



*Il buon senso* dei genitori che devono tenere a casa il bambino quando “ non sta bene “ al di là della temperatura corporea , perché gli occhi di un genitore sanno vedere meglio di qualsiasi pediatra, buon senso nel capire che non serve correre immediatamente dal pediatra per 2 linee di febbre, il naso che cola o qualche colpo di tosse..... ma semplicemente consultarlo telefonicamente

Il buon senso del personale scolastico che avrà anche compiti di sorveglianza sanitaria e che dovrà decidere quando uno “*starnuto o un colpo di tosse* “ richieda l'isolamento immediato di un bambino con l'allontanamento, piuttosto che un fazzoletto di carta ...

*buon senso*

nel consigliare ai genitori ( in caso di allontanamento)

di telefonare

al proprio pediatra

ma non di portarlo in ambulatorio

( con tutti i rischi che ciò può comportare)

*Il buon senso* dei pediatri che secondo scienza e coscienza dovranno decidere sulla base di quello che è il consulto telefonico o della visita, se necessaria , di *far eseguire* il famigerato

*tampone nasofaringeo*

o semplicemente un controllo evolutivo e l'isolamento domiciliare , il

*buon senso*

dei pediatri nell'informare e spiegare caso per caso ai genitori le indicazioni più adeguate .

Ed i “nonni” , che sanno di essere l'anello debole della catena, e non sanno cosa devono fare con i nipotini quando i nipotini non possono andare a scuola perché hanno un po' di raffreddore e tosse e/o qualche linea di febbre ... in questo caso *più che il buon senso serve la prudenza.....*

..... insomma ognuno di noi deve fare la sua piccola parte ...imparando a convivere per un po' con questa situazione non dimenticando le misure di prevenzione ..ma anche la necessità di far ripartire la nostra vita..... ma soprattutto la vita delle generazioni future, per questo riteniamo utile allegare due contributi tratti la rivista Medico e Bambino rivista di riferimento per la Pediatria Italiana ... buona scuola a tutti

Pavullo 29/08/2020 I Vostri Pediatri

### **BAMBINI E INFEZIONE DA COVID-19: CONSEGUENZE CLINICHE E TRASMISSIBILITÀ**

- Chiaro rapporto tra gravità dei sintomi e contagiosità, per tutti.
  
- Molto minore (di dieci volte) probabilità per i bambini di essere infettati da un bambino piuttosto che da un adulto e molto bassa probabilità di essere infettati in generale (nello studio condotto a Vo' nessun bambino è risultato positivo al tampone nonostante la convivenza con familiari infetti).
  
- Bambini causa di infezione in una minima proporzione dei casi: in uno studio nel 9% dei casi ma in almeno due studi cinesi in nessun caso su oltre 400; in uno studio tedesco un bambino di 9 anni con sintomi ha frequentato tre diverse scuole e ha avuto 112 contatti ma nessuno si è infettato, in Australia tra i 735 contatti di 9 bambini e 9 insegnanti infetti, solo 2 altri bambini infettati; in Svezia nessun bambino infettato nelle scuole, che come si sa sono rimaste aperte.
  
- I bambini possono infettarsi e anche ammalarsi, ma questa probabilità è molto minore che negli adulti, ancora minore è la probabilità che siano in grado di trasmettere l'infezione.
  
- Una stima necessariamente approssimativa in quanto mancano dati diretti (si attendono le rilevazioni serologiche) ci dice che la proporzione di bambini infettati in Italia varia da molto meno dell'1% a un massimo del 5%, a seconda dei territori.
  
- I bambini ammalati sono 3-4 volte di meno degli infettati, i bambini ammalati seriamente molto meno di 1 su mille (a Bergamo si sono osservati 10 casi di simil-Kawasaki in due mesi, su una popolazione di riferimento di circa 200.000 bambini).

Bibliografia 1. Choi S-H, Kim HW, Kang J-M, et al. Epidemiology and clinical features of coronavirus disease 2019 in children. Clin Exp Pediatr 2020;63:125-32. 2. Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. Pediatrics 2020;145(6):e20200702. 3. Viner RM, Russell SJ, Croker H, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. Lancet Child Adolesc Health 2020;4(5):397- 404. 4. Ludvigsson JF. Children are unlikely to be the main drivers of the Covid-19 pandemic - a systematic review. Acta Paediatrica 2020, May 19. 5. Munro APS, Faust SN. Children are not Covid-19 super spreaders: time to go back to school. Arch Dis Child 2020, 5 May. 6. Banholzer N, van Weenen E, Kratzwald B, et al, Impact of non-pharmaceutical interventions on documented cases of COVID-19. MedRxiv Preprint 2020, April 27. 7. Lavezzo E, Franchin E. Ciavarella et al. A. Suppression of COVID 19 outbreak in the municipality of Vo', Italy. MedRxiv Preprint 2020, April 18. 8. Green P. Risks to children and young people during Covid-19 pandemic. BMJ 2020;369:m1669 (Published 28 April 2020 Medico e Bambino 6/2020

.....È tempo che anche per la scuola e per tutti i servizi per l'infanzia, come è stato per gli ospedali e il personale sanitario nelle zone più duramente colpite, ci sia una assunzione di responsabilità collettiva. Non possiamo far pagare ai bambini, e alle loro famiglie, il peso delle nostre esitazioni e, di fatto, della nostra ignoranza e ignavia di fronte a quanto sta accadendo, lasciando che gran parte delle scelte, per ora confuse e discusse prevalentemente in una prospettiva infettivologica, siano rimandate a settembre. La scuola è molto di più che una serie di esami, ha il compito di formare e non solo di informare! È tempo di riflettere, e di trarre rapidamente conclusioni operative, sui doveri non solo degli operatori che si occupano di infanzia ma della società intera di prendersi cura di bambini e adolescenti come soggetti di diritti complessi e non procrastinabili, non come mere pedine di discutibili e comunque riduttive modellistiche epidemiologiche.

Tratto da :**BAMBINI E CORONAVIRUS: LA DOVEROSA RICERCA DI UN EQUILIBRIO TRA I PRESUNTI RISCHI E I DOCUMENTATI DANNI COLLATERALI Medico e Bambino 6/2020**