

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ufficio del Segretario generale

Ufficio Studi e Rapporti Istituzionali

Comitato Nazionale per la Bioetica

bioetica.governo.it

*Covid - 19 e bambini:
dalla nascita all'età scolare*

23 ottobre 2020



Presidenza del Consiglio dei Ministri

La riproduzione e la divulgazione dei contenuti del presente volume sono consentite fatti salvi la citazione della fonte e il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

PRESIDENTE

Prof. Lorenzo d'Avack

Professore Emerito di Filosofia del Diritto e Docente di Biodiritto e nuove tecnologie, Università di Roma L.U.I.S.S.

VICEPRESIDENTI

Prof.ssa Laura Palazzani

Vicepresidente Vicaria

Ordinario di Filosofia del Diritto, Università Lumsa di Roma

Dott. Riccardo Di Segni

Rabbino Capo della Comunità Ebraica di Roma

Prof.ssa Mariapia Garavaglia

Già Ministro della Salute

MEMBRI

Prof. Salvatore Amato

Ordinario di Filosofia del Diritto, Università degli Studi di Catania

Prof.ssa Luisella Battaglia

Già Ordinario di Filosofia Morale e Bioetica, Università degli Studi di Genova

Presidente dell'Istituto Italiano di Bioetica

Prof. Carlo Caltagirone

Già Ordinario di Neurologia, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Direttore scientifico Fondazione Santa Lucia di Roma

Prof. Stefano Canestrari

Ordinario di Diritto Penale, Università degli Studi Alma Mater di Bologna

Prof.ssa Cinzia Caporale

Coordinatrice del Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Prof. Carlo Casonato

Ordinario di Diritto Costituzionale Comparato, Università degli Studi di Trento

Prof. Francesco D'Agostino

Professore Emerito di Filosofia del Diritto, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Prof. Bruno Dallapiccola

Già Ordinario di Genetica Medica, Università di Roma La Sapienza

Direttore scientifico Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, IRCCS

Prof. Antonio Da Re

Ordinario di Filosofia Morale, Università degli Studi di Padova

Prof. Mario De Curtis

Già Ordinario di Pediatria, Università degli studi di Roma La Sapienza

Prof. Gianpaolo Donzelli

Già Ordinario di Pediatria, Università degli Studi di Firenze

Presidente Fondazione Meyer

Prof. Silvio Garattini

Presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"

Prof.ssa Marianna Gensabella

Già Ordinario di Filosofia Morale, Università degli Studi di Messina

Prof. Maurizio Mori

Già Ordinario di Filosofia Morale e Bioetica, Università degli Studi di Torino

Presidente Consulta di Bioetica Onlus

Prof.ssa Assunta Morresi

Associato di Chimica-fisica e Presidente del Corso di laurea magistrale in Biotecnologie Molecolari e Industriali, Università degli Studi di Perugia

Prof.ssa Tamar Pitch

Già Ordinario di Filosofia e Sociologia del Diritto, Università degli Studi di Perugia

Prof. Lucio Romano

Docente di Bioetica, Ginecologia e Ostetricia

Prof. Massimo Sargiacomo

Ordinario di Economia Aziendale, Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti – Pescara

Prof. Luca Savarino

Professore di Bioetica, Università del Piemonte Orientale

Coordinatore Commissione Bioetica Chiese Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia

Prof.ssa Lucetta Scaraffia

Già Professore di Storia contemporanea, Università di Roma La Sapienza

Prof.ssa Monica Toraldo di Francia

Filosofa politica, Già Professore aggregato di Bioetica presso il Corso di laurea in Filosofia dell'Università di Firenze e già Docente di Bioethics presso la Stanford University

Dott.ssa Grazia Zuffa

Psicologa e Psicoterapeuta

COMPONENTI DI DIRITTO**Dott. Maurizio Benato**

Delegato Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

Dott.ssa Carla Bernasconi

Delegata Federazione Nazionale degli Ordini dei Veterinari Italiani

Dott. Amedeo Cesta (sino al 17 novembre 2021)

Delegato Consiglio Nazionale delle Ricerche

Dott. Giovanni Maga (dal 18 novembre 2021)

Delegato Consiglio Nazionale delle Ricerche

Prof.ssa Paola Di Giulio (dal 4 marzo 2019)

Delegata Consiglio Superiore di Sanità

Dott. Carlo Petrini

Delegato Istituto Superiore di Sanità

SEGRETERIA E REDAZIONE

Dott.ssa Agnese Camilli, coordinatore

Sig.ra Lorella Autizi

Dott.ssa Monica Bramucci

Dott.ssa Patrizia Carnevale

Dott.ssa Raffaella Maria Falco

Sig. Angelo Rocchi

Dott. Carlo Santoro

Presidenza del Consiglio dei Ministri



**COVID-19 E BAMBINI:
DALLA NASCITA ALL'ETÀ SCOLARE**

23 ottobre 2020

INDICE

| | |
|--|----|
| Presentazione..... | 9 |
| 1. Premessa..... | 11 |
| 2. Covid-19: la gravidanza, il parto e il neonato | 11 |
| 3. Covid-19 e i bambini nell'età prescolare e scolare..... | 14 |
| 3.1 Aspetti sanitari | 14 |
| 3.2 Conseguenze psicologiche e sociali del <i>lockdown</i> sui bambini | 16 |
| 3.3 Conseguenze educative e scolastiche del <i>lockdown</i> | 17 |
| Raccomandazioni | 19 |

Presentazione

Il CNB sottolinea le ripercussioni specifiche indotte dalla pandemia sulla salute globale dei bambini e sui principali aspetti bioetici sottesi, con specifica attenzione già dalle primissime correlazioni esistenti nell'unità materno-feto-neonatale, fino alle prime fasi dello sviluppo, quali l'infanzia e la fanciullezza.

Nell'ambito della gravidanza, parto e vita neonatale, precauzione e responsabilità sono indicati come i principi bioetici irrinunciabili per la "relazione di cura" in persone che necessitano di una tutela specifica. L'analisi sulla condizione dei bambini nell'età prescolare e scolare è approfondita sul piano degli aspetti sanitari, con particolare attenzione alle fragilità di bambini con malattie croniche, disabilità, patologie rare e alla discontinuità delle cure. Sono prese in considerazione le conseguenze psicologiche e sociali del *lockdown*, con specifica attenzione al disagio sociale e alle diseguaglianze economico-sociali-culturali. Il parere affronta in modo specifico le conseguenze della chiusura delle scuole, le problematiche connesse alla riapertura delle scuole e alla didattica a distanza, evidenziandone le opportunità e le criticità (in particolare l'aggravio della vita quotidiana per le famiglie e il divario digitale, ossia il divario esistente tra chi ha accesso effettivo alle tecnologie dell'informazione e chi ne è escluso in modo parziale o totale).

Il Comitato, nel contesto dell'intreccio indissolubile, in questo ambito, delle problematiche politiche, economiche, sociali, cliniche e sanitarie, richiama l'esigenza di un inquadramento dei problemi nella prospettiva bioetica della precauzione, prudenza e responsabilità nell'impegno di tutelare soprattutto chi è in situazioni di specifica e temporanea vulnerabilità. Il Comitato riconosce l'interesse del minore quale criterio etico-giuridico fondamentale per la valutazione del rapporto benefici-rischi delle misure di contenimento della pandemia e individua la centralità della scuola nell'ambito della crescita personale e sociale dei bambini. Rileva inoltre l'esigenza di promuovere una ricerca multidisciplinare sui determinanti bio-psico-sociali della salute del bambino nell'ambito della pandemia Covid-19, che possa costituire la base di linee guida interdisciplinari, per una riduzione degli effetti negativi e per un superamento delle problematiche emerse sul piano sanitario, psicologico e sociale.

Il Comitato raccomanda particolare cura e supporto psicologico per i piccoli minori più vulnerabili, con disabilità o provenienti da situazioni familiari critiche, che hanno sofferto maggiormente degli effetti della pandemia e della chiusura dei servizi educativi; la promozione di un'educazione alla responsabilità nei confronti della salute individuale e della salute pubblica, sia all'interno dell'iter curricolare scolastico sia con iniziative formative extracurricolari, con il coinvolgimento anche dei familiari e degli operatori scolastici.

Il parere è stato redatto dai Proff.: Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Giampaolo Donzelli, Lucio Romano, Grazia Zuffa, con i contributi dei Proff.: Stefano Canestrari, Anna Gensabella, Laura Palazzani.

Alla elaborazione del testo ha contribuito la preziosa audizione, il 25 settembre 2020, del Prof. Alberto Villani, Presidente della Società Italiana di Pediatria e componente del CTS – Covid 19.

Il parere è stato votato, all'unanimità dei presenti, dai Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Gianpaolo Donzelli, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.

Assenti alla seduta, hanno successivamente manifestato la propria adesione al parere i Proff.: Carlo Caltagirone (presente alla plenaria, ma assente al momento della votazione), Maurizio Mori, Massimo Sargiacomo, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia.

Pur non avendo diritto di voto, hanno aderito: per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato; per il Presidente del CNR il delegato, Dott. Amedeo Cesta; per il Presidente del CSS la delegata, Prof.ssa Paola Di Giulio; per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini.

Assente alla seduta, ha successivamente aderito: per il Presidente della FNOVI la delegata, Dott.ssa Carla Bernasconi.

Prof. Lorenzo d'Avack
Presidente del CNB

1. Premessa

Il Comitato Nazionale per la Bioetica, in precedenti Pareri, ha già inteso offrire delle riflessioni su alcuni interrogativi, complessi e problematici sotto il profilo bioetico, posti dalla pandemia da COVID-19. In particolare, su *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del triage in emergenza pandemica* e *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*.

La pandemia, nella sua rapida e drammatica diffusione, richiede il ricorso a provvedimenti a salvaguardia della salute di ogni singolo cittadino e nell'interesse della collettività; evidenzia ancor più vulnerabilità già presenti; impegna tutti, ognuno per le proprie responsabilità, nel contrasto di un nuovo virus che si nasconde tra le nostre umane relazioni; prescrive il necessario distanziamento fisico e il rigoroso ricorso a procedure per evitarne la diffusione; ha creato insicurezza e accentuato solitudini.

Eppure, questa pandemia richiama ancor più la responsabilità verso il bene comune, intesa come presa in carico dell'altro e di ogni altro, ancor più nella vulnerabilità: paradigmi basilari che sono in grado di garantire ogni diritto con un dovere, secondo una "responsabilità condivisa". In questa ottica sono da comprendere le misure adottate per il contrasto alla pandemia, anche se dall'impatto certo gravoso sulla vita sociale ed economica ma circoscritti entro un tempo definito.

In questo contesto il Comitato Nazionale per la Bioetica prosegue un percorso di riflessione, in particolare su *Covid-19 e bambini: dalla nascita all'età scolare*, per le ripercussioni specifiche indotte dalla pandemia sulla salute globale dei bambini e sui principali aspetti bioetici sottesi, con specifica attenzione già dalle primissime correlazioni date dall'unità materno-feto-neonatale, fino alle prime fasi dello sviluppo, quali l'infanzia e la fanciullezza.¹ Tra l'altro non sfuggono le criticità, certamente non secondarie, inerenti a bambini con patologie croniche o disabilità che, a causa delle riorganizzazioni dei servizi sanitari indotte dalla diffusione della pandemia, non possono usufruire di adeguata assistenza, con prevedibile aggravamento delle condizioni cliniche.

Diversi gli aspetti meritevoli di attenzione nel rapporto pandemia da Covid-19 e bambini. Il CNB non ritiene opportuno analizzare tutte le condizioni che nella pandemia in corso influenzano negativamente la salute psichica, fisica e sociale del bambino, in quanto ciò esulerebbe dalle finalità di questo Parere. Si individuano qui le condizioni più importanti che coinvolgono bambini affetti da patologie di rilevanza medica nonché psico-sociale, che possono essere riassunte come "fragilità socio-sanitarie", paradigmatiche dello scenario in cui si viene a trovare il bambino "impedito" dal Coronavirus. Diverse le implicazioni, non solo di carattere bioetico, che il Parere affronta senza alcuna pretesa di esaustività, visto anche il progressivo evolversi degli studi e delle ricerche.

2. Covid-19: la gravidanza, il parto e il neonato

La pandemia da Covid-19 segna un tempo dai molteplici interrogativi e da varie criticità anche per le gestanti, con ripercussioni sulla complessa e peculiare unità psicofisica materno-feto-neonatale, di particolare importanza per lo sviluppo neuropsichico del bambino e di specifica vulnerabilità per le possibili conseguenze indotte dalla pandemia. Aumento di depressione, ansia, stress fino a comportamenti auto ed etero-aggressivi, sono ricorrenti, per la gestante, nelle situazioni di crisi, così come in eventi epidemici straordinari. Altro fattore destabilizzante è la modificazione dei modelli organizzativi del "percorso nascita" – anche diversi da territorio a territorio, da regione a regione – per quanto necessari alla pianificazione assistenziale per il contenimento del contagio.

¹ Secondo la classificazione: prima infanzia (0-2 anni), seconda infanzia (2-6 anni), fanciullezza (6-10 anni), preadolescenza (10-14 anni), adolescenza (14-18 anni).

Anche in merito al rapporto tra Covid-19 e gravidanza, le conoscenze scientifiche sono in continua evoluzione – come si evidenzia dalla letteratura accreditata – con progressivi chiarimenti, a fronte di quanto poco o nulla era dato sapere appena pochi mesi orsono.

Sotto il profilo biomedico, allo stato attuale delle conoscenze emergono alcune essenziali considerazioni: le gestanti, esclusi i casi con precedenti comorbidità, non sono a maggior rischio di malattia rispetto alle donne non gravide; così la polmonite Covid-19 nelle gestanti si presenta con caratteristiche analoghe a quella delle donne non in gravidanza.² È documentata la trasmissione per via aerea dell'infezione da Coronavirus dalla madre al neonato dopo la nascita e sono segnalati rari casi in cui si è verificata una trasmissione verticale (vita intrauterina) dalla madre infetta al feto attraverso la placenta.³ 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 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus). A tutt'oggi non c'è stato alcun decesso di gestante in Italia.⁴ L'allattamento, per i noti vantaggi del latte materno, va promosso e incoraggiato anche per le donne con infezione da Coronavirus, mettendo però in atto tutte le procedure in grado di ostacolare la trasmissione dell'infezione dalla madre al neonato e al personale di assistenza. È fondamentale il ricorso della madre ai Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), secondo il principio di precauzione.

Sulla base di modelli organizzativi integrati ospedale-territorio e delle relative indicazioni consigliate, si evidenzia la necessità di ricorrere sempre alle principali e classiche norme di precauzione (distanziamento fisico, igiene delle mani, uso dei DPI) per evitare il contagio. Così il triage di accettazione prevede la permanenza della gestante presso il proprio domicilio, con consulenze telefoniche di personale sanitario specializzato per valutare l'opportunità di ulteriori controlli o del ricovero in situazioni di necessità, sempre con il consenso informato della gestante. In particolare, poi, risultano necessari il ricorso, nella struttura sanitaria di ricovero, a percorsi assistenziali riservati alle sole gestanti Covid-19 positive/sospette; il distanziamento fisico e la limitazione di accompagnatori; la disponibilità di un team multidisciplinare; la possibilità di presenza di persona a scelta della donna durante il travaglio, il parto e la degenza, fermi restando gli indispensabili screening e monitoraggi per evitare contagi.⁵ Tuttavia, si rileva nell'assistenza una significativa restrizione in merito alla presenza di altra persona durante il parto, così come per le procedure che assicurano un efficace rafforzamento del legame madre-neonato (*bonding*) quali il contatto pelle a pelle (*skin to skin*) dopo la nascita e la pratica della permanenza del bambino nella stessa stanza della madre fin dopo il parto (*rooming in*).

Come ben noto, in gravidanza si possono anche manifestare depressione postpartum, disturbi d'ansia e dell'umore con associati rischi a breve e a lungo termine sullo sviluppo cognitivo e psicologico a carico dei figli.⁶ Questi disturbi hanno una maggiore possibilità di

² G. A. RYEAN et al., *Clinical Update on Covid-19 in Pregnancy: a Review Article*, in "J. Obstet. Gynaecol. Res.", 2020 Aug 46(8):1235-1245, doi: 10.1111/jog.14321.

³ A. KOTLYAR et al., *Vertical Transmission of Coronavirus Disease 2019: a Systematic Review and Meta-Analysis*, in "J. Obstet. Gynecol. Res.", 2020 Jul 31: S0002-9378(20)30823-1, doi: 10.1016/j.ajog.2020.07.049.

⁴ 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 infezione in gravidanza da 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.

⁵ ISS Rapporto COVID-19 n. 45/2020, *Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19*.

⁶ CNB, *Aiuto alle donne in gravidanza e depressione post-partum*, 16 dicembre 2005; CNB, *La gravidanza e il parto sotto il profilo bioetico*, 17 aprile 1998; CNB, *Venire al mondo*, 15 dicembre 1995.

incidenza in condizioni di stress estremo e in situazioni di emergenza, come evidenziato in pandemia Covid-19, con conseguenze sul benessere perinatale.⁷

Da qui la necessità di un approccio proattivo, multidisciplinare e integrato dei servizi sanitari rivolto alle donne in gravidanza.

Per cercare di fornire un'adeguata assistenza nell'emergenza pandemica, anche al fine di ridurre la possibilità di contagio, sono stati elaborati consigli pratici e raccomandazioni.⁸ Tra queste, è stata richiamata la necessità di posticipare le visite di routine prenatali o postnatali nelle strutture sanitarie, con la possibilità di soddisfare richieste di consulenza e assistenza – prenatale, postnatale e monitoraggio (*follow-up*) – tramite collegamento da remoto e con telemedicina⁹, nonché aggiornare i piani di preparazione (*preparedness*) alla nascita e alle eventuali complicazioni.¹⁰ Ciò significa, altresì, una necessaria, preventiva individuazione dei bisogni psicologici della gestante per poter assicurare gli appropriati e tempestivi supporti.

Risulta evidente che, se da un lato sono necessarie misure di sanità pubblica volte a mitigare la diffusione della pandemia, dall'altro è parimenti necessaria la predisposizione di strategie di azione (*preparedness*) per assistere, prevenire o ridurre gli effetti sfavorevoli.¹¹ In tale contesto è richiesta la garanzia per il mantenimento dei livelli appropriati dei servizi essenziali.

Le incertezze e le previsioni negative sull'economia, con le inevitabili ripercussioni in ambito occupazionale, aumentano il carico psicologico negativo sulle donne in gravidanza e sulle neomamme. Alcuni studi evidenziano anche il possibile verificarsi del ricorso a consumo di alcol e sostanze, con gravi ripercussioni sul benessere psicofisico e sociale; di forme di abuso e di potere da parte del partner; della volontaria marginalizzazione per deprivazione socioeconomica; del ridotto ricorso ai servizi sociosanitari tra le famiglie a basso reddito e nelle comunità di immigrati.¹²

In tempi di pandemia è richiesto, pertanto, maggiore impegno e responsabilità nella coniugazione tra il diritto alla tutela della salute per la singola persona e l'interesse della collettività, stabilendo priorità assistenziali, ottimizzando i servizi di prevenzione e assistenza, prevenendo diseguaglianze indotte anche da deprivazioni socioeconomiche.¹³

⁷ G. SACCONI et al., *Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 in Pregnant Women*, in "J. Obstet. Gynecol. Res.", 2020 Aug, 223(2):293-295, doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.003.

⁸ 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>.

⁹ Per il ricorso alla telemedicina in ambito pediatrico, cfr. Rapporto ISS COVID-19 n.60/2020, *Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19*.

¹⁰ WHO, *Clinical Management of COVID-19. 27 May 2020*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>; FIGO, *Safe motherhood and COVID*, <https://www.figo.org/safe-motherhood-and-covid-19>; WHO, *Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health: Sexual and Reproductive Health and Rights*, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventions/en/>.

¹¹ S. K. BROOKS 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, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.

¹² S. B. THAPA et al., *Maternal Mental Health in the Time of the COVID-19 Pandemic*, in "Gynecol. Scand.", 2020 Jul 99(7):817-818, doi: 10.1111/aogs.13894.

¹³ Su quest'ultimo aspetto, pur nella specificità di questo Parere collegato agli effetti della pandemia Covid-19, risulta attuale quanto già riportato dal CNB nella Mozione sulle diseguaglianze nell'assistenza alla nascita: "Ingiuste diseguaglianze nell'assistenza alla nascita nel nostro Paese mettono, infatti, in seria crisi il rispetto del principio di giustizia in una delle sue più importanti e vitali espressioni, ossia nell'integrazione di due diritti umani fondamentali, il diritto all'eguaglianza e il diritto alla cura della salute, raggiungibile attraverso un'equa ripartizione delle risorse per la sanità. [...] Tale problema presenta, però, risvolti di particolare responsabilità nella fase immediatamente successiva alla nascita: questi primi momenti della vita non sono solo segnati da una particolare vulnerabilità, ma sono anche decisivi, in positivo o in negativo, per il futuro della persona. [...] Occorre anche sottolineare l'importanza di quest'opera di prevenzione (accorta ed equa politica sanitaria, ndr) durante la fase prenatale e come il problema delle diseguaglianze alla nascita trovi le sue premesse nella cura

Precauzione e responsabilità possono essere indicati come i principi bioetici di maggior riferimento a cui fare ricorso per la tutela delle donne in gravidanza e dei neonati, per il contenimento della diffusione pandemica nonché per la doverosa e migliore assistenza da poter realizzare secondo eguaglianza. Si tratta di un richiamo a principi irrinunciabili per la “relazione di cura” in persone che necessitano di una tutela specifica in condizioni di estrema criticità.¹⁴

Il principio di precauzione richiede interventi cautelativi nell’ottica della prudenza, a fronte della rapidità e imprevedibilità della trasmissione virale, per evitare o limitare conseguenze negative, in attesa di predisporre interventi sistematici, viste le ridotte conoscenze sul Covid-19. “Il principio di precauzione delinea la necessità di un atteggiamento di cautela intesa come anticipazione preventiva del rischio. [...] Il principio di precauzione coincide dunque in senso lato con un atteggiamento di prudenza” che non significa, però, astensionismo.¹⁵ Comunque, nel principio di precauzione è insita la valutazione del rischio (*risk assessment*) e la gestione del rischio (*risk management*) per la predisposizione, anche sul piano etico-politico e sociale, di misure necessarie a prevenire la diffusione della pandemia e alla maggior riduzione dei possibili danni.

Sul piano pratico l’applicazione del principio di precauzione – come si riscontra per la tutela delle gestanti e dei neonati – legittima anche la prescrizione di limitazioni, per tempi contenuti e nella consapevolezza delle possibili conseguenze, in situazioni di scenari catastrofici, quali le fasi più gravi dell’emergenza pandemica.

Il principio di responsabilità, anche alla luce della previsione del rischio, implica la presa in carico di doveri e diritti fondamentali che si concretizzano sia sul versante assistenziale in capo al Servizio Sanitario Nazionale sia nella partecipazione solidale della comunità, nel “prendersi cura” secondo equità e reciprocità (“essere per”). Vale a dire, tutelare soprattutto chi è in situazione di specifica e temporanea vulnerabilità, quale può essere la donna in gravidanza. Come la pandemia ha richiesto, la responsabilità solidale apre, anche in termini costituzionali (art. 2 Cost.), alla solidarietà.

È dall’accorta coniugazione tra precauzione e responsabilità che si può assicurare il giusto equilibrio tra prevenzione e assistenza, ancor più nello specifico di una situazione pandemica caratterizzata da diverse incertezze.

3. Covid-19 e i bambini nell’età prescolare e scolare

3.1 Aspetti sanitari

I bambini, come gli adulti, si infettano ma presentano una sintomatologia più lieve e una malattia meno grave.

Già una recente revisione internazionale della letteratura, che include 45 articoli scientifici, ha indicato che i bambini non sono immuni, sebbene rappresentino solo l’1-5% dei casi diagnosticati di infezione da Coronavirus.¹⁶ Ma tale frequenza è verosimilmente sottostimata, essendo la maggior parte dei bambini asintomatica. I dati osservati in Italia

della salute della donna nel corso della gestazione e molto spesso anche prima della gravidanza stessa. Esiste un preciso rapporto tra condizioni di svantaggio socioculturale e maggior rischio di esiti avversi, che possono riguardare sia le condizioni di salute materna che quelle del feto.” CNB, *Diseguaglianza nell’assistenza alla nascita: un’emergenza nazionale*, 29 maggio 2015.

¹⁴ CNB, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “trriage in emergenza pandemica”*, 8 aprile 2020.

¹⁵ CNB, *Il principio di precauzione: profili bioetici, filosofici, giuridici*, 18 aprile 2004.

¹⁶ J. F. LUDVIGSSON, *Systematic Review of COVID-19 in Children Shows Milder Cases and a Better Prognosis than Adults*, in “Acta Paediatr.”, 2020 Jun, 109(6):1088-1095, doi: 10.1111/apa.15270.

sono in linea con la ricerca internazionale e negli stessi studi è messo in evidenza che la malattia è più grave in pazienti con preesistenti comorbidità.¹⁷

L'OMS nelle nuove linee guida, stilate con l'Unicef, raccomanda che “la mascherina venga indossata anche dal bambino sopra i cinque anni quando non si può garantire una distanza di almeno un metro dagli altri e c'è una trasmissione diffusa”.¹⁸

Studi dimostrano che anche nei bambini infetti asintomatici di tutte le età si riscontrano alti livelli di virus, con una carica virale che può essere pari a quella di un paziente adulto con Covid-19.¹⁹

Le principali problematiche sanitarie legate ai bambini sono dovute al fatto che nel periodo del *lockdown*, necessario per contrastare la diffusione dell'infezione, molti - e in particolare quelli con malattie croniche, disabilità²⁰, patologie rare²¹ - non sono stati adeguatamente seguiti ed è prevedibile trovare, nei prossimi mesi, un aggravamento delle loro condizioni.

Va altresì considerato che molti sono i bambini che nei mesi scorsi non hanno praticato le vaccinazioni raccomandate, per la chiusura impropria di molti centri vaccinali ed anche per la paura dei genitori di contrarre l'infezione recandosi in queste strutture. Va tenuto presente che un'interruzione, anche solo per un breve periodo, può portare a un rischio maggiore di nuove epidemie, come ad esempio per il morbillo, che negli anni scorsi è andato incontro ad una preoccupante diffusione per il diminuito ricorso alla vaccinazione.

A ciò si aggiungano, per timore del contagio da Coronavirus, i ridotti accessi al pronto soccorso, che hanno determinato conseguenze negative sulla salute dei bambini.²²

¹⁷ In questi studi si è visto che l'82% dei pazienti presentava una sintomatologia lieve-moderata e solo il 2-3% ha richiesto il ricovero in terapia intensiva. Cfr.: I. LIGUORO et al., *SARS-COV-2 Infection in Children and Newborns: a Systematic Review*, in *J. Pediatr.*, 2020 Jul, 179(7):1029-1046, doi: 10.1007/s00431-020-03684-7; P. ZIMMERMANN, N. CURTIS, *COVID-19 in Children, Pregnancy and Neonates: a Review of Epidemiologic and Clinical Features*, in “*Pediatr. Infect. Dis. J.*”, 2020 Jun 39(6):469-477, doi: 10.1097/INF.0000000000002700.

¹⁸ WHO, *Advice on the Use of Masks for Children in the Community in the Context of COVID-19*, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-Masks-Children-2020.1>.

¹⁹ L. M. YONKER et al., *Pediatric Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV-2): Clinical Presentation, Infectivity, and Immune Responses*, in “*J. Pediatr.*”, 2020 Aug 20, S0022-3476(20)31023-4, doi: 10.1016/j.jpeds.2020.08.037.

²⁰ I bambini con disabilità neuromotoria, pneumopatie croniche, cardiopatie, affetti da deficit immunitari, da malattie metaboliche ereditarie sono da considerarsi pazienti a maggior rischio e le misure precauzionali previste per il paziente adulto devono essere adottate per questi pazienti con ancora più attenzione. Viene raccomandato ai familiari e al personale di assistenza di porre particolare cura nell'adozione di comportamenti assistenziali, finalizzati a ridurre il rischio di infezione da COVID-19 e ad attenuare le conseguenze legate ai cambiamenti, a volte radicali, dello stile di vita.

²¹ Le malattie rare identificate sono più di 7.000 e i malati rari in Italia si stima siano oltre 1 milione: tra questi, minori con rischio aumentato in caso di comorbidità con il virus. Il bambino affetto da malattia rara, che deve anche far fronte ad altri stati clinici gravi che agiscono sinergicamente su di lui, quali l'infezione da Covid-19, si trova a vivere l'emergenza nell'emergenza, la cui complessità non è solo clinica ma anche psicologica e sociale. Il bambino va tutelato e supportato con il massimo rigore e soprattutto gli deve essere garantito sia l'accesso ai farmaci, spesso salvavita, sia la regolarità nella programmazione dei controlli medici, secondo i criteri clinici della terapia individualizzata.

²² B. CIACCHINI et al., *Reluctance to Seek Pediatric Care During the COVID-19 Pandemic and the Risks of Delayed Diagnosis*, in “*J. Pediatr.*”, 2020 Jun, 29; 46(1):87, doi: 10.1186/s13052-020-00849-w; C. DOPFER et al., *COVID-19 Related Reduction in Pediatric Emergency Healthcare Utilization – a Concerning Trend*, in “*BMC Pediatr.*”, 2020 Sep 7; 20(1):427, doi:10.1186/s12887-020-02303-6; R. M. LYNN et al., *Delayed Access to Care and Late Presentations in Children During the COVID-19 Pandemic: a Snapshot Survey of 4075 Paediatricians in the UK and Ireland*, in “*BMJ Arch. Dis. Child.*”, 2020 Jun 25, doi: 10.1136/archdischild-2020-319848.

3.2. Conseguenze psicologiche e sociali del *lockdown* sui bambini

L'isolamento, necessario per contrastare la diffusione dell'infezione da Coronavirus, ha determinato un profondo cambiamento nelle nostre vite e ha avuto un impatto particolare sui bambini. In pochissimo tempo, in seguito alla chiusura delle scuole anche i bambini si sono ritrovati chiusi nelle loro case, costretti a complessi mutamenti nelle loro abitudini quotidiane e ad una interruzione dei loro rapporti sociali. Hanno dovuto sospendere le attività sportive, sono stati privati del contatto con la natura all'aria aperta e dell'attività ludica, con ripercussioni sulla salute psicofisica, hanno perso riferimenti importanti come la scuola, gli amici, i nonni. Mentre all'inizio l'isolamento a casa poteva anche sembrare una vacanza, e forse anche in certi casi i bambini hanno goduto di una maggiore presenza dei genitori, con il passare del tempo il distacco dalla scuola, dagli amici, dallo sport, dai parenti ha spesso determinato uno spiacevole stato di noia e di oppressione. D'altro lato, i bambini hanno anche notevoli capacità di resilienza, che in molti soggetti può favorire un pronto recupero di stabilità emotiva al termine del *lockdown*.²³

Nella fascia d'età prescolare e scolare, i bambini sono pressoché totalmente dipendenti dai genitori e dagli adulti in generale, senza quel margine di autonomia (negli spostamenti, nella scelta e nell'organizzazione delle attività quotidiane etc.) di cui iniziano a godere i minori preadolescenti e poi adolescenti. Questo aspetto della dipendenza costituisce una differenza importante rispetto ai soggetti in età adulta: differenza che può tradursi in un di più di vulnerabilità e, in ultimo, in disuguaglianza se la società e le istituzioni non prestano la necessaria attenzione ai problemi e soprattutto alla soggettività dei bambini. Al tempo stesso, la loro stessa condizione di dipendenza fa sì che essi siano i primi a soffrire delle disuguaglianze che colpiscono il loro mondo adulto di riferimento.

Negli scolari sono stati rilevati sintomi depressivi e ansia a causa delle restrizioni della loro vita sociale indotta dal *lockdown*.²⁴ I sintomi del disagio sono stati variabili in relazione all'età e al differente modo di somatizzare paura e preoccupazioni. Sono stati osservati disturbi del sonno (difficoltà di addormentamento e risvegli notturni), atteggiamenti aggressivi e antisociali, disturbi del comportamento alimentare.²⁵ Bisognerà attendere per vedere se queste situazioni si stabilizzeranno o si risolveranno spontaneamente. L'effetto negativo del *lockdown* è risultato più evidente in bambini e ragazzi con disturbi preesistenti alla pandemia, come quelli inerenti all'attenzione e alla iperattività (ADHD)²⁶, all'apprendimento (DSA) e allo spettro autistico (ASD).²⁷ La ricerca ha inoltre messo in evidenza che il livello di gravità dei comportamenti disfunzionali dei bambini è statisticamente associato al grado di malessere dei loro genitori. Questo significa che all'aumentare nei genitori dei sintomi di stress causati dall'emergenza Covid-19 (disturbi

²³ Questo è un campo di ricerca da implementare, utile ad accrescere la conoscenza circa il rapporto benefici/rischi delle misure di contrasto.

²⁴ X. XIE et al., *Mental Health Status Among Children in Home Confinement during the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China*, in "JAMA Pediatr.", 2020 Apr 24; e201619, doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1619.

²⁵ Uno studio italiano sull'impatto psicologico e comportamentale della pandemia Covid-19 durante il *lockdown* in bambini e adolescenti in Italia, condotta dall'Istituto Giannina Gaslini e dall'Università di Genova, riporta che il 65% dei bambini italiani sotto i 6 anni e il 71% di quelli sopra i 6 anni hanno presentato problematiche comportamentali dipendenti dal *lockdown*, soprattutto con sintomatologie di tipo regressivo, quali paura del buio, pianto inconsolabile, difficoltà di addormentamento e ansia da separazione; sopra i 6 anni, soprattutto alterazione del ritmo sonno-veglia, ossessione per la pulizia, ansia, in <http://www.gaslini.org/wp-content/uploads/2020/06/Indagine-Irccs-Gaslini.pdf>.

²⁶ E. MERZON et al., *ADHD as a Risk Factor for Infection with Covid-19*, in "J. Atten. Disord.", 2020 Jul 22, 1087054720943271, doi: 10.1177/1087054720943271.

²⁷ M. COLIZZI et al., *Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: an Online Parent Survey*, in "Brain Sci.", 2020, 10, 341, doi: 10.3390/brainsci10060341; M. E. S. LIMA et al., *Could Autism Spectrum Disorders be a Risk Factor for COVID-19?*, in "Med. Hypotheses", 2020 May 30, 144:109899, doi: 10.1016/j.mehy.2020.109899.

d'ansia, dell'umore, del sonno, consumo di farmaci ansiolitici), aumentano i disturbi comportamentali e della sfera emotiva dei figli.²⁸

Fra le principali conseguenze di questa pandemia è da considerare anche il fatto che l'emergenza sanitaria si è trasformata in emergenza economico-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. La povertà assoluta – definita come l'impossibilità di affrontare una spesa mensile sufficiente ad acquistare beni e servizi considerati essenziali per uno standard di vita minimamente accettabile – 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.²⁹ 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. I bambini figli di genitori stranieri, che rappresentano circa il 20% della popolazione straniera residente e il 10% di tutti minorenni residenti in Italia, già normalmente in una situazione di fragilità, sono stati tra i più colpiti. Va tenuto presente che la povertà influenza lo stato di salute anche dei bambini. 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 possono persistere anche nell'età adulta. Nell'affrontare le conseguenze del Coronavirus sulla salute, è indispensabile tener presente la dimensione complessiva della stessa, nei vari determinanti bio-psico-sociali e nell'impatto sia a breve che nel lungo termine.

3.3. Conseguenze educative e scolastiche del *lockdown*

Circa le misure d'emergenza che hanno riguardato in particolare i bambini, la più importante è la chiusura delle scuole.³⁰

Questo provvedimento, sebbene sia stato un momento negativo per i bambini, è stato assunto nel prevalente interesse loro e dei familiari. Se da un lato infatti ha mirato, unitamente ad altri provvedimenti quali il *lockdown*, a salvaguardare la loro salute dai pericoli del virus, dall'altro ha impedito, al contempo, che i bambini potessero essere una fonte di trasmissione del contagio nelle famiglie. Questa circostanza avrebbe potuto significare portarli a vivere la traumatica lontananza dai propri genitori, quando non anche la perdita di un familiare. Si consideri che in questi momenti non si è in grado di assicurare regole tali da garantire che la scuola possa funzionare con una certa sicurezza, con lo scopo di limitare eventuali contagi e di rassicurare genitori e insegnanti. Un dato, ancora oggi valido, è che gran parte dei contagi avviene a livello intrafamiliare e con le attività di aggregazione.

Certo la chiusura degli asili e delle scuole, in specie quelle elementari, ha pesato sulla vita e sul benessere dei bambini e dei loro genitori, che si sono fatti carico completamente della cura dei figli. In particolare, le donne hanno dovuto sostenere il doppio impegno di

²⁸ Si tratta del disturbo da stress post traumatico, studiato per altre pandemie. Cfr. G. SPRANG et al., *Posttraumatic Stress Disorder in Parents and Youth after Health-Related Disasters*, in "Disaster Med. Public Health Prep", 2013 Feb, 7(1):105-10, doi: 10.1017/dmp.2013.22. Sono presenti anche comportamenti adattivi, ma i ricercatori avanzano l'ipotesi che dietro questi si celino sintomi depressivi. Cfr. L. PISANO et al., *A Qualitative Report on Exploratory Data on the Possible Emotional/Behavioral Correlates of COVID-19 Lockdown on 4-10 Years Children in Italy*, in "Psyarchiv.", 2020, <https://psyarxiv.com/stwbn>.

²⁹ ISTAT, *Le statistiche dell'ISTAT sulla povertà. Anno 2019*, https://www.istat.it/it/files/2020/06/REPORT_POVERTA_2019.pdf.

³⁰ J. LEE, *Mental Health Effects of School Closures during COVID-19*, in "Lancet Child Adolesc. Health", 2020 Jun, 4(6):421, doi: 10.1016/S2352-4642(20)30109-7.

provvedere alle bambine ed ai bambini, nonché di continuare a lavorare in presenza o anche da remoto.

Per non interrompere l'iter formativo nel corso della pandemia e del *lockdown* è stata attivata la didattica a distanza (DAD), generalmente con lezioni in diretta su varie piattaforme. Significativi l'impegno e la dedizione offerti dagli insegnanti per il buon esito delle nuove forme di didattica. Anche se sicuramente la didattica a distanza non può sostituire quella tradizionale in presenza, soprattutto per quanto riguarda le scuole elementari, va riconosciuto che questa modalità di insegnamento ha svolto un ruolo importante nei mesi dell'isolamento e ha permesso di non interrompere drasticamente il dialogo educativo con gli studenti. In più, lo stato di necessità ha comunque contribuito ad attivare idee ed energie per l'innovazione della didattica. A tal riguardo il personale educativo delle scuole dei più piccoli, educatori di nido, maestre/i, sebbene da soli e non preparati ad un evento di tal genere, hanno affrontato numerose sfide psicologiche e attitudinali, svolgendo una funzione cruciale ai fini del contenimento degli effetti negativi della pandemia sui bambini. Non è da escludere, comunque, che l'ulteriore diffondersi della pandemia renda ancora necessario il ricorso alle piattaforme digitali.

Tuttavia, l'uso esclusivo della modalità online di insegnamento ha portato alla luce vecchie disuguaglianze sociali e culturali e ne ha create di nuove: tra famiglie che hanno avuto facilità a dotare i bambini degli strumenti tecnologici adeguati (computer, tablet etc.) e altre che si sono trovate in difficoltà; tra famiglie che già avevano dimestichezza con le nuove tecnologie ed erano preparate ad aiutare i figli e altre meno preparate e con minor tempo disponibile.³¹ Particolarmente penalizzati con la didattica a distanza sono stati soprattutto gli studenti con disabilità, che non hanno potuto ricorrere ai sostegni dovuti. Ugualmente i bambini di genitori immigrati sono stati tra i più colpiti. Inoltre, non tutti i docenti hanno attivato la didattica a distanza o sono stati in grado di utilizzarla in maniera efficiente, non avendo una formazione e una preparazione adeguate a questo genere di insegnamento, oppure non avendo adeguata strumentazione. Non dobbiamo dimenticare che l'Italia è tra le ultime nell'Unione europea per quanto riguarda la digitalizzazione, con inevitabili conseguenze di "divario digitale" (*digital divide*) che rischia di "lasciare indietro" chi non ha strumenti, tecnologie, competenze per accedere alla formazione online.³²

A ciò si aggiunga che, anche se si riescono a risolvere, come in ogni caso si deve fare, i problemi di grave disuguaglianza in ambito formativo creati dal *digital divide*, la didattica a distanza non può e non deve sostituire, se non in casi di necessità, quella in presenza. I motivi sono evidenti e i disagi sperimentati da alunni e docenti durante il *lockdown* ne sono prova. Molti bambini, non potendo andare a scuola, hanno perso un momento formativo importante per il loro sviluppo. La scuola e i servizi educativi sono riconosciuti come fondamentali fattori di riequilibrio delle disuguaglianze sociali³³, essendo i primi ambiti di relazioni extra-familiare in cui si sviluppano significative esperienze e si sperimentano insieme ai coetanei affetti, giochi, conflitti e scambi empatici.

Ne consegue che la scuola costituisce occasione fondamentale di socializzazione e strumento di promozione di uguaglianza. Ciò è tanto più vero per i bambini piccoli, specie nei primi anni dell'età scolare, in cui l'apprendimento è strettamente legato alla dimensione corporea multisensoriale e la componente emotiva, legata alla relazione con gli insegnanti

³¹ Circa l'eventuale perdita di apprendimento dei bambini per la chiusura delle scuole, non esistono al momento studi specifici. Alcuni autori cercano di ricavare spunti da studi precedenti focalizzati sull'influenza della scuola come ambiente favorevole all'apprendimento. È emerso che perfino dieci giorni di apprendimento in ambiente scolastico bastano ad aumentare in maniera significativa l'intelligenza "cristallizzata" (la capacità di utilizzare le conoscenze acquisite). Cfr. S. BURGESS et al., *Schools, Skills, and Learning: the Impact of COVID 19 on Education*, VOX CEPR Policy Portal, 1 April 2020, <https://voxeu.org/article/impact-covid-19-education>.

³² The Digital Economy and Society Index (DESI), *Ranking 2020*, <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/desi>.

³³ ISS, Rapporto COVID-19 n. 43/2020, *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19*.

e con i compagni, ha particolare rilievo nell'intreccio con quella cognitiva. Ogni percorso di apprendimento ha una componente interattiva che difficilmente la didattica a distanza potrà compensare. Si impara dagli insegnanti ma anche dal gruppo di studenti in cui si è collocati. L'insegnamento e l'apprendimento non sono una semplice trasmissione e acquisizione di nozioni, ma fanno parte del processo educativo, attraverso il confronto, il dialogo, l'interazione: condizioni per la crescita intellettuale e la maturazione emotiva.

Questa pandemia sta dunque mettendo a rischio l'istruzione, che è ritenuta un fattore importante di crescita personale e sociale anche nella prospettiva di impedire la trasmissione della povertà da una generazione ad un'altra.

Allo stato attuale, se da un lato si riconosce la necessità di una formazione in presenza, dall'altro c'è preoccupazione per la crescita della pandemia.

Nel contesto dell'emergenza Covid-19 la riapertura delle scuole in presenza è apparsa come una azione necessaria per ristabilire l'equilibrio e il benessere psicologico delle bambine e dei bambini che già frequentavano le scuole, per permettere l'inserimento dei nuovi e per poter fornire alle famiglie il supporto necessario per conciliare i tempi di vita familiare con le esigenze lavorative. Ma nell'attuale situazione di crisi, in cui da decenni si trova la scuola, i nodi da risolvere per ridurre i rischi restano ancora molti. Le regole pensate per una piena ripresa dell'insegnamento in presenza sono diverse e necessarie: distanziamento fisico e un maggior numero di aule in ambienti più ampi e ben aerati; orari flessibili di ingresso per evitare un sovraccarico dei mezzi di trasporto già incongrui; mensa a turni; reclutamento dei docenti; protocollo sanitario per la gestione di eventuali casi di contagio a scuola.³⁴ Queste misure potrebbero anche bastare a rendere più sicure le scuole, se effettivamente applicate nei tempi e nei modi necessari, ma necessitano, per risultare efficaci, dell'impegno responsabile di tutti i soggetti coinvolti. È importante che docenti e familiari si facciano carico di un'educazione alla responsabilità nei confronti della salute individuale e pubblica e che siano a loro volta sostenuti da iniziative istituzionali in tal senso.

Accanto alle responsabilità individuali di tutti i soggetti coinvolti, occorre rilevare la responsabilità sociale nei confronti della scuola, che è un altro settore, come quello della sanità e della ricerca, che in occasione di questa pandemia ha dimostrato tutte le sue carenze. La scuola appare oggi come una delle prime emergenze da risolvere e, nel pur precario equilibrio tra benefici e rischi, evidenziamo l'esigenza di favorire il rientro a scuola, come affermato da più parti (pediatri, psicologi, pedagogisti, sociologi, ecc.), nel contesto delle procedure di sicurezza.³⁵

Il Comitato, allora, chiede con forza che quello che fino ad oggi non è stato fatto per la scuola, con gravi deficienze economiche e strutturali, venga ritenuto, nei diversi bilanci dello Stato, irrinunciabile e non procrastinabile. I cambiamenti nella scuola vanno fatti in un'ottica di lungo periodo, non esclusivamente con interventi mirati in casi di pandemia. E nel programmare le politiche per la ripartenza del Paese il Comitato ritiene necessario mettere al centro i bambini, i ragazzi, le loro famiglie e l'insieme dell'apparato scolastico con le sue strutture.

Raccomandazioni

1. Mai come in questa situazione di pandemia le problematiche bioetiche intrecciano indissolubilmente quelle politiche, economiche, sociali e sanitarie. Da qui l'esigenza di richiamare a più forte ragione i principi di precauzione e di responsabilità. Il principio di precauzione come intervento cautelativo e applicazione della virtù della prudenza, a fronte

³⁴ ISS, Rapporto COVID-19 n. 58/2020, *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia*.

³⁵ Cfr. A. GUTERRES, *The Future of Education is Here*, <https://www.un.org/en/coronavirus/future-education-here>.

della rapidità e imprevedibilità della trasmissione virale, per evitare o limitare conseguenze negative in attesa di predisporre interventi sistematici, viste le ridotte conoscenze sul Covid-19. Il principio di responsabilità, a sua volta, implica l'impegno di tutelare soprattutto chi è in situazioni di specifica e temporanea vulnerabilità, come lo stato di gravidanza, il periodo perinatale e neonatale.

2. Il Comitato sottolinea l'importanza, soprattutto nell'attuale emergenza pandemica, 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.³⁶

3. Porre la scuola al centro della vita del Paese, delle sue scelte e dei suoi investimenti. Sviluppare nell'istruzione l'approccio alunno-insegnante per dar vita a una scuola che sia in grado di attivare anche nuove forme di insegnamento, da cui tutte le bambine ed i bambini possano trarre giovamento. Pertanto, va ripensato il ruolo e la funzione dell'insegnamento e delle attività scolastiche, all'occorrenza legate anche alla digitalizzazione. Ciò non per sostituire, ma per integrare la didattica in presenza, propria dell'insegnamento tradizionale, con un adeguato supporto formativo agli insegnanti e la predisposizione di strumenti, competenze e tecnologie, affinché vi sia un accesso all'educazione digitale dove sia necessaria.

4. Si auspica che venga garantita alle famiglie e agli operatori scolastici adeguata informazione e partecipazione alle decisioni che li riguardano.

5. Promuovere una ricerca multidisciplinare sui determinanti bio-psico-sociali della salute del bambino nell'ambito della pandemia Covid-19, che possa costituire la base di linee guida interdisciplinari per una riduzione degli effetti negativi e un superamento delle problematiche emerse sul piano sanitario, psicologico e sociale.

6. Particolare cura e supporto psicologico dovranno essere dedicati a tutti i piccoli minori più vulnerabili, con disabilità o provenienti da situazioni familiari critiche, che hanno sofferto maggiormente degli effetti della pandemia e della chiusura dei servizi educativi.

7. Promuovere un'educazione alla responsabilità nei confronti della salute individuale e della salute pubblica, particolarmente per le esigenze dettate dalla pandemia, e ciò sia all'interno dell'iter curricolare scolastico sia con iniziative formative extracurricolari, con il coinvolgimento anche dei familiari.

³⁶ Si ricordano a tal proposito, quali criteri di valutazione delle misure pubbliche, la proporzionalità e la limitazione nel tempo, già indicati nel Parere CNB, *COVID 19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, 28 maggio 2020.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

Ufficio del Segretario Generale

Ufficio Studi e Rapporti Istituzionali

Comitato Nazionale per la Bioetica

Via della Mercede, 96 - 00187 Roma - Tel. +39.06.67794601

Email: cnbioetica@palazzochigi.it - bioetica.governo.it

Pubblicazione a cura della segreteria