivi finalizzati al contenimento della diffusione pandemica sia in merito alla loro proporzionalità nel bilanciamento tra benefici attesi e rischi previsti. Una visione, potremmo dire, che potrebbe essere utile non solo nell'immediato. Ebbene, tra i vari principi sono individuati prioritariamente la *preparedness* (tempestiva predisposizione di strategie di azione), la precauzione, la "responsabilità condivisa", la proporzionalità.

Indispensabili, prima di tutto, le misure di sanità pubblica volte a mitigare la diffusione della pandemia con la tempestiva predisposizione di adeguate strategie di azione per prevenire, assistere e mitigare gli effetti sfavorevoli. Interventi che – non solo nell'attualità dell'aggravamento pandemico – potranno essere anche di beneficio per la sanità post Covid-19. In tale contesto è fondamentale il rafforzamento dei livelli appropriati dei servizi essenziali, in maniera uniforme in tutti i territori, con rapide riformulazioni sia per le strutture che per l'organizzazione. Dalla medicina territoriale al reclutamento di personale sanitario; dall'aggiornamento tecnologico degli ospedali e implementazione dei posti letto per patologie emergenti ad una assistenza che sia fornita omogeneamente; dall'aumento delle terapie intensive neonatali a quelle subintensive e intensive per le altre età, in parte già programmate in quest'emergenza, con congruo personale specialistico dedicato; dalla valutazione anticipata dei carichi sul sistema sanitario alla tutela delle fasce più a rischio; etc. La *preparedness* consente di passare dalla "inevitabilità" alla "prevedibilità" con la concreta e precoce realizzazione di misure dedicate. Dobbiamo tener conto che nella sanità, come in altri campi, il "dopo" non sarà né potrà essere come il "prima"³⁰.

La precauzione, a sua volta, richiede interventi cautelativi nell'anticipazione preventiva del rischio – a fronte della rapidità della trasmissione virale – per evitare o limitare conseguenze negative in attesa di predisporre interventi sistematici. Precauzione certo non significa astensionismo. Piuttosto richiede valutazione del rischio (*risk assessment*) e gestione del rischio (*risk management*). Sul piano pratico l'applicazione del principio di precauzione legittima, in situazioni di grave e altrimenti incontrollabile

30 Romano L, *Il lessico del "dopo" da un tempo che sembrava sospeso*. In: Camilli A. (a cura di), *Il caso e la necessità. Covid-19, la (prima?) pandemia del terzo millennio*. Key Ed. 2020, 113-117

diffusione pandemica, anche prescrizioni restrittive per tempi limitati nella ponderata previsione delle conseguenze.

La responsabilità, poi, è paradigma etico imprescindibile per “garantire ogni diritto con un dovere”. Responsabilità in capo allo Stato per assicurare le doverose protezioni in ambito economico, sociale e sanitario sulla guida della Carta costituzionale; responsabilità in capo ad ogni cittadino per assicurare partecipazione e attiva collaborazione. Ciò significa che l’impegno è doverosamente in capo ad ognuno, appunto secondo le proprie responsabilità, anche per rendere effettive disposizioni che, in quanto anche restrittive, devono essere predisposte secondo gradualità e proporzionalità tra benefici attesi e rischi previsti, nella congruità con le evidenze epidemiologiche dei relativi indicatori e delle soglie critiche. È un bilanciamento gravoso che comporta decisioni certamente difficili con ripercussioni in una molteplicità di ambiti. In definitiva, una “responsabilità condivisa” che, dal profondo significato etico-sociale, apre alla solidarietà anche in termini costituzionali.