



**Centro per la  
Salute del  
Bambino**

## **Considerazioni in merito all'effettuazione di test diagnostici e all'attuazione di provvedimenti di quarantena per bambini e ragazzi e i loro contatti.**

### **Messaggi chiave**

*Le esigenze di controllo e contenimento della pandemia Covid-19 devono essere ottemperate garantendo un approccio basato sui dati e sull'interesse del bambino e prevedere quindi:*

- a.** criteri ragionevoli e basati sui dati per l'effettuazione dei test diagnostici a bambini e ragazzi con sintomi (il test non va effettuato necessariamente a tutti)
- b.** la continuità di fruizione di spazi educativi per coloro che risultassero positivi al test, in particolare se in situazioni di fragilità, per difficoltà di apprendimento e/o familiari (la quarantena a domicilio non è l'unica opzione)
- c.** il mantenimento dell'operatività di servizi educativi e di scuole (la presenza di casi positivi tra alunni, insegnanti e personale non deve condurre a chiusura parziale o totale del servizio se non in casi eccezionali)

## Finalità e obiettivi

Questa nota si propone di stimolare una riflessione in merito all'effettuazione di test diagnostici e all'attuazione di provvedimenti di quarantena per bambini, ragazzi e i loro contatti. Non ha, né potrebbe avere, un carattere normativo, piuttosto intende essere di supporto alle decisioni relative ai bambini e ragazzi da 0 a 18 anni da parte di: medici di famiglia (PLS e MMG); sanitari incaricati dai Dipartimenti di prevenzione di proporre o disporre di provvedimenti di quarantena; dirigenti scolastici, in particolare riguardo alla sicurezza del personale e alla predisposizione di alternative didattiche appropriate in caso di riscontro di casi positivi tra bambini e ragazzi. La nota considera le linee guida elaborate da Min.Salute-MIUR-ISS-INAIL (1) come punto di riferimento e tratta solo alcuni aspetti della complessa questione Covid-19 e scuola, quelli sui quali le stesse linee-guida, ferme restando alcune indicazioni di massima, lasciano (opportunamente) un margine di discrezionalità ai PLS/MMG riguardo all'esecuzione del test, così come ai responsabili incaricati dei Dipartimenti di prevenzione e ai dirigenti scolastici circa le misure da adottare.

Posto che la minimizzazione dei rischi di diffusione contagio nella popolazione costituisce obiettivo comune, **il documento si pone esplicitamente l'obiettivo di minimizzare anche i rischi per il bambino (e per gli altri alunni e per la scuola intera) e i disagi per le famiglie derivanti da provvedimenti diagnostici e di contenimento non necessari.** Come ampiamente documentato, tali rischi e disagi possono assumere dimensioni (per proporzione di soggetti affetti e per gravità) maggiori, in alcuni casi molto maggiori, di quelli direttamente conseguenti all'infezione (2-6). I professionisti della salute, della scuola e di altri servizi devono essere pienamente consapevoli dei principi, dei valori e dei rischi che sono in gioco, possibilmente condividendoli e non facendosi paladini di un punto di vista parziale. Altrimenti, accade che la realtà sia letta nella sola prospettiva del contenimento del rischio di contagio, per la collettività e per sé stessi, dimenticando ogni altra considerazione, ad esempio i rischi per la salute dei bambini derivanti da decisioni di quarantena, i rischi derivanti dalla mancata frequenza di spazi educativi, i rischi per la stessa vitalità di questi spazi. O che i rischi per il personale della scuola siano sopravvalutati e attribuiti alla sola presenza di bambini potenzialmente infetti.

## Principi ispiratori

**Il primo** principio è quello secondo il quale **devono essere i dati e le evidenze a guidare l'azione.** I dati e le evidenze non sempre, e certo non ancora per quanto riguarda il Covid-19, parlano chiaro, ma forniscono comunque elementi importanti che vanno conosciuti.

**Il secondo** è il principio **del primario interesse del bambino**, che trova il suo fondamento nella Convenzione per i Diritti dell'Infanzia, e si traduce, tra l'altro, nella necessità di dare **priorità assoluta alla scuola**, concetto a parole condiviso da tutti, ma che deve trovare attuazione nei fatti.

**Un terzo** principio, conseguente al precedente, che **la decisione deve tenere conto del contesto (individuale, familiare, scolastico)** del bambino o del gruppo di bambini o ragazzi, in quanto è proprio questo contesto che può indirizzare la scelta di una piuttosto che di un'altra opzione in una situazione data.

Infine, la proposta implica la **ricerca del coinvolgimento delle famiglie, delle classi e delle scuole o dei servizi educativi**, e di eventuali altri servizi - pubblici, privati e del terzo settore - in scelte operate secondo principi e criteri espliciti e argomentati. Questo rappresenta non solo un valore in sé, ma anche uno strumento per contrastare meglio, attraverso la corretta informazione basata sui dati e la condivisione delle scelte, l'epidemia in corso, e prepararsi per eventuali emergenze future, anche di altra natura.

Allargare la visuale considerando i diversi e valori in gioco, a partire appunto dall'interesse del bambino, implica scelte non agevoli in quanto **non sempre è possibile identificare soluzioni che soddisfino completamente tutte le esigenze e le esigenze di tutti.** È proprio per questo motivo che ci si propone di supportare, in maniera non cogente (né potrebbe essere altrimenti, non essendo i proponenti di questo documento investiti di alcuna autorità in materia) i singoli professionisti, le autorità sanitarie locali e i dirigenti scolastici nelle loro scelte.

*Un esempio, tra i tanti che si possono fare per illustrare la necessità di decisioni più meditate e contestuali su eventuali quarantene: in Italia, a seconda dei contesti territoriali, tra il 5 e il 20 per cento dei bambini presentano fragilità particolari (difficoltà di apprendimento di varia natura, unite o meno a contesti familiari difficili). Per questi, l'imposizione di una quarantena a casa rappresenta un vulnus importante, da non sottovalutare né nella sua gravità immediata né nelle sue possibili conseguenze a lungo termine. Senza contare le difficoltà di uno o entrambi i genitori ad assicurare la loro presenza a scapito delle loro attività lavorative. Le misure, annunciate dalla Ministra Bonetti, tese ad assicurare il lavoro da remoto a genitori con necessità di assistenza ai propri bambini sono appropriate, ma potranno essere applicate solo a lavoratori con regolare contratto e una tipologia di lavoro compatibile. Le esigenze di questi bambini e questi genitori vanno salvaguardate attraverso un dialogo tra i sanitari coinvolti, la scuola, la famiglia ed altri servizi (terzo settore incluso) per dare loro la possibilità di permanere nell'ambito scolastico, o comunque in un ambiente in grado di assicurare sicurezza e continuità educativa.*

## **Considerazioni riguardanti l'effettuazione dei test diagnostici<sup>1</sup>, l'attuazione di provvedimenti di quarantena sui bambini e ragazzi e sui loro contatti, e la protezione del personale della scuola.**

### ***a) Esecuzione di test diagnostici***

Nell'attuale situazione epidemiologica, non è necessario (come le LG ministeriali giustamente riconoscono) effettuare il test per tutti i bambini sintomatici, cosa peraltro impossibile visto che si tratterebbe di testare nel giro di pochi mesi tutti i bambini e più volte<sup>2</sup>. Va tenuto conto che la maggior parte dei contagiati da Covid-19 è asintomatica, e che quindi un bambino con **sintomi generici di tipo influenzale ha una probabilità molto più elevata di essere affetto da una infezione (o altra patologia) diversa dal Covid 19 piuttosto che dallo stesso virus**, tanto più quanto è bassa la sua età (7-10).

Va tenuto conto che **il numero di bambini e ragazzi Covid positivi e asintomatici, che possono frequentare scuole e servizi educativi senza poter essere mai individuati se non per eventuale tracciamento a partire da casi indice, è con ogni probabilità maggiore di quelli Covid positivi e sintomatici**. Questo dovrebbe indurre da un lato a considerare con molta prudenza l'opzione quarantena collettiva, perché si può arrivare alla situazione paradossale per cui una classe o un'intera scuola venga sottoposta a quarantena per la presenza di alcuni casi, e un'altra no anche se in realtà i bambini positivi sono molti di più; dall'altro a considerare la protezione del personale scolastico come funzione indipendente dall'eventuale ricerca e identificazione di casi positivi.

### ***b) Provvedimenti di quarantena a domicilio***

Come ormai di dominio comune, la quarantena a domicilio espone i bambini non solo ai rischi derivanti dalla perdita di opportunità di apprendimento (solo in piccola parte, e solo per i ragazzi più grandi, compensabile dalla didattica a distanza) ma anche alle conseguenze sia dell'isolamento sociale che di eventuale maggiore esposizione a situazioni familiari difficili.

**La scelta della quarantena a domicilio non può essere fatta senza una attenta considerazione delle implicazioni e delle alternative possibili, che vanno quindi considerate e predisposte.**

<sup>1</sup> Il documento non entra nel merito dei test diagnostici, per i quali si rinvia alle LG già citate

<sup>2</sup> In bambini di età inferiore a 5 anni, ad esempio, il n. di infezioni con sintomi respiratori con e senza febbre è, nel periodo scolastico, di 1 ogni 2 mesi. Nello stesso periodo, la probabilità che questa sintomatologia sia imputabile al covid, anche in aree a discreta diffusione (ad es. 50 casi in due settimane per una popolazione di 10.000 bambini sotto i 5 anni) è molto bassa. Addirittura, in bambini di età inferiore a 10 anni, sintomi di tipo influenzale associati a un test positivo al covid-19 hanno maggiori probabilità di essere prodotti da un altro agente infettivo!

In armonia con i principi enunciati e le considerazioni basate sui dati e le conoscenze a disposizione, si ritiene fondamentale differenziare la possibile casistica in relazione ad alcuni elementi contestuali:

- a) **clinici:** tipologia sintomi, ascrivibilità degli stessi ad altra causa evidente (es. otite, faringotonsillite, altro), storia dei sintomi e dei contatti a partire da quelli familiari, eventuali altre patologie sia nel bambino che nei familiari, eventuali test - inclusi quelli serologici - eseguiti in precedenza sui bambini e/o sui loro contatti e loro risultati; in base a quanto sappiamo della sintomatologia da covid-19 nei bambini, è arduo basare l'esecuzione del test sui soli dati clinici.
- b) **epidemiologici:** situazione locale dell'epidemia (ad es. n. casi negli ultimi due settimane nel territorio aziendale, trend<sup>3</sup>), profilo di rischio dei familiari conviventi (età, patologie, professione).
- c) **contesto dei servizi:** disponibilità di test e in che tempi, situazione dei servizi educativi e scolastici, pubblici e non, e possibilità (che va costruita) di soluzioni che consentano al bambino, per disponibilità di spazi e personale, di restare a scuola o in altri ambienti messi a disposizione a questo fine da Comuni, Terzo settore, Parrocchie, ecc. in sicurezza e con sostegno educativo adeguato.

Riconoscendo che la casistica è potenzialmente infinita, tenendo conto delle diverse combinazioni possibili tra fattori individuali e di contesto, si propongono nella tabella che segue alcune situazioni che si ritengono comuni ed esemplificative di come tener conto dei diversi contesti per le decisioni riguardanti sia l'esecuzione dei test che i provvedimenti di quarantena.

| TIPOLOGIA   | EPIDEMIOLOGIA                  | CONTESTO                                       | TEST                                 | QUARANTENA  |
|---|--------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| Clinica compatibile con Covid in bambino senza patologie associate          | > 50 casi/15 gg nel territorio | Conviventi fragili                             | Fare <sup>4</sup>                    | Da fare, attivando la protezione di conviventi fragili                              |
| Clinica compatibile con Covid in bambino con BES                            | Indifferente se alta o bassa   | Genitori lavorano entrambi_ non altri sostegni | Fare                                 | <b>Considerare soluzioni alternative in spazi protetti e con supporto didattico</b> |
| Clinica compatibile con Covid in bambino senza patologie associate          | < 50 casi/15 gg nel territorio | Conviventi non a rischio                       | <b>Non fare, seguire con PLS/MMG</b> | Da non fare   |
| Bambino risultato positivo per tracciamento, non problematiche particolari  | Definita dal tracciamento      | Problematiche familiari assenti <sup>5</sup>   | Già fatto per definizione            | Da fare   |
| Bambino risultato positivo per tracciamento con problematiche (BES o altro) | Definita dal tracciamento      | Problematiche familiari presenti               | Già fatto per definizione            | <b>Non fare, considerare alternative (come sopra)</b>                               |

In **corsivo grassetto** le opzioni alternative all'automatismo sintomi > test e test positivo > quarantena a domicilio che si ritiene debbano essere considerate: si noti che tali opzioni non sono esplicitamente escluse dalle linee guida ministeriali.

3 Dati che devono essere messi a disposizione e continuamente aggiornati da parte delle Aziende Sanitarie a PLS/MMG

4 In questo caso autorevoli istituzioni scientifiche propongono che il rientro a scuola possa seguire il primo tampone negativo in un bambino precedentemente positivo senza attendere il secondo di conferma, se sono passati almeno 10 gg dall'esordio e 3 dalla scomparsa de sintomi (10-12), questo al fine di evitare isolamenti prolungati non giustificati.

5 È ovvio che si tratta di una definizione, quella di problematiche presenti o assenti, troppo netta. Serve qui a sottolineare che queste problematiche vanno considerate nella decisione, in tutte le loro possibili declinazioni.

### **c) Protezione del personale della scuola**

È utile infine ricordare che la **protezione di sanitari, insegnanti e personale dei servizi** va salvaguardata innanzitutto con la piena applicazione delle misure di protezione individuale, distanziamento, sanificazione e areazione degli ambienti. I dati dicono che **il rischio di infezione da covid-19 per un/a insegnante dipende dal suo comportamento, e dalle misure generali di distanziamento, areazione e sanificazione più ancora che da quello degli altri (bambini compresi) sia nel contesto scolastico che extrascolastico**. Affidare questa protezione all'isolamento di alcuni bambini perché sintomatici o "tracciati" come contatti è un'illusione, in quanto in ogni caso il numero dei bambini e adulti positivi, quindi potenzialmente fonte di contagio, circolanti ma non identificati è molto superiore a quello dei positivi identificati.

*In conclusione, lavorando tutti assieme, dovremmo porci l'obiettivo di ridurre al minimo, e azzerare per i bambini in condizioni di difficoltà individuali e/o familiari, soprattutto nella scuola primaria e secondaria di primo grado, la perdita di attività educative svolte in presenza.*

*Il documento è stato sottoscritto dall'Associazione Culturale Pediatri in data 29 agosto 2020*

## **Bibliografia**

1. ISS, Min Salute, MIUR, INAIL. Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia. Agosto 2020.
2. Unesco. Covid-19 impact on education. <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>.
3. Crawley E, Loades M, Feder G, et al. Wider collateral damage to children in the UK because of the social distancing measures designed to reduce the impact of COVID-19. *BMJ Paediatr Open* 2020;4: e000701.
4. Tamburlini G, Marchetti F Bertino E et al. Bambini e coronavirus: la doverosa ricerca di un equilibrio tra i presunti rischi e i documentati danni collaterali. *Medico e Bambino*, 2020:6.
5. Marchetti F. and Tamburlini G. Time to go back to school: several good reasons beyond low infection risk. *BMJ* 2020;370:m2625 doi: 10.1136/bmj.m2625
6. Editorial. Prioritising children's rights in the COVID-19 response. *Lancet Child and Adolescent Health*, 4 July 2020.
7. Munro APS, Faust SN. Children are not COVID-19 super spreaders: time to go back to school. *Arch Dis Child* 2020;105:618-9.
8. Davies NG, Klepac P, Liu Y, Prem K, Jit M, Eggo RM; CMMID COVID-19 working group. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med*. Published online June 16, 2020. doi:10.1038/s41591-020-0962-9.
9. Green P. Risks to children and young people during covid-19 pandemic. *BMJ* 2020;369:m1669. doi: 0.1136/bmj.m1669 pmid: 32345583.
10. Centers for Disease Control. Operating schools during COVID-19: CDC's Considerations. Updated Aug. 21, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/schools.html>
11. Firth JA et al. Combining fine-scale social contact data with epidemic modelling reveals interactions between contact tracing, quarantine, testing and physical distancing for controlling COVID-19. *LSHTM* 25.05.2020 <https://cmmid.github.io/topics/covid19/tracing-network-local.html>
12. Russell MV, et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 infection amongst children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. *LSHTM* 22.05.2020

*Questa nota è aggiornata alle conoscenze disponibili al 27 agosto 2020*