

■ Dalla letteratura

Chi cerca trova

Ultime dal fronte: focus sulle indicazioni per la prevenzione della trasmissione in comunità

A cura di Giulia De Angelis

■ Report di ECDC su COVID-19 in età pediatrica e ruolo delle scuole nel rischio di trasmissione

A seguito della dichiarazione di COVID-19 come pandemia globale all'inizio di marzo molti Paesi dell'Unione Europea / Spazio Economico Europeo (UE / SEE) e il Regno Unito hanno iniziato a chiudere le scuole per limitare la diffusione del virus, nonostante evidenze limitate sul fatto che i servizi di assistenza all'infanzia ed educativi abbiano un ruolo nella trasmissione SARS-CoV-2. Queste decisioni erano basate su ciò che è noto dell'impatto della chiusura anticipata delle scuole sulla trasmissione dell'influenza pandemica. Nella settimana tra il 9 e il 15 marzo, il 42%, 64% e 48% dei Paesi UE / SEE e il Regno Unito avevano scuole materne, scuole primarie e scuole secondarie chiuse, rispettivamente. Queste percentuali sono salite all'80%, 90% e 100%, rispettivamente, entro la fine di aprile. Da metà maggio, a seguito della riduzione del numero di casi e / o decessi da COVID-19, i Paesi dell'UE / SEE hanno iniziato a riaprire parzialmente le scuole. Indipendentemente dalle loro politiche sulla chiusura, a questo punto le scuole di molti Paesi europei avevano iniziato le vacanze estive. Solo quattro Stati membri (Estonia, Finlandia, Islanda e Svezia) non hanno mai chiuso le scuole materne e solo due non hanno mai chiuso le scuole primarie (Islanda e Svezia).

Attraverso un revisione della letteratura di più di 40.000 lavori e un questionario distribuito a 31 Stati membri, ECDC ha raccolto un'estesa rete di informazioni sull'epidemiologia e le caratteristiche della malattia da COVID-19 nei bambini e adolescenti (0-18 anni) nei Paesi UE / SEE e nel Regno Unito e sul possibile ruolo dell'assistenza all'infanzia (scuole materne: età 0-<5

anni) e dell'istruzione (scuole primarie e secondarie: età 5-18 anni) nella trasmissione di COVID-19. I risultati di tale verifica possono essere riassunti nei seguenti elementi chiave.

- Solo una piccola percentuale (<5%) dei casi di COVID-19 segnalati nell'UE / SEE e nel Regno Unito è stata descritta tra i bambini. Quando viene diagnosticato il COVID-19 i bambini hanno molte meno probabilità di essere ricoverati in ospedale o di avere esiti fatali rispetto agli adulti.
- I bambini hanno maggiori probabilità di avere un'infezione lieve o asintomatica, il che significa che l'infezione potrebbe non essere rilevata o diagnosticata.
- Quando sintomatici, i bambini trasmettono il virus in quantità simili agli adulti e possono infettare gli altri in modo simile agli adulti. Non è noto quanto siano contagiosi i bambini asintomatici.
- Sebbene siano stati documentati pochissimi focolai significativi di COVID-19 nelle scuole, è possibile che tali eventi si verifichino e possano essere difficili da rilevare a causa della relativa mancanza di sintomi nei bambini.
- In generale, la maggior parte dei Paesi riporta una sieroprevalenza leggermente inferiore nei bambini rispetto ai gruppi di adulti, tuttavia queste differenze sono piccole e incerte. È necessario eseguire studi focalizzati sui bambini per comprendere meglio le dinamiche dell'infezione e della risposta anticorpale.
- Le indagini sui casi identificati negli ambienti scolastici suggeriscono che la trasmissione da bambino a bambino nelle scuole è rara e non è la causa primaria di infezione da SARS-CoV-2.

- Se vengono applicate adeguate distanze fisiche e misure igieniche, è improbabile che le scuole siano ambienti di propagazione più efficaci rispetto ad altri ambienti professionali o di svago con densità simili di persone.
- Esistono prove pubblicate contrastanti sull'impatto della chiusura / riapertura delle scuole sui livelli di trasmissione nella comunità, sebbene le prove del tracciamento dei contatti nelle scuole e i dati osservativi di un certo numero di Paesi dell'UE suggeriscano che la riapertura delle scuole non è stata associata ad aumenti significativi nella trasmissione in comunità.
- Le prove disponibili indicano anche che è improbabile che la chiusura di Istituti di assistenza all'infanzia e di istruzione sia una misura di controllo unica efficace per la trasmissione comunitaria di COVID-19 e che è improbabile che tali chiusure forniscano una protezione aggiuntiva significativa della salute dei bambini, poiché la maggior parte sviluppa una forma molto lieve di COVID-19, se presente.
- Le decisioni sulle misure di controllo nelle scuole e le chiusure / aperture di scuole dovrebbero essere coerenti con le decisioni su altre misure di allontanamento fisico e di risposta della salute pubblica all'interno della comunità.
- Diverse organizzazioni hanno identificato vari impatti negativi sul benessere dei bambini, sulle opportunità di apprendimento e sulla sicurezza causati dalla chiusura delle scuole. Questi vanno dall'interruzione dell'apprendimento e l'esacerbazione di disparità e problemi di salute mentale ad un aumento del rischio di violenza domestica. Gli impatti negativi col-

piscono in particolare i bambini provenienti da gruppi di popolazione vulnerabili ed emarginati.

COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission, 6 August 2020. Stockholm: ECDC; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>

■ Linee guida ECDC per lo screening e tracciamento dei contatti dei casi positivi per SARS-CoV-2 nelle scuole europee e del Regno Unito

Il 21 agosto 2020 i European Centers for Diseases Control and Prevention (ECDC) hanno pubblicato un documento sulle principali indicazioni di screening, ricerca e identificazione dei contatti e del follow-up dei contatti nelle strutture scolastiche europee e Regno Unito. Gli obiettivi delle linee guida sono:

1. garantire l'identificazione precoce dei casi tra studenti e personale al fine di condurre la ricerca dei contatti e avviare misure di prevenzione e controllo, riducendo così l'ulteriore trasmissione;
2. identificare l'infezione negli studenti e nel personale ad alto rischio di sviluppare malattie gravi a causa di condizioni sottostanti;
3. supportare indagini e studi sul ruolo dei bambini nella trasmissione di COVID-19.

Secondo il documento, tutti gli studenti e il personale che mostrano sintomi compatibili con COVID-19 dovrebbero essere testati per SARS-CoV-2 in conformità con la strategia di test dell'ECDC e le attuali linee guida sui test di laboratorio. I sintomi includono infezione acuta delle vie respiratorie (insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti: tosse, febbre, mancanza di respiro) o insorgenza improvvisa di perdita di senso dell'olfatto (anosmia), del gusto (ageusia) o alterazione del senso del gusto (disgeusia). In una situazione in cui un campione nasofaringeo o altro campione delle vie respiratorie superiori non è accettabile e / o per aumentare l'accettazione dei bambini sotto-

posti a test, la saliva potrebbe essere considerata un campione alternativo.

La ricerca dei contatti dovrebbe essere avviata prontamente dopo l'identificazione di un caso confermato e dovrebbe includere i contatti nella scuola (studenti, insegnanti e altro personale), nella famiglia e in altri contesti, se rilevati, in conformità con le indicazioni dell'ECDC o della guida nazionale.

Le persone asintomatiche identificate come contatti di casi ad alto rischio di esposizione (stretti) durante il tracciamento dei contatti potrebbero essere considerati per il test SARS-CoV-2. Ciò consente un rapido isolamento di nuovi potenziali casi e una rapida tracciabilità dei contatti di questi nuovi casi.

Nel contesto delle strutture scolastiche, i contatti (stretti) di esposizione ad alto rischio sono definiti come segue:

- studenti e personale che hanno condiviso un'aula con il caso confermato e nello stesso periodo di tempo;
- altri studenti e personale con cui il caso confermato ha trascorso del tempo, secondo la definizione "Esposizione ad alto rischio" (ad es. studenti che sono stati in stretta vicinanza e per più di 15 minuti con il caso confermato durante le pause o attività sportive, in mensa, palestra o cortile della scuola);
- studenti e personale in collegi / scuole residenziali - anche quelli che dormono nella stessa stanza o condividono una cucina comune, spazio sociale e / o bagno.

Al contrario, sono definiti contatti con esposizione a basso rischio quegli studenti e personale con cui il caso confermato ha avuto contatti, anche ravvicinati, ma per un periodo di tempo inferiore ai 15 minuti. Le autorità sanitarie pubbliche possono considerare alcuni bambini con un'esposizione a basso rischio come aventi un'esposizione ad alto rischio, sulla base di valutazioni di rischio individuali.

Nel documento è dichiarato esplicitamente che il limite di 15 minuti è scelto arbitrariamente per scopi pratici e non è basato su dati di evidenza scientifica, ma sull'assunto che una maggiore durata del contatto aumenti il rischio di trasmissione. Le autorità sanitarie pubbliche possono conside-

rare alcune persone che hanno avuto un contatto più breve con il caso come aventi un'esposizione ad alto rischio, sulla base di valutazioni di rischio individuali.

I bambini dovrebbero essere messi in quarantena e non frequentare la scuola per 14 giorni se vivono in una famiglia con qualcuno a cui è stata confermata la diagnosi di COVID-19 e se rientrano nella categoria di esposizione ad alto rischio sopra definita.

Objectives for COVID-19 testing in school settings – first update, 21 August 2020. Stockholm: ECDC; 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/objectives-covid-19-testing-school-settings>

■ Raccomandazioni dell'OMS sull'uso delle mascherine non mediche nei bambini

Esistono pochi dati sui benefici e sui danni dell'uso delle mascherine nei bambini nel contesto di COVID-19 e altre infezioni da coronavirus. Secondo OMS, i vantaggi di indossare la mascherina nei bambini per il controllo di COVID-19 dovrebbero essere valutati rispetto ai potenziali danni, inclusi fattibilità e disagio, problemi sociali e di comunicazione. I fattori da considerare includono anche i gruppi di età, le considerazioni socioculturali e contestuali e la disponibilità della supervisione degli adulti e altre risorse per prevenire la trasmissione.

Date le prove limitate sull'uso di mascherine nei bambini per COVID-19 o altre malattie respiratorie, comprese le prove limitate sulla trasmissione di SARS-CoV-2 nei bambini di età specifiche, la formulazione delle politiche da parte delle autorità nazionali dovrebbe essere guidata da tre principi generali di salute pubblica e sociali:

- non nuocere: il miglior interesse, la salute e il benessere del bambino dovrebbero avere la priorità;
- evitare un impatto negativo sullo sviluppo e sui risultati di apprendimento;
- considerare la fattibilità dell'attuazione delle raccomandazioni in diversi contesti sociali, culturali e geografici, inclusi ambienti con risorse limitate,

strutture umanitarie e tra bambini con disabilità o condizioni di salute specifiche.

L'OMS e l'UNICEF consigliano di adottare i seguenti criteri per l'uso delle mascherine mediche e non-mediche nei bambini nei Paesi o nelle aree in cui è nota o sospetta la trasmissione comunitaria della SARS-CoV-2 e in contesti in cui non è possibile ottenere la distanza fisica:

- i bambini di età fino a cinque anni non dovrebbero indossare maschere per il controllo della fonte. Questo consiglio è motivato da un approccio "non nuocere";
- per i bambini tra i sei e gli 11 anni di età dovrebbe essere applicato un approccio basato sul rischio di trasmissione, valutato in base a:
 - intensità di trasmissione nell'area in cui si trova il bambino e dati aggiornati/evidenze disponibili sul ri-

schio di infezione e trasmissione nella rispettiva fascia di età;

- ambiente sociale e culturale come credenze, costumi, comportamenti o norme sociali che influenzano le interazioni sociali della comunità e della popolazione, specialmente con e tra i bambini;
- la capacità del bambino di conformarsi all'uso appropriato di maschere e la disponibilità di un'adeguata supervisione di un adulto;
- potenziale impatto dell'uso della maschera sull'apprendimento e sullo sviluppo psicosociale;
- ulteriori considerazioni e adattamenti per contesti specifici come famiglie con parenti anziani, scuole, durante le attività sportive o per bambini con disabilità o con patologie di base;
- gli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni devono seguire le linee guida

per l'uso della maschera negli adulti;

- l'uso di una maschera medica per i bambini immunocompromessi o per i pazienti pediatrici con fibrosi cistica o alcune altre malattie (ad es. tumore) è generalmente raccomandato, ma dovrebbe essere valutato in consultazione con il medico del bambino;
- per i bambini di qualsiasi età con disturbi dello sviluppo, disabilità o altre condizioni di salute specifiche che potrebbero interferire con l'uso della maschera, l'uso di maschere non dovrebbe essere obbligatorio e dovrebbe essere valutato caso per caso dall'educatore del bambino e / o dal medico.

Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19 21 August 2020.

https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Children-2020.1