



Istituto Superiore di Sanità

Rapporto ISS COVID-19 • n. 43/2020

Indicazioni *ad interim* per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID 19

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19

Versione del 31 maggio 2020

Indicazioni *ad interim* per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID 19

Versione del 31 maggio 2020

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19

Maria Luisa SCATTONI, Francesca FULCERI, Paolo 'Fortunato' D'ANCONA, Barbara DE MEI,
Antonella GIGANTESCO, Luigi BERTINATO, Gemma CALAMANDREI
Istituto Superiore di Sanità

Antonella COSTANTINO

*Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Unità Operativa di Neuropsichiatria
dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Fondazione IRCCS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Policlinico, Milano*

Alessandro ZUDDAS

*Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Dipartimento di Scienze
Biomediche, Sez. Neuroscienze e Farmacologia Clinica, Università di Cagliari, Clinica di
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Azienda Ospedaliera "G.Brotzu", Cagliari*

con il supporto dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza, Filomena ALBANO

in collaborazione con (in ordine alfabetico):

Paolo BIASCI, *Presidente Nazionale della Federazione Italiana Medici Pediatri*

Chiara CATTANEO, Angela GIUSTI, Enrica PIZZI, Letizia SAMPAOLO, Angela SPINELLI
Centro Nazionale di prevenzione e promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità

Susanna MANTOVANI, *Professore Onorario di Pedagogia generale e sociale, Dipartimento di Scienze
umane per la formazione "Riccardo Massa" dell'Università di Milano-Bicocca*

Paola MILANI, *Professore ordinario di Pedagogia Sociale e Pedagogia delle Famiglie, Laboratorio di
Ricerca e Intervento in Educazione Familiare dell'Università di Padova*

Fabio MOSCA, *Fondazione IRCCS "Ca' Granda" Ospedale Maggiore Policlinico, Milano
Presidente della Società Italiana di Neonatologia*

Ludovico PERULLI, *Gruppo Adolescenza dell'Associazione Europea di Psicopatologia dell'Infanzia e
dell'Adolescenza, Sezione Italiana*

Alberto VILLANI, *Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma, Presidente Società Italiana di Pediatria*

Federica ZANETTO, *Presidente nazionale Associazione Culturale Pediatri*

Istituto Superiore di Sanità

Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19
2020, 38 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020

Come conseguenza dello scenario emergenziale SARS-CoV-2, circa 9 milioni di minori di età hanno sperimentato cambiamenti sostanziali negli ambienti di vita, nelle routine quotidiane e nelle reti relazionali, educative e sociali che normalmente favoriscono la promozione della salute e la resilienza agli eventi traumatici. Allo stato attuale, è importante individuare e attuare le strategie utili a garantire contemporaneamente la massima continuità e supporto allo sviluppo neuropsichico e il minimo rischio di diffusione del virus in bambini, adolescenti, familiari e operatori. Questo impegno richiede un confronto e una collaborazione costante tra tutte le istituzioni e i professionisti coinvolti, e una modulazione differenziata delle attività nei diversi contesti locali e in relazione all'evoluzione della pandemia.

Istituto Superiore di Sanità

Interim indications for the appropriate support of the children/adolescents' mental health during the pandemic COVID-19. Version of May 31, 2020.

ISS Working Group Mental Health and Emergency COVID-19
2020, 38 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020 (in Italian)

As a consequence of the SARS-CoV-2 emergency scenario, about 9 million children have experienced substantial changes in living environments, daily routines and relational, educational and social networks that normally promote mental health and resilience to traumatic events. At present, it is important to identify and implement strategies to ensure maximum continuity and support for neuropsychic development and minimum risk of spread of the virus in children, adolescents, family members and professionals. This commitment requires constant comparison and collaboration between all institutions and professionals involved, and a differentiated modulation of activities in different local contexts and in relation to the evolution of the pandemic.

Per informazioni su questo documento scrivere a: marialuisa.scattoni@iss.it

Citare questo documento come segue:

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020)

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica (Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità 2020
viale Regina Elena, 299 -00161 Roma



Indice

Introduzione	1
Fattori di rischio e problemi correlati	3
Promuovere la salute mentale in infanzia e adolescenza durante l'emergenza COVID-19.....	8
Interventi per la popolazione generale	9
Garantire la vicinanza e sostenere il <i>caregiver</i>	9
Gravidanza, parto e allattamento	9
Quarantena e/o ricovero ospedaliero del bambino.....	10
Risorsa.....	10
Fornire supporto emotivo e consapevolezza.....	10
Risorse.....	12
Ricostruire abitudini e promuovere attività e stili di vita.....	12
Risorse.....	14
Garantire le attività educative e didattiche	15
Risorse.....	16
Formazione	19
Risorse.....	19
Sostegno ai comportamenti di prevenzione sanitaria.....	20
Promuovere integrazione e interdisciplinarietà	21
Riprendere l'attività fisica e sportiva.....	21
Risorse.....	22
Interventi specifici per le popolazioni a rischio	23
Bambini e ragazzi in situazione di vulnerabilità e/o con bisogni di protezione e tutela	23
Bambini e ragazzi in strutture educative residenziali	25
Risorse.....	27
Bambini e ragazzi con disturbi neuropsichici dell'età evolutiva	27
Risorse.....	33
Bibliografia	34

Introduzione

In Italia, circa 9 milioni di bambini e adolescenti si sono trovati esposti allo scenario emergenziale SARS-CoV-2 e alle misure che sono state messe in atto per contenerlo, sperimentando cambiamenti sostanziali negli ambienti di vita, nelle routine quotidiane e nelle reti relazionali, educative e sociali che normalmente favoriscono la promozione della salute e la resilienza agli eventi traumatici (1, 2). Sono circa 7,6 milioni gli alunni italiani che hanno sospeso la frequenza delle lezioni in presenza e le attività educative, sportive, culturali e aggregative di comunità (3). Inoltre l'emergenza sanitaria ha portato alla riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita, inclusa l'assistenza al neonato, con un diverso impatto a seconda dei territori (4). Questo aspetto è di enorme rilevanza considerato il ruolo dei primi 1000 giorni, periodo che va dal concepimento ai 2 anni di età, per la tutela e promozione della salute e per un sano e completo sviluppo neuropsichico del bambino (5).

Le caratteristiche della pandemia, quelle delle misure messe in atto per contenerla e la vastità della popolazione interessata, non hanno precedenti negli ultimi 100 anni in Italia e nel mondo occidentale, e rendono difficile prevedere le effettive conseguenze sulla salute mentale dei bambini e degli adolescenti, sia nell'immediato che in futuro. Inoltre, le evidenze scientifiche disponibili si riferiscono a situazioni solo parzialmente sovrapponibili all'emergenza italiana attuale e sono comunque limitate per quanto riguarda bambini e adolescenti (6). Tuttavia, numerosi elementi evidenziano come, in assenza di interventi appropriati e tempestivi, il rischio per la salute mentale possa essere elevato, in particolare per alcune sottopopolazioni (6).

La rapida evoluzione della pandemia e la necessità di attivare con urgenza interventi sanitari diretti prevalentemente agli adulti hanno finora reso complesso sia affrontare in modo sistematico i bisogni specifici dei soggetti in età evolutiva che considerare in modo mirato e differenziato l'impatto sulla salute mentale dei diversi fattori di rischio coinvolti.

Durante il *lockdown*, in molti contesti sono state attivate iniziative efficaci e ben calibrate di didattica a distanza, o di telemedicina, teleriabilitazione e teleassistenza, e sono state messe a disposizione sui media e nei *social* ampie offerte di attività e strategie a supporto di bambini e adolescenti (7). Tuttavia, ciò non è avvenuto in modo omogeneo e coordinato in tutto il Paese, sia per la presenza di aree geografiche nelle quali il supporto della rete era insufficiente sia per l'assenza di piattaforme adeguate o di esperienze precedenti o di volontà e capacità dei singoli o delle amministrazioni di ricreare a distanza contesti relazionali, educativi, didattici e clinici adeguati ai bisogni dei bambini e ragazzi e delle loro famiglie.

In assenza di adeguati supporti, la contemporanea prolungata chiusura della scuola, il distanziamento fisico e l'isolamento in ambiente domestico potrebbero aver impattato in modo negativo sulla salute fisica e psichica dei bambini e dei ragazzi aumentando il rischio di aggravio di problematiche di salute mentale e di disuguaglianze.

Il Comitato sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza presso le Nazioni Unite, in una dichiarazione adottata l'8 aprile scorso ha evidenziato i gravi effetti fisici, emotivi e psicologici della pandemia COVID-19 sui minorenni e ha invitato gli Stati a proteggere i diritti delle persone di minore età, realizzando interventi per superare disparità nei territori, acuite dall'emergenza (8). In un'altra informativa del 13 maggio 2020 (9), le Nazioni Unite invitano gli Stati membri ad intervenire affinché la salute mentale della popolazione venga considerata una componente essenziale dei piani di risposta nazionale alla pandemia da COVID, in tutti i settori pertinenti, ad esempio sostenendo ambienti di apprendimento ed educazione per bambini e adolescenti costretti a un lungo periodo di *lockdown*. Dato che tale situazione ha degli effetti, soprattutto nel lungo periodo, sullo sviluppo neuropsichico di bambini e adolescenti, raccomandano, fra l'altro, l'adozione di misure che prevengano l'aumento delle disuguaglianze e della violenza domestica contro donne, bambini

e persone con disabilità e che offrano a bambini e ragazzi opportunità di apprendimento alternativo fuori dalla scuola (9,10).

Nella attuale fase 2, è indispensabile quindi definire quali possano essere le strategie più opportune per poter intervenire in modo mirato in ambito educativo, sociale e sanitario, tenendo conto dei diversi livelli di rischio per la salute mentale, dei livelli di diffusione locale della pandemia e della possibile necessità di rimodulare rapidamente gli interventi in base al suo andamento nel tempo. Da un lato andranno accuratamente valutate e validate, consolidate, perfezionate e diffuse le buone pratiche che sono state attivate a distanza e dall'altro sarà necessario riattivare al più presto modalità in presenza, con nuove caratteristiche e con attenzioni mirate e prioritarie per bambini e adolescenti a maggior rischio di povertà educativa e/o di conseguenze sullo sviluppo e sulla salute mentale.

I decisori, la comunità, la scuola e i genitori devono poter essere consapevoli dei possibili disagi e rischi specifici per la salute mentale della popolazione in età evolutiva nell'evolvere dello scenario emergenziale SARS-CoV-2, per poter predisporre interventi efficaci, tempestivi e rapidamente rimodulabili nell'immediato e a lungo termine (11), evitare di amplificare le disuguaglianze sociali e rispettare gli impegni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia (12).

In particolare, diviene indispensabile trovare un equilibrio tra misure necessarie per il contenimento del contagio e rischio per la salute mentale, per poter garantire contemporaneamente la massima continuità e supporto allo sviluppo neuropsichico e il minimo rischio di diffusione del virus in bambini, adolescenti, familiari e operatori.

Questo impegno richiede un confronto e una collaborazione costante tra tutti i sistemi coinvolti, e una modulazione differenziata nei diversi contesti locali a seconda dell'evoluzione della pandemia. Per questo, è indispensabile che gli interventi siano predisposti in una cornice inter istituzionale e interprofessionale solida e coordinata che includa tutte le figure coinvolte nella cura e nello sviluppo dei bambini e degli adolescenti. Una rete di professionisti e ricercatori di area pediatrica impegnati nella educazione, nell'assistenza e nella promozione e tutela della salute fisica e mentale dei bambini e degli adolescenti, che veda la partecipazione attiva e propositiva di famiglie e ragazzi, consente di definire le scelte e le direzioni da percorrere all'interno di una cornice collaborativa, competente e consapevole delle criticità presenti e possibili future (13-17).

La salute pubblica, l'istruzione e i sistemi sociali, il terzo e quarto settore e tutta la società devono lavorare insieme per ridurre al minimo le conseguenze sulla salute mentale nella generazione più giovane. In particolare appare necessario sviluppare o potenziare meccanismi di protezione sociale che rispondano alle esigenze delle famiglie con bambini piccoli e sostenere genitori e *caregiver* con opzioni di assistenza all'infanzia sicure e appropriate nel contesto emergenziale COVID-19 (18).

Fattori di rischio e problemi correlati

Sebbene i dati sulla salute psicologica dei bambini e degli adolescenti in corso di pandemia non siano disponibili, alcune recenti evidenze suggeriscono che lo scenario emergenziale da COVID-19 possa impattare negativamente sul loro benessere psicologico (6) e influenzare negativamente la loro salute mentale (19, 20) causando un aumento dei sintomi di ansia e depressione (20). A questo riguardo, va segnalato che durante l'epidemia di COVID-19, la prevalenza di sintomi depressivi, sintomi d'ansia e una combinazione di sintomi depressivi e d'ansia è stata rispettivamente del 43,7%, 37,4% e 31,3% tra gli studenti delle scuole superiori cinesi (21). Tra i fattori di stress sono inclusi i timori di infezione, la frustrazione e la noia, l'informazione inadeguata, la mancanza di contatti personali con compagni di classe, amici e insegnanti, la mancanza di spazio personale in casa e le difficoltà finanziarie della famiglia (22, 23).

Le risposte emotive dei bambini e degli adolescenti dipendono da molti fattori incluso il background culturale, la loro personalità, i cambiamenti del contesto e la loro percezione sulle differenze tra ciò che sperimentavano prima della pandemia rispetto al contesto attuale oltre che il cambiamento della loro immagine di sé e dei loro piani di vita. Inoltre, tra i genitori di neonati, l'esperienza emergenziale potrebbe aver generato un vissuto di difficoltà e ansia nell'esperienza del parto e nell'accudimento del nascituro, influenzando negativamente sulle prime relazioni con il bambino.

L'esposizione ad eventi traumatici, soprattutto se intensi e prolungati, può avere un impatto significativo sulla salute mentale dei minori di età, aumentando il rischio di manifestare disturbi psichiatrici nel breve/medio periodo e/o in età adulta (24). Il rischio può essere amplificato o mitigato da altri fattori, quali la presenza di *adverse childhood experiences* o di altri *life event* (25), le reazioni dei *caregiver* significativi, le interazioni con il contesto, la rete sociale, i fattori educativi e socioeconomici (26).

Il differente impatto dell'emergenza SARS-CoV-2 nel territorio nazionale ha determinato scenari locali molto diversificati che hanno comportato differenti esperienze potenzialmente traumatiche, in alcuni casi direttamente connesse alla pandemia e in altri alle conseguenze del *lockdown* (27). Alcune famiglie hanno vissuto in contesti ad alta prevalenza COVID-19 e i bambini e gli adolescenti hanno sperimentato direttamente la malattia o la quarantena, e/o hanno vissuto le conseguenze della malattia dei genitori essendo stati esposti a separazioni improvvise e prolungate fino a volte alla necessità di essere ospitati in strutture di accoglienza temporanea. Alcuni di essi hanno perso i genitori o i nonni o altri familiari, spesso senza la possibilità di un adeguato commiato e accompagnamento emotivo. In alcuni casi la separazione è stata conseguente alla necessità di mettere in atto misure di sicurezza per il bambino come ad esempio il suo allontanamento in caso di alto rischio di contagio.

Altre famiglie sono state toccate solo tangenzialmente dai contagi, ma hanno sperimentato rilevanti difficoltà nello svolgere le proprie attività lavorative. Circa la metà delle famiglie italiane hanno visto una riduzione delle risorse economiche e il 7,4% dei genitori ha perso il lavoro, ampliando il numero di famiglie sotto la soglia di povertà (28). La perdita di reddito, che può essere causa di un elevato stress psicologico per l'adulto, ha conseguenze immediate e a lungo termine per i membri della famiglia, compresi i bambini, a causa del mancato accesso ai bisogni primari (29-31). Comprendere e affrontare il disagio dei bambini e degli adolescenti implica necessariamente la comprensione dei contesti materiali e psicologici che hanno sperimentato e che stanno sperimentando (27), poiché il contesto economico della famiglia influisce sulla cura e sul benessere dei bambini e dei ragazzi impattando su differenti livelli, dalla sussistenza alla possibilità di accedere a strumenti e opportunità tecnologiche indispensabili per l'accesso alla didattica a distanza e/o ad attività di telemedicina e teleriabilitazione e/o al mantenimento delle relazioni con i familiari e il gruppo dei pari, causando disuguaglianze sociali e isolamento (27,32) e amplificando il rischio per lo sviluppo e per la salute mentale attuale e futura (33).

Alcuni bambini hanno avuto uno o entrambi i genitori che lavorano in prima linea in ambienti COVID-19, o che comunque sono stati impegnati in attività lavorative continuative anche durante il *lockdown* (29). In molti casi, i genitori che lavorano in prima linea in ambienti COVID-19 si sono trovati da un giorno all'altro totalmente assorbiti dalle necessità lavorative e contemporaneamente senza supporti per la gestione dei propri figli, con la preoccupazione di come spiegare aspetti emotivamente complessi (la propria improvvisa lontananza, la non possibilità di contatto, i rischi correlati alla propria attività) e senza la possibilità di esercitare il proprio ruolo nel supportare i figli nell'elaborare le emozioni o più semplicemente nel gestire la scuola a distanza (34,35).

Per chi ha avuto la possibilità dello *smart working*, la difficoltà di conciliare le attività lavorative con la necessità di accudire e occuparsi dei bambini più piccoli o di seguire quelli in età scolare durante le lezioni a distanza può avere generato stress e conflittualità tra ruoli per entrambi i genitori, ma in particolare per le madri, con potenziali ricadute sulla relazione con il bambino.

Cruciali sono spesso risultate le conseguenze della prolungata interruzione di tutte le attività educative e scolastiche. La scuola e tutti i servizi educativi hanno un ruolo essenziale, non solo nel fornire gli apprendimenti e i materiali didattici di lavoro, ma anche nell'offrire ai bambini e agli adolescenti l'opportunità di interagire tra di loro e con gli insegnanti. Nella scuola vengono implementati programmi per la promozione della salute, l'igiene personale, l'attività fisica, una dieta appropriata (11, 22). Nello scenario emergenziale, il Ministero dell'Istruzione ha promosso l'utilizzo delle tecnologie e della didattica a distanza ed ha offerto classi virtuali e piattaforme online per tutte le scuole al fine di garantire il rispetto del diritto all'istruzione. Molti insegnanti e dirigenti scolastici, nonché attori sociali ed educativi hanno sviluppato modalità innovative ed efficaci per garantire continuità allo sviluppo e all'apprendimento dei bambini e ragazzi, stimolando la partecipazione attiva degli alunni e nuove modalità di interscambio sociale anche al di fuori di ambiti strettamente curriculari, implementando così le loro capacità di resilienza.

Ciononostante, le iniziative in questa direzione hanno risentito di difficoltà organizzative, relative sia alla "novità" della modalità di formazione a distanza per gli insegnanti sia al mancato accesso a risorse telematiche da parte delle famiglie (28).

In particolare, in alcuni casi la didattica a distanza è stata ridotta alla mera assegnazione dei compiti o alla ripetizione delle tradizionali lezioni frontali (28) probabilmente anche per una disomogenea presenza di competenze professionali utili a creare materiali didattici rispondenti alle esigenze educative senza sovraccaricare gli studenti (11). Secondo il report pubblicato da *Save the Children* (28) una famiglia italiana su cinque segnala la necessità di maggiore comunicazione con gli insegnanti, quattro su dieci ritengono che i propri figli non riescano a seguire il ritmo scolastico e, dall'inizio del *lockdown*, è aumentata del 50% la quota di chi ritiene che i propri figli abbiano bisogno di un sostegno nello studio (28). In particolare, la chiusura della scuola ha aggravato le disuguaglianze, colpendo in maggior parte i bambini che vivono in contesti svantaggiati (32, 36) e i soggetti con disabilità. La stessa fruizione della didattica a distanza tramite le piattaforme tecnologiche può amplificare disagi e disuguaglianze inerenti anche alla situazione economica della famiglia: nel periodo 2018-2019, il 12,3% dei ragazzi italiani tra 6 e 17 anni non aveva un computer o un *tablet* a casa (37). Inoltre, l'utilizzo di piattaforme online per la didattica a distanza necessita di competenze digitali che nel nostro paese sembrano essere disponibili solo per una minoranza dei bambini e degli adolescenti (28) e frequentemente è stata strutturata con modalità che hanno richiesto il supporto degli adulti di riferimento. Infine, le condizioni abitative dei bambini e degli adolescenti possono non essere state idonee alle richieste del contesto dato che è stato riportato che almeno il 42% di essi vive in case sovraffollate, quindi prive di spazi adeguati allo studio (28).

Vanno quindi considerati i rischi di un possibile effetto negativo di lungo periodo sull'apprendimento e, più in generale, di un aumento della dispersione scolastica, che rischia di colpire particolarmente i minori di età che vivono in famiglie in condizione di svantaggio socioeconomico, le cui esigenze immediate, oggi, potrebbero essere ancor più focalizzate a garantire la disponibilità dei beni materiali essenziali, a scapito

dell'investimento nell'educazione (28). Inoltre, le difficoltà dovute all'emergenza si sommano alle carenze storiche nel nostro Paese nell'accesso a servizi educativi di qualità nei primi anni di vita che oscilla costantemente tra il 13% e il 14%, un dato ben lontano dall'Obiettivo UE del 33% e tra i più bassi a livello europeo (28). Infine, le incertezze relative ai tempi e alle modalità di ripresa delle attività scolastiche esercitano un ruolo negativo per tutti gli studenti e per le loro famiglie, con particolare riguardo per coloro che terminano un ciclo scolastico o che devono affrontare la maturità, amplificando ulteriormente l'ansia e le preoccupazioni per il futuro (38).

Le possibili conseguenze dell'interruzione delle attività scolastiche ed educative e del confinamento a casa, nonché della restrizione ad esercitare le interazioni sociali con i coetanei sono assai diversificate in relazione all'età e alle caratteristiche del minore e del suo ambiente.

In età prescolare, lo scenario emergenziale ha limitato l'accesso ad uno spazio di relazione e di apprendimento fondamentale. Il nido e la scuola dell'infanzia sono contesti nei quali i bambini imparano a conoscere e condividere con altri, e condividono per la prima volta regole e prassi diverse da quelle domestiche, nelle quali devono imparare a orientarsi e muoversi (39). Questi ambienti favoriscono lo sviluppo delle prime autonomie personali e promuovono la capacità di mettere in comune oggetti, materiali, esperienze, di riflettere per dare significato ai vissuti. Benché anche per la fascia di età 0-6 vi siano state indicazioni di come strutturare modalità in remoto che consentissero di mantenere la relazione educativa e i contatti tra i bambini in un contesto di relazioni fondamentale per crescere (39), la loro applicazione è rimasta molto limitata. Quando le attività a distanza sono state appropriatamente attivate e gradualmente adattate ai contesti, i bambini e le loro famiglie hanno sperimentato esperienze di contatto del tutto nuove che hanno permesso di mantenere le relazioni tra i bambini e le figure per loro affettivamente significative, inclusa la partecipazione ad attività di gruppo via videoconferenza. Queste esperienze hanno offerto alle famiglie e alle insegnanti confronti reciproci e hanno rappresentato l'occasione per dare continuità alle relazioni e condividere criticità, strategie e supporti educativi.

Inoltre, i bambini che vivono in abitazioni con spazi limitati, senza balconi o giardini, potrebbero anche aver ridotto notevolmente l'attività motoria ed essersi trovati in maggiore difficoltà a causa di una abitazione sovraffollata. I dati ISTAT evidenziano che almeno 4 minori di età su dieci potrebbero essere esposti ad una condizione di sovraffollamento abitativo e il disagio si acuisce se, oltre ad essere sovraffollata, l'abitazione in cui si vive presenta anche problemi strutturali oppure non ha bagno/doccia con acqua corrente o ha problemi di luminosità (40). Tali condizioni, associate alla chiusura della scuola e a volte addirittura alla necessità di gestire l'isolamento fiduciario o obbligatorio in assenza di spazi adeguati, possono aumentare il rischio di inattività fisica, il tempo di utilizzo degli schermi, l'adozione di schemi di sonno irregolari e di diete meno favorevoli (22, 41, 42) oltre a comportare lo sviluppo o l'aggravamento di malattie esistenti che affondano le loro radici in uno stile di vita sedentario (43) aumentando ancora di più le disuguaglianze sociali. Si tratta di fattori di rischio già piuttosto diffusi in Italia e proprio per questo monitorati dalle Sorveglianze di popolazione presenti nel nostro Paese (Sorveglianza Bambini 0-2 anni, OKkio alla SALUTE e HBSC). Le misure messe in atto per contrastare il contagio hanno incluso la restrizione della mobilità, la chiusura di luoghi dedicati allo sport, il divieto di accesso a parchi e campi da gioco, e anche in fase 2 è proseguita a lungo l'interruzione delle attività sportive di gruppo, che hanno un ruolo importante per favorire la cooperazione e la sportività, promuovere una competizione rispettosa e imparare a gestire i conflitti. Oltre ad impattare sulla salute fisica, la mancanza di accesso a routine sportive e all'esercizio fisico regolare può aggravare lo stress o l'ansia che molti sperimentano di fronte all'isolamento dalla normale vita sociale (44).

Appare inoltre aumentato anche il rischio di violenza domestica, negligenza e sfruttamento dei bambini e dei ragazzi (6). Recenti studi svolti nel contesto COVID-19 confermano la preoccupazione per la salute infantile (45) sottolineando l'importanza di investire fin da subito in attività educative per i minori di età. Conoscere i diversi contesti nazionali e le esperienze maturate in altri Paesi può essere utile per identificare le strategie più appropriate per fornire sostegno ai bambini e agli adolescenti nell'attuale scenario

emergenziale SARS-CoV-2 (46). Il rischio di sviluppare disturbi emotivi e problematiche di salute mentale, tra cui ansia e depressione, sembrerebbe maggiore per coloro che presentavano precedenti difficoltà di sviluppo, problematiche fisiche o psicologiche, e per i bambini e i ragazzi che vivono in famiglie in cui sono presenti situazioni di violenza e/o negligenza sui bambini (47).

Infine, elementi aggiuntivi rilevanti possono essere rappresentati dall'esposizione eccessiva e non modulata ad informazioni che sono diffuse con modalità che non tengono adeguatamente conto della capacità di comprensione ed elaborazione degli eventi dei bambini e adolescenti (27) o con contenuti fortemente contraddittori, con il rischio di esporre minorenni e gli adulti che vivono con loro ad alti livelli di stress e di ansia (27).

Se l'esposizione ad eventi traumatici, soprattutto se intensi e prolungati, può avere un impatto significativo sulla salute mentale dei bambini e dei ragazzi in generale, tale impatto rischia di essere ancora più rilevante nei soggetti maggiormente vulnerabili, come coloro che risultavano affetti da psicopatologia e/o disturbi del neurosviluppo già prima della fase emergenziale.

Classicamente, i disturbi del neurosviluppo sono il risultato dell'interazione di fattori biologici individuali con fattori ambientali non favorevoli o addirittura avversi e frequentemente determinano disabilità. Tuttavia, il peso relativo dei diversi fattori nel determinare il quadro clinico risulta specifico per i diversi disturbi e, per tutti i minori di età fragili, i contesti ambientali (familiare, educativo sociale e sanitario) appaiono cruciali nel garantire una adeguata qualità della vita (percezione soggettiva del benessere e della capacità di godere delle occasioni di vita dei propri i coetanei (48).

Sebbene non siano al momento disponibili studi epidemiologici rigorosi, appare evidente che il differente impatto nel territorio nazionale dell'emergenza SARS-CoV-2 sui minori di età con disturbi neuropsichici sia correlato non solo alla specifica epidemiologia dell'infezione virale e alle misure di contenimento ma anche dall'interazione tra specifiche forme di fragilità (disturbi internalizzanti, esternalizzanti, disturbi dello spettro autistico, disabilità intellettiva, ecc.) e tenuta dei diversi contesti (familiare, educativo, sociale e sanitario) nei diversi scenari locali. In particolare, l'effettiva continuità degli interventi attraverso l'attivazione immediata di modalità proattive da remoto appare avere avuto un ruolo molto significativo nella tenuta complessiva dei bambini e ragazzi e delle loro famiglie.

In alcune situazioni con bassa prevalenza di infezione da SARS-CoV-2, il venir meno del contesto educativo pre-COVID-19 è apparso talvolta in grado di migliorare (a parità di tenuta degli altri contesti) alcuni disturbi internalizzanti (es. fobia sociale o scolastica) specie in presenza di un maggior supporto familiare dovuto al *lockdown* e al mantenimento delle attività da remoto dei servizi specialistici.

Al contrario, lo stesso grado di compromissione dei contesti educativi e scolastici, insieme alle limitazioni nelle attività extra-domiciliari e domiciliari e all'interruzione di routine consolidate è apparso compromettere in maniera significativa il livello di funzionamento globale e la qualità della vita di bambini e ragazzi con disturbi del neurosviluppo (es. disturbo dello spettro autistico e/o disabilità intellettiva). L'adattamento della didattica a distanza è stato più difficoltoso e spesso tardivo, e i servizi specialistici sono frequentemente venuti a mancare. Ove invece l'attivazione di interventi educativi e didattici a distanza è stata tempestiva e ben strutturata e ha consentito rapidamente di riorganizzare routine a domicilio, in stretto raccordo con servizi specialistici che sono riusciti ad attivare immediatamente il passaggio in telemedicina, l'andamento è stato molto migliore aprendo anche nuove ipotesi di percorsi terapeutici per il futuro. In particolare, ha consentito una migliore conoscenza del contesto di vita, degli spazi, delle organizzazioni familiari, e una migliore modulazione delle attività e co-progettazione con le famiglie.

Situazioni intermedie sono state osservate in soggetti con disturbi esternalizzanti: alterazioni del pensiero, dell'umore e del comportamento hanno talvolta fatto sì che i bambini e i ragazzi con patologie neuropsichiatriche abbiano violato le misure preventive quali l'isolamento sociale, andando a costituire una popolazione particolarmente a rischio di infezione/trasmissione virale; la perdita di contatto con i pari e la

convivenza forzata con familiari con difficoltà educative ha comportato difficoltà di gestione e situazioni stressanti o molto conflittuali (specie nei bambini e ragazzi con disturbo di panico, depressione, disturbo ossessivo-compulsivo). Specie in adolescenza, sebbene la minore disponibilità di sostanze d'abuso abbia talora moderato alcune manifestazioni psicopatologiche esternalizzanti, il venir meno delle attività di presa in carico in presenza da parte dei servizi territoriali specialistici ha significativamente aggravato la psicopatologia e peggiorato la qualità della vita dei minori di età e delle loro famiglie, mentre la messa in atto di adeguate attività di telemedicina ha avuto un ruolo importante nel contenimento della sintomatologia.

La considerazione di tali criticità è da considerarsi indispensabile nella programmazione delle attività di assistenza sanitaria nella fase 2.

Promuovere la salute mentale in infanzia e adolescenza durante l'emergenza COVID-19

La pandemia COVID-19 ha avuto e continuerà ad avere effetti considerevoli nella vita delle persone. È fondamentale quindi mettere in atto interventi generali a supporto della salute mentale per tutta la popolazione minore di età e interventi mirati per i soggetti a maggior rischio e/o in condizioni di fragilità (9, 49), da rimodulare costantemente in base all'evolvere generale e locale della pandemia.

La definizione e l'attuazione degli interventi appropriati per la popolazione generale e per quella a maggior rischio e/o in condizioni di fragilità, deve avvenire in una rete collaborativa tra le istituzioni e i professionisti coinvolti in prima linea nella educazione, nell'assistenza e nella cura dei bambini e degli adolescenti, in modo partecipativo con le famiglie e i soggetti stessi. È indispensabile infatti che tutti gli attori coinvolti nello sviluppo della salute psicofisica dei minori di età siano coinvolti e chiamati a contribuire attivamente per promuovere e tutelare la salute mentale e la resilienza dei bambini e delle loro famiglie.

Le istituzioni devono fondare le proprie scelte su evidenze scientifiche e buone prassi garantite dalla professionalità di un panel multidisciplinare di esperti in cui devono essere rappresentati anche il mondo sanitario, educativo, scolastico e della ricerca e formazione nell'età evolutiva.

Interventi per la popolazione generale

Garantire la vicinanza e sostenere il *caregiver*

In ogni fascia di età, è importante offrire supporto alle figure genitoriali e facilitare le condizioni che permettano di mantenere la vicinanza con i bambini e gli adolescenti nel rispetto delle necessarie misure di sicurezza.

Gravidanza, parto e allattamento

Preservare la relazione e la vicinanza della madre e del padre con il figlio fin dal momento della nascita e fornire supporto ai genitori se necessario, sono interventi che promuovono la salute fisica ma soprattutto mentale del neonato e possono avere un effetto duraturo sul suo sviluppo cognitivo e socio-emotivo (50). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha delineato le buone pratiche per la cura dei neonati e dei lattanti e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha recentemente fornito indicazioni specifiche nell'attuale contesto emergenziale raccomandando che sia garantita a tutti i neonati e neonate la presenza e lo stretto contatto con la madre e con il padre o altro *caregiver* (4). È importante che le donne e le loro famiglie possano conoscere in anticipo le modalità per l'accesso del padre o della persona scelta adottate dai diversi punti nascita, e le possibili modificazioni organizzative e logistiche imposte dall'evoluzione locale dell'epidemia (4). Inoltre, le buone pratiche per la cura dei neonati e dei lattanti nell'ambito dell'emergenza COVID-19 delineate dall'OMS (51, 52) prevedono alla nascita, il contatto pelle-a-pelle immediato e prolungato con la mamma, l'allattamento e il rooming in h24, come nella condizione pre-emergenza. L'attaccamento precoce madre-bambino/bambina è facilitato dal contatto pelle a pelle, dall'allattamento e dalla presenza di una figura di supporto alla madre. Queste pratiche concorrono a stabilire le fondamenta per lo sviluppo e la nutrizione ottimale e per interazioni e cure di qualità, secondo quanto promosso nell'ambito della *Nurturing Care* per la promozione dell'*Early Child Development* (5).

La presenza delle figure genitoriali (inclusa la promozione della *Kangaroo Mother Care*) è di particolare importanza per i neonati e neonate prematuri, per i quali la separazione precoce determina uno stress con effetti a breve e a lungo termine. I genitori non sono considerati semplici visitatori, soggetti ad orari prestabiliti, ma *caregiver* e protagonisti attivi nella cura dei loro figli, i più importanti facilitatori e co-regolatori del loro sviluppo. Durante l'emergenza la Società Italiana di Neonatologia (SIN) ha sostenuto i reparti di Terapia Intensiva Neonatale per mantenere l'apertura delle Terapie Intensive Neonatali h24, introducendo alcune regole volte ad evitare il sovraffollamento e al rispetto rigoroso delle norme igieniche (uso di mascherine chirurgiche e corretta igiene delle mani), triage e check-list sulle condizioni di salute delle figure genitoriali e del nucleo familiare.

In caso di infezione materna da SARS-CoV-2 il latte materno non risulta essere un possibile veicolo di trasmissione dell'infezione al neonato, mentre i benefici psicologici e fisici dell'allattamento al seno sono ampiamente documentati (53). Ogni qualvolta possibile, l'opzione da privilegiare è quella della gestione congiunta di madre e bambino anche in presenza di positività SARS-CoV-2, ai fini di facilitare l'interazione e l'avvio dell'allattamento, in particolare quando la puerpera sia asintomatica o paucisintomatica o in via di guarigione o quando una puerpera asintomatica o paucisintomatica sia probanda per SARS-CoV-2. Qualora la madre sia pienamente sintomatica e con compromissione dello stato generale, madre e bambino vengono transitoriamente separati, tenendo conto del consenso informato della madre, della situazione logistica dell'ospedale e della situazione epidemiologica locale relativa alla diffusione del SARS-CoV-2. In caso di separazione del neonato dalla madre, si raccomanda l'uso del latte materno fresco spremuto (53).

Quarantena e/o ricovero ospedaliero del bambino

L'esperienza dell'isolamento e del ricovero personale e/o dei membri della propria famiglia possono essere di particolare impatto nella vita dei bambini e degli adolescenti e richiede attenzioni specifiche. In questa direzione, il Manifesto dei diritti dei bambini in ospedale, promosso da Agia, dal Ministero dell'istruzione e dall'Associazione ospedali pediatrici italiani, in un quadro di collaborazione e sinergia anche con altri soggetti, mira a curare la governance delle iniziative finalizzate ad assicurare a bambini e ragazzi pari opportunità nell'esercizio del diritto alla salute e nell'accesso all'istruzione e ad altre azioni educative, anche durante il periodo di degenza.

Anche in corso di pandemia, ai bambini e agli adolescenti deve essere garantita la vicinanza di un genitore o adulto di riferimento significativo, sia nel corso del ricovero ospedaliero che in caso di isolamento obbligatorio o fiduciario, loro e/o dei loro genitori. In questi casi è particolarmente importante supportare i bambini, gli adolescenti e le loro famiglie attraverso interventi di sostegno a distanza per favorire l'organizzazione di attività e promuovere il loro benessere psico-fisico.

Laddove non fosse possibile garantire la vicinanza fisica con i genitori, ad esempio in caso di forme COVID-19 altamente sintomatiche, è importante predisporre interventi di supporto sociali, logistici e materiali che tutelino il bambino e i membri della sua famiglia evitando di mettere a rischio chi è più fragile di fronte al contagio (es. i nonni). In queste specifiche condizioni deve essere valutata la possibilità di interventi specifici da parte di operatori della rete socio-sanitaria, appropriatamente dotati di dispositivi di protezione individuali (DPI). In caso in cui si renda necessario un intervento di separazione fisica per motivi di sicurezza, è importante che vengano predisposte le condizioni per realizzare frequenti contatti a distanza (possibilmente quotidiani o pluriquotidiani) tramite *videochat* online, telefonate, e-mail, messaggi o lettere. Questi collegamenti sono importanti per aiutare i bambini a tollerare la separazione e sentirsi sicuri e sostenuti durante la pandemia. Deve essere garantito il massimo coinvolgimento attivo di professionisti della salute mentale dell'età evolutiva al fine di supportare la salute mentale del minore e fornire adeguate istruzioni al personale coinvolto nell'assistenza.

Risorsa

I diritti dei bambini in ospedale, manifesto dei principi guida e dei valori di riferimento a cura dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza (AGIA).

Fornire supporto emotivo e consapevolezza

L'accompagnamento nella comprensione e nell'elaborazione emotiva degli eventi in corso, tanto più se preoccupanti, imprevedibili e/o potenzialmente traumatici è di particolare importanza per la salute mentale dei minori di età.

Durante una pandemia possono comparire cambiamenti emotivi e comportamentali. Normalizzare e condividere le reazioni emotive può essere curativo e rassicurante sia per i bambini e ragazzi che per gli adulti (47) ed è indispensabile per mantenere la fiducia nel mondo adulto e per consentire l'elaborazione emotiva e l'effettiva interiorizzazione e applicazione delle regole per la prevenzione del contagio, soprattutto quando esse possono richiedere rimodulazioni continue a secondo dei contesti e dell'evolvere della pandemia, come nella fase 2 e nel procedere dei mesi successivi.

Una particolare attenzione dovrebbe essere prestata ai linguaggi età-specifici e tipologia-specifici, anche in riferimento alle diverse disabilità, avendo in mente alcune attenzioni:

- **Ascoltare, soprattutto le emozioni:** a tutte le età, per poter condividere contenuti e costruire consapevolezza è opportuno partire dall'ascolto, dare spazio alle paure e alle emozioni attraverso l'ascolto attivo, aiutando a trovare modi per esprimere sentimenti inquietanti come rabbia, paura e tristezza, validare le emozioni e permettere di parlare in sicurezza dei propri sentimenti, evitando che bambini e ragazzi si possano sentire inutilmente spaventati o colpevoli (27, 54).
- **Dire cose vere:** i contenuti dovrebbero essere autentici, non troppi tutti insieme, adattati alla età e comprensione di ciascun bambino o adolescente, rimodulati nel tempo e guidati dall'aver prima ascoltato. Fornire informazioni veritiere su ciò che sta accadendo è importante perché in assenza di chiarezza, anche i bambini più piccoli cercano di dare un senso alla situazione in modo autonomo e spesso fuorviante (27, 55). I bambini e gli adolescenti necessitano di contesti sicuri e positivi riguardo al loro presente e al loro futuro, ma non irrealistici. Dire cose non vere per rassicurare può essere controproducente, meglio essere chiari e dire la verità, aiutando a tollerare e condividere la fatica dell'incertezza. Fondamentale comunicare anche le cattive notizie, in modo sensibile ed efficace, inclusa la malattia delle persone vicine o la morte. Per quanto doloroso, ha grandi benefici per il benessere psicologico a lungo termine dei bambini e delle loro famiglie (56).
- **Utilizzare un linguaggio adeguato:** ad esempio parlare di distanziamento fisico piuttosto che di distanziamento sociale che rimanda ad una assenza di relazione che invece può essere in parte mantenuta tramite la tecnologia o altre modalità (7).
- **Lasciare spazio per riprendere il discorso:** può essere opportuno non cercare di dire tutto subito, troppe informazioni impediscono di capire, meglio stare sulle cose essenziali ma lasciare spazio a domande successive di approfondimento, che potranno arrivare anche nelle ore e nei giorni che seguiranno, trovando il giusto equilibrio tra le spiegazioni di cosa sta accadendo, l'ascolto delle emozioni e l'insegnamento delle norme base per la prevenzione della trasmissione del virus.
- **Parlare in modo tranquillo e diretto:** i bambini e ragazzi hanno bisogno di essere trattati come interlocutori attivi e competenti, e i registri comunicativi dovrebbero essere adattati all'età e al livello di comprensione emotiva e cognitiva di ciascuno. È importante non minimizzare il problema o drammatizzarlo, né semplificare, distorcere. La capacità di comprendere dei bambini, e ancor più degli adolescenti è spesso assai maggiore di quanto ci si aspetterebbe.
- **Evidenziare che non siamo soli, e che ognuno può fare qualcosa:** sapere che c'è qualcosa che possiamo fare per diminuire il rischio per noi e per tutti permette di sentirsi meno impotenti e di trovare nuovi modi per mantenere le relazioni anche a distanza. Permette di spostare l'attenzione dall'ansia e impotenza alle cose che possono essere sotto il nostro controllo, e di accorgerci che non siamo soli (47).
- **Farsi aiutare da materiali adatti:** una storia può essere una buona traccia di partenza e un modo per poter riprendere l'argomento nel tempo, soprattutto con i più piccoli. per i quali la narrazione e il gioco sono i linguaggi fondamentali. Importante che riesca a tenere insieme emozioni e spiegazioni in modo caldo e chiaro e che risuoni con quello che conosciamo del nostro interlocutore. Anche testi, video e canzoni possono essere uno spunto da cui partire con ragazzi più grandi e adolescenti.

Risorse

- *Coronavirus come spiegarlo ai bambini*, decalogo AGIA
- *Epoca COVID-19: pit stop dei genitori in cerca di risposte*, opuscolo che fornisce alcuni suggerimenti sulle strategie da adottare tenendo conto della fascia di età: 2-5 anni; 6-10 anni; 11-14 anni e 15-18 anni
- *Storia di un Coronavirus*, il Coronavirus spiegato a bambini e adolescenti, documenti e racconti (anche in simboli) preparati dagli specialisti del Policlinico Cà Granda Ospedale Maggiore di Milano.
- *Parlare dell'emergenza coronavirus ai bambini (e agli adolescenti)*, documento di SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza)
- Materiali informativi e video dedicati a supportare i bambini e le loro famiglie messi a disposizione dalla Società italiana di Pediatria (SiP) accessibili ai link <https://www.sip.it/2020/04/14/un-video-per-spiegare-il-coronavirus-ai-bambini/> e <https://www.sip.it/2020/04/02/stiamo-a-casa-coronavirus-e-bambini-10-consigli-per-la-famiglia/>
- Materiali informativi e video dedicati a supportare i bambini e le loro famiglie messi a disposizione dalla Federazione italiana Medici Pediatri accessibili al link <https://www.fimp.pro/materiale-informativo-coronavirus/#1587631249427-594526e5-85f0>
- *Il mio eroe sei tu. Come i bambini possono combattere il Coronavirus*, libro che nasce dal progetto ideato dal Gruppo di Riferimento del Comitato Permanente Inter-Agenzia sulla Salute Mentale e il Supporto Psicosociale in situazioni di Emergenza (IASC MHPSS RG)

Ricostruire abitudini e promuovere attività e stili di vita

Un altro aspetto importante a supporto della salute mentale è la strutturazione di modalità che consentano di ricostruire ritmi e abitudini anche a casa e/o in carenza di attività scolastiche, educative, culturali e di socializzazione, sia nel *lockdown* che in fase 2. I cambiamenti nelle abitudini, nei ritmi delle giornate e l'imprevedibilità aumentano i livelli di stress e ansia e possono portare maggiori sentimenti di tristezza, paura, angoscia (57). Tutte le persone, ma in particolar modo i bambini e gli adolescenti, hanno bisogno di sapere prima cosa succederà, di avere ritmi prevedibili e routine per trovare sicurezza ed equilibrio e per rendere chiaro, evidente e quindi comprensibile e tollerabile emotivamente quello che succederà. L'incertezza genera ansia anche in situazioni normali e può essere ancora più difficile da reggere nelle situazioni in cui già lo stress e l'impotenza di base sono molto elevati. La prevedibilità aiuta inoltre a superare le eventuali difficoltà comunicative e/o sensoriali dei bambini e a gestire i passaggi tra attività più piacevoli (che nessuno vorrebbe abbandonare) e attività meno piacevoli. La gestione di questi passaggi da parte del genitore in casa può talora diventare particolarmente difficile.

Le incertezze e la mancanza di prevedibilità proprie del *lockdown* e della fase 2 possono creare senso di disagio sia per i bambini e ragazzi, meno consapevoli di quello che sta accadendo ma altrettanto coinvolti, che per gli adulti che percepiscono anche la responsabilità dei loro figli. Il disagio dei bambini e dei ragazzi può essere maggiore in presenza di fragilità specifiche e disturbi del neurosviluppo.

È fondamentale porre sempre particolare attenzione alle modalità con cui supportare le figure genitoriali per evitare di incorrere nel rischio concreto che più si dice loro cosa fare, meno si sentono in grado di fare. Nell'ambito della pandemia i genitori hanno fatto i genitori, i maestri, gli allenatori, gli amici, i compagni di gioco e si sono trovati subissati di indicazioni e consigli. I genitori si ascoltano, si accompagnano, si co-

educa con i genitori, si apprende dalle loro conoscenze sui loro figli. Vanno innanzitutto messe in luce le capacità da loro maturate in questo periodo e la nuova conoscenza che hanno sviluppato di sé e dei ragazzi e soprattutto che ciò che conta è esserci, non essere performanti. Non si tratta di sostenere la genitorialità perché i genitori sono incapaci, ma perché co-educare è necessario, nessuno può educare da solo.

Di seguito vengono indicati alcuni suggerimenti di intervento e attività che potrebbero essere utili, sia nel *lockdown* che nella fase 2 o nella eventuale recrudescenza dell'epidemia:

- **Mantenere le routine di base:** le routine che possono aiutare a maturare un senso di sicurezza e di prevedibilità sono ad esempio mantenere orari regolari per andare a letto e per i pasti, orari giornalieri per l'apprendimento, il gioco, l'attività fisica, le uscite.
- **Organizzare le priorità:** organizzare le routine nelle giornate senza scuola e senza supporti concreti può essere difficile e in particolar modo per i genitori che si trovano impegnati con il lavoro. È importante accettare che può non starci tutto e può essere utile decidere in anticipo giorno per giorno a cosa possiamo rinunciare e a cosa no (es. oggi possiamo usare più tempo per fare la pizza insieme ai figli e lasciare indietro la lavatrice, domani potremmo mangiare una pasta veloce e dedicare tempo a lavare e stendere insieme lenzuola e asciugamani).
- **Valorizzare le autonomie:** dedicare maggiore tempo e tranquillità a supportare i bambini nello sviluppo o nel consolidamento delle routine, particolarmente coloro che mostrano maggiori difficoltà, può essere un intervento utile per promuovere il loro benessere. L'aumento delle autonomie del bambino può essere anche di aiuto all'organizzazione delle giornate e degli impegni dei genitori.
- **Impegnarsi in un'attività specifica, per un tempo delimitato e in un luogo tranquillo:** dedicare un momento della giornata a condividere un'attività in cui è necessario, porre l'attenzione in modo consapevole per un determinato periodo di tempo può essere una efficace strategia di contenimento dell'ansia, anche del genitore. I suggerimenti su attività da svolgere con i bambini possono diventare un momento di attenzione consapevole e costruttiva su qualcosa che, a differenza dello scenario emergenziale causato dal Coronavirus, i genitori possono organizzare e controllare efficacemente.
- **Strutturare spazi e tempi di gioco:** proponendo un gioco o un'attività è utile avere in mente per quanto tempo durerà e come comunicare la durata e la conclusione al bambino. È inoltre importante attingere al bagaglio della propria esperienza per essere pronti a modificare alcuni elementi in modo flessibile, qualora ci si accorga che il bambino non stia capendo cosa fare o non sia motivato dalla proposta o sia fin troppo coinvolto ed eccitato.
- **Investire in attività positive:** è importante offrire la possibilità di investire in attività in cui vengano presentati modelli positivi, storie di speranza e resilienza (es. le persone che si aiutano vicendevolmente o aiutano gli animali) per contrastare il clima di paura e preoccupazione associato alla pandemia o il rischio di fare finta che non stia succedendo nulla.
- **Promuovere stili di vita equilibrati, alimentazione sana ed esercizio fisico regolare** (14, 58, 59). Con l'attività fisica aumentano, infatti, le energie, migliora la qualità del sonno, l'autostima, la fiducia in sé stessi e vengono scaricate eventuali tensioni. Inoltre, l'esercizio fisico ha un ruolo importante per scandire il tempo e organizzare al meglio la giornata, sia per mantenere e migliorare lo stato di benessere generale. Per i bambini è particolarmente importante proporre attività e giochi di movimento che, oltre ad essere divertenti, contribuiscono a migliorare le condizioni di salute fisica e a promuovere il benessere psicologico, influenzando abilità come creatività, *problem solving*, consapevolezza corporea ed emotiva, competenze linguistiche, cognitive e sociali.

Alcune raccomandazioni specifiche vanno poste per l'età adolescenziale in cui la promozione di attività e di stili di vita equilibrati deve avvenire senza imposizioni e direttive, più spesso contrastate dall'adolescente. Sebbene è necessario che gli interventi e le attività siano contestualizzate in base alle esigenze e alle caratteristiche di ciascun adolescente, di seguito vengono indicati alcuni principi da tenere in mente:

- **Responsabilizzare e offrire scelte autonome:** la scelta autonoma e consapevole delle attività, assume un ruolo centrale in quanto aumenta il senso di competenza percepita e contribuisce a migliorare il confronto con le regole familiari e comportamentali. Gli adolescenti possono scegliere autonomamente le attività motorie su cui investire (59, 60) e può essere utile offrire loro la possibilità di curare autonomamente le proprie attività scolastiche offrendo tuttavia la disponibilità ad aiutare se necessario.
- **Avvicinarsi ai loro interessi:** partecipare e condividere gli interessi degli adolescenti è utile a favorirne l'investimento oltre che la loro vitalità creativa. La vicinanza dell'adulto e la sua condivisione dell'attività sono strategie utili anche in età adolescenziale, sia durante il *lockdown* che in fase 2.
- **Avvicinarsi alle loro abilità:** in questo periodo può essere importante valorizzare le capacità dei ragazzi nell' utilizzo delle tecnologie digitali facendosi insegnare dai propri figli modalità e tecniche di utilizzo che non si conoscono o di cui non si ha padronanza.
- **Monitorare tempi e modi di utilizzo degli schermi:** è possibile che in questo periodo i ragazzi passino più tempo di fronte agli schermi rispetto al periodo pre-emergenziale. I genitori devono monitorarne l'utilizzo, tenendo conto del ruolo positivo che la tecnologia ha avuto in questo difficile periodo ma anche dell'opportunità di distinguere il tempo passato con e senza l'uso dei dispositivi digitali. Vanno forniti messaggi e regole chiare e accettabili con limitazioni esplicite.
- **Promuovere tecniche di auto-aiuto:** l'adozione di alcune tecniche di auto-aiuto, come ad esempio esercizi di rilassamento quotidiani, possono contribuire a ridurre, se presenti, i livelli di stress, ansia o depressione. Inoltre, negli ultimi anni molte ricerche si sono concentrate sui fattori di protezione nei confronti di situazioni a rischio per la salute mentale dei giovani. È stato messo in luce l'effetto benefico di capacità di autoregolazione emotiva e percezione di autoefficacia, capacità di affrontare e risolvere problemi, abilità sociali e capacità di provare empatia (61, 62). Per sollecitare l'acquisizione o il potenziamento di queste abilità, sono disponibili alcune risorse basate su manuali di auto-aiuto (63).

Risorse

- Poster WHO COVID-19 parenting in 90 lingue <https://www.covid19parenting.com/>
- A casa al tempo del coronavirus, con bambini e adolescenti con disturbi del neurosviluppo (ma non solo!) <https://www.policlinico.mi.it/coronavirus-bambini-adolescenti-a-casa>
- La Società italiana di Pediatria (SiP) ha prodotto e reso disponibile un **opuscolo** che include consigli per i genitori e i bambini sui comportamenti da tenere e una scheda che propone le possibili attività da svolgere nella giornata
- Sul portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica dell'ISS è disponibile una serie di approfondimenti sull'argomento **Manteniamoci attivi anche a casa**

Garantire le attività educative e didattiche

La salute mentale dei bambini e degli adolescenti è il risultato di un insieme di fattori di cui l'educazione e l'apprendimento sono parte integrante e fondamentale. Garantire le attività educative e didattiche, incluso il riavvio delle attività in presenza, è indispensabile per il benessere psico-fisico oltre che per l'organizzazione della vita dei minori di età e delle loro famiglie, in particolare per quelli maggiormente vulnerabili.

Inoltre, negli ambiti educativi può essere facilitata la condivisione delle emozioni relative a quanto accaduto nel corso dell'emergenza nonché l'identificazione tempestiva delle situazioni di vulnerabilità o a rischio psicologico e/o psichiatrico. Può anche essere incrementata la consapevolezza e il coinvolgimento partecipativo di bambini e ragazzi e conseguentemente veicolata al meglio, in modo estensivo e omogeneo, l'abitudine alle appropriate strategie di prevenzione del contagio colmando il gap che potrebbe essersi verificato o amplificato in questi mesi per bambini e ragazzi in situazione di vulnerabilità.

Partendo da questi presupposti, è fondamentale che in questa fase siano programmate e offerte opportunità organizzate di socialità, condivisione, gioco e apprendimento per bambini e adolescenti. Tale prospettiva può essere perseguita individuando condizioni che possano garantire il giusto bilanciamento tra il diritto alla socialità, al gioco e in generale all'educazione e all'apprendimento dei bambini e degli adolescenti e la necessità di garantire la tutela della loro salute, nonché di quella delle famiglie e del personale educativo e ausiliario impegnato nello svolgimento delle diverse iniziative (64).

La necessaria ripresa delle attività educative e scolastiche dovrà essere effettuata in un complesso equilibrio tra sicurezza, in termini di contenimento del rischio di contagio, benessere socio emotivo di studenti e lavoratori della scuola, qualità dei contesti e dei processi di apprendimento e rispetto dei diritti costituzionali all'istruzione e alla salute (65). Il rischio di contagio dovrà essere governato e ridotto al minimo secondo linee guida e protocolli contenenti adeguate misure di sicurezza e di tutela della salute, evitando al contempo di produrre gravi conseguenze a breve e lungo termine sullo sviluppo neuropsichico.

La questione deve essere affrontata contemporaneamente sul piano sanitario e sul piano pedagogico-educativo, didattico, sociale e psicologico, tenendo conto in modo differenziato della situazione locale e generale della pandemia e del suo andamento nel tempo, con modalità partecipative e di condivisione con i ragazzi e le famiglie. È infatti fondamentale tenere in mente che genitori e ragazzi sono stati messi a dura prova durante il confinamento e hanno fatto del loro meglio e anche di più per affrontarlo, hanno sviluppato esperienze e conoscenze preziose, vanno ricostruiti adesso piccoli luoghi diffusi nella scuola, nei servizi educativi, nelle comunità, dove co-educarsi, incontrarsi, condividere spazi e tempi educativi.

In ambito sanitario, ad oggi resta ancora molto dubbio quale ruolo possano avere i bambini nell'andamento della pandemia. Le evidenze scientifiche disponibili indicano che l'infezione si manifesta con un andamento clinico più benigno rispetto all'adulto, con sintomatologie differenti da quelle classiche (13, 66) e con una maggiore percentuale di casi paucisintomatici o asintomatici. In Italia, i dati dell'ISS rilevano 3 casi nella fascia di età 0-19 anni fra i 29.692 deceduti positivi all'infezione SARS-CoV-2 (dato del 14 maggio 2020). Resta critico invece il tema della effettiva prevalenza di positività SARS-CoV-2 in bambini e adolescenti e della loro contagiosità, rispetto al quale ad oggi i dati di letteratura sono su numeri limitati e non giungono ad evidenze conclusive (13, 67-75) suggerendo per ora di mantenere cautela e attente misure di prevenzione del contagio.

Non va inoltre dimenticato che i bambini lasciati a casa non sono esenti da rischi infettivi e di diffusione del contagio. Nell'ambito di una fase 2 in cui i genitori sono dovuti rientrare al lavoro, affidare i bambini parenti, amici o nonni o lasciare soli i più grandi, potrebbe essere più rischioso di includerli in situazioni controllate (es. centri estivi) dove gli adulti sono sottoposti a misure di prevenzione e controllo e dove i ragazzi possono apprendere e seguire strategie adeguate di distanziamento, igiene e sanificazione.

Risorse

Per le misure igienico-sanitarie e gli adattamenti logistici necessari ai fini di una gestione delle attività in sicurezza, si rimanda ai documenti:

- Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (*Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.126 del 17-05-2020)
- **Linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini e adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19** della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia
- **Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive nel settore scolastico** del Comitato tecnico scientifico EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

In un tempo di profonda incertezza per tutti, un fattore trasformativo fondamentale di rassicurazione e di sollecitazione delle risorse è quello di sentirsi tutti impegnati insieme e coesi in qualcosa di importante. Valorizzare i momenti di condivisione e chiarimento con le famiglie è fondamentale per promuovere sentimenti di coesione, trasmettere la responsabilità del loro ruolo nell'educazione dei minori di età alle misure di profilassi e sostenerli in questo compito, e per favorire l'adesione e il rispetto dei bambini e degli adolescenti agli adattamenti logistici implementati nelle strutture. Inoltre, informare e chiarire può aiutare a ridurre il disorientamento rispetto a spazi e routine nuove e favorire un sentimento di gruppo e di condivisione su obiettivi comuni.

Dal punto di vista psico-pedagogico, se ben gestiti e con attenzione mirata ai bisogni di ciascuna età, i limiti necessari per la prevenzione del contagio possono trasformarsi in importanti occasioni di crescita: ad esempio, la necessità di evitare assembramenti può diventare un'utile occasione per sviluppare maggiore autonomia dai genitori nei percorsi casa-scuola già nella fascia 6-10 anni. In generale, l'attenzione alle norme di prevenzione del contagio in ambito educativo e didattico non deve essere gestita come un insieme di divieti, ma come una parte integrante del progetto pedagogico: aiuta il bambino e l'adolescente a fare proprio il concetto di responsabilità collettiva, la relazione tra individuo e comunità, in maniera adeguata all'età e focalizzata su cos'altro e come si può fare rispetto a prima, come si possono trasformare le modalità di relazione e le attività per mantenere comunque gli elementi affettivi e i contenuti. Deve essere evitato che i bambini e i ragazzi siano semplicemente divisi e separati da barriere e divieti, perché tale separazione impatta negativamente sulla crescita e sulla salute mentale, sviluppando forme di paura del contatto fisico, di quello emotivo e della condivisione.

La predisposizione delle attività deve essere tesa a rinforzare modelli positivi e promuovere resilienza e benessere. Sostenere il senso di autoefficacia può essere particolarmente importante in tempi di paura e incertezza. A questo scopo, è utile promuovere esperienze e attività in cui i bambini e gli adolescenti possano svolgere un ruolo attivo nell'aiutare se stessi, le loro famiglie e le loro comunità (47). È inoltre appropriato proporre attività che possano rappresentare non solo occasione di apprendimento ed esercizio ma anche una strategia di supporto ad elaborare e integrare i propri vissuti. Per questo, conoscere le esperienze e i vissuti del bambino e dell'adolescente è importante ai fini di una appropriata predisposizione delle attività. Coloro che sono coinvolti nello sviluppo e nella messa in atto delle attività educative dei bambini e degli adolescenti dovrebbero conoscere le loro esperienze e i loro contesti recenti per calibrare la predisposizione delle attività. In età scolare, discutere con i bambini e con gli adolescenti sulle loro

preoccupazioni e spiegare loro che è normale che possano avere reazioni diverse incoraggiandoli a condividere con gli insegnanti potrebbe essere appropriato.

Particolare attenzione andrà sempre riservata ai bambini e ai ragazzi che vivono una condizione di aggravata vulnerabilità, quali ad esempio minorenni con disabilità, quelli che vivono fuori famiglia, quelli che versano in condizione di povertà economica ed educativa e di marginalità sociale, i minorenni stranieri non accompagnati e i ragazzi di area penale esterna.

È utile promuovere attività che favoriscano e valorizzino la messa in atto di condotte di sostegno dei coetanei e prevengano l'esclusione. Considerando che le strategie di prevenzione del contagio rendono opportuno investire in attività da svolgere in gruppi numericamente ridotti, può essere utile promuovere e valorizzare le forme di apprendimento che prevedano non solo la realizzazione personale ma anche un clima di inclusione e di partecipazione attiva al gruppo, con forme innovative di partecipazione e protagonismo dei bambini tramite azioni di *peer education*. La strategia di lavoro può essere uno strumento che promuove la sensibilità e la valorizzazione della diversità e incoraggia processi e prospettive inclusive.

In tutte le attività educative e didattiche, si dovrebbe tenere conto dell'importanza del gruppo, per quanto piccolo, non solo per il raggiungimento degli obiettivi di apprendimento, ma più in generale per l'intera crescita dei bambini e dei ragazzi. Nel gruppo, caratterizzato dalla centralità dei processi emotivi e relazionali, essi possono manifestare i loro bisogni, sperimentare le proprie capacità e sviluppare la propria identità, in un continuo scambio con i pari e gli educatori, gli insegnanti. Per sostenere tale processo, la creazione di un clima di fiducia fra tutte le componenti del gruppo rappresenta la condizione fondamentale affinché ogni alunno possa sentirsi al centro del processo educativo e libero di esprimersi (es. libertà di gioco, di partecipare alle attività proposte, di osservare, parlare o tacere, etc.) e per il supporto allo sviluppo psicosociale nelle diverse fasce di età, promuovendo attività volte all'ascolto e all'osservazione, al riconoscimento e alla gestione delle emozioni, alla cooperazione e al riconoscimento e sviluppo delle risorse personali.

La fascia di età 0-6 è certamente quella per la quale la ripresa delle attività in presenza rappresenta la sfida più complessa. L'organizzazione delle attività finalizzate a prevenire il contagio deve essere effettuata con la massima cautela per evitare che determini conseguenze negative per la salute mentale dei bambini, essendo il contatto e la vicinanza elemento fondamentale per la relazione e lo sviluppo psicofisico. I bambini troveranno nei servizi spazi e routine cambiate e questo potrebbe disorientarli e dunque la scoperta di nuovi spazi, nuove regole, nuove routine deve essere ben preparata e diventare un'avventura comune, in cui sarà necessario saper inventare insieme nuove forme di riti e di giochi. Richiede un pensiero di progettazione attento da parte degli educatori/insegnanti dello 0-6 ma anche della primaria e oltre. In ogni caso, è particolarmente importante sostenere l'offerta di servizi educativi per la prima infanzia accessibili e di qualità, in quanto non solo consentono ai genitori di tornare al lavoro ma soprattutto costituiscono importanti opportunità di apprendimento per i lattanti e i bambini piccoli (5).

Per quanto riguarda i bambini più grandi e i ragazzi, può essere utile tenere in mente alcuni punti per facilitare modalità educative e didattiche volte allo sviluppo psicosociale e al potenziamento del benessere degli alunni, centrate sulla discussione, la partecipazione, la solidarietà e il rispetto reciproci:

- **Svolgere le discussioni in piccoli gruppi disposti in cerchio.** La disposizione in cerchio, seppur mantenendo la distanza fisica opportuna, favorisce la socializzazione e la libera espressione, l'ascolto reciproco, l'apprendimento tra pari e una maggiore vicinanza all'insegnante/educatore, che è parte integrante del cerchio.
- **Organizzare le attività.** Nelle attività che intendono promuovere la partecipazione degli alunni, l'insegnante/educatore dovrebbe trovare le parole e le modalità più adeguate al loro coinvolgimento, esplorando le abitudini e le preferenze della classe. La partecipazione e l'entusiasmo dell'insegnante/educatore sono determinanti nel motivare e coinvolgere il gruppo.

- **Valorizzare degli alunni.** Apprezzare gli alunni che prendono parte alle attività, anche con poche parole, promuove la fiducia in sé stessi e incoraggia la partecipazione.
- **Porre domande.** Essere interessati e approfondire quanto espresso dagli alunni attraverso la formulazione di domande o la riformulazione, chiarisce e favorisce la comprensione reciproca.
- **Partecipazione dell'insegnante/educatore.** L'insegnante/educatore è parte attiva nel processo educativo e attraverso l'esempio fornito in prima persona, incoraggia e stimola la partecipazione attiva.
- **Favorire la discussione.** L'insegnante/educatore è fondamentale nell'offrire spunti e suggestioni alla discussione di gruppo, con l'obiettivo di favorire l'espressione e lo scambio dei diversi punti di vista.
- **Mostrare empatia e offrire sostegno.** È importante che l'insegnante/educatore eviti la derisione e il sarcasmo espresso in modo esplicito o implicito nei confronti dei compagni. È essenziale offrire sostegno e protezione agli alunni, affinché il gruppo possa essere vissuto come un luogo sicuro in cui potersi esprimere liberamente.
- **Diritto di tacere.** La partecipazione di tutti gli alunni è essenziale, tuttavia ci sono situazioni in cui è opportuno concedere la possibilità di non rispondere. Un caso diverso è rappresentato dagli alunni più introversi o timidi, che hanno maggiore difficoltà ad intervenire nelle discussioni o attività. Spetta all'insegnante/educatore individuare le modalità più appropriate per favorire il loro coinvolgimento.
- **Rispettare i momenti di silenzio.** Il silenzio può rappresentare un momento di riflessione necessario al processo di apprendimento. Può quindi essere accompagnato esplicitandone il senso (77).

La partecipazione dei bambini e dei ragazzi dovrebbe sempre avere un obiettivo definito e condiviso; essere attiva, orizzontale e circolare, in modo che tutti abbiano l'opportunità di esprimere la propria opinione; avere un feed-back di ritorno, fare sempre una restituzione rispetto alle proposte dei ragazzi, anche se negativa, motivandone la non fattibilità.

Nel rapporto con i pari e con gli adulti di riferimento, è fondamentale che tutti i bambini e ragazzi possano condividere ed elaborare quanto è avvenuto, ridefinendo sé stessi in relazione al "prima", al momento attuale e al futuro. Attenzione particolare va garantita a chi ha vissuto direttamente o indirettamente la malattia o i lutti, e ai bambini figli di operatori sanitari o di altri operatori essenziali che hanno dovuto rispettare la distanza fisica anche con i propri genitori.

Infine, è indispensabile promuovere le buone prassi sperimentate nelle attività a distanza in molti contesti. Rafforzare e diffondere gli interventi educativi e didattici a distanza contribuisce a ridurre la forbice delle disuguaglianze. Occorre mappare in modo approfondito tutti gli studenti rimasti esclusi in questi mesi, perché possano essere intercettati e raggiunti in modo da affrontare e superare il digital divide: ricevere i dispositivi, disporre di una connessione Internet ed essere supportati nel miglioramento delle competenze digitali (28). Una particolare attenzione dovrà esser dedicata, in tutte le fasce d'età, a strategie per lo sviluppo socio-emozionale e per facilitare il mantenimento delle relazioni educative e il rapporto tra pari a distanza. Dovrebbero essere attivati tempestivamente programmi di sostegno individuale mirati agli studenti più in difficoltà e con bisogni educativi speciali, prevedendo per loro l'accompagnamento di un tutor che li affianchi nello studio a distanza, attraverso una stretta collaborazione tra scuole e terzo settore (28). Particolarmente importante risulta approfondire le modalità più appropriate per garantire la didattica a distanza a bambini e ragazzi con disabilità, e quelle per il mantenimento o potenziamento delle figure di supporto e affiancamento anche a distanza.

Potrebbe essere necessario promuovere e incrementare la fruizione di materiale didattico tramite il sistema radio televisivo e diffondere contenuti didattico-educativi che aiutino chi non è connesso a colmare il gap di apprendimento (28). In età prescolare, le attività di didattica a distanza dovrebbero essere dirette a ristabilire e mantenere un legame educativo tra insegnanti e bambini, insegnanti e genitori, per costruire un progetto orientato al futuro. Tale attività in età prescolare richiede necessariamente la mediazione dei genitori, i quali – ancor più che nella scuola in presenza – assumono un ruolo attivo di partner educativi, a partire dalla progettazione del momento dell'incontro. Il sostegno ai genitori nei primi anni può infatti avere un effetto duraturo sulla salute, sullo sviluppo cognitivo e socio-emotivo di bambini e bambine.

Formazione

È raccomandato che tutte le persone coinvolte nella predisposizione e attuazione di attività educative e didattiche con bambini e adolescenti:

- siano a conoscenza delle misure di igiene e profilassi necessarie a prevenire il contagio Sars-Cov2 e delle modalità età specifiche per poterle modulare nella pratica nella loro specifica realtà, ridefinendo concretamente le attività. È raccomandato che tutte le figure professionali, incluse quelle coinvolte nella gestione e nella cura degli ambienti, siano formate alle misure di prevenzione del contagio.
- partecipino ad una formazione ampia e approfondita sugli interventi educativi e didattici a distanza e su come debbano essere trasformati gli obiettivi, i modi, i tempi e i contenuti per garantire adeguata interazione con i bambini e ragazzi e autonomia nelle attività. L'accesso a risorse e a piattaforme online che possano garantire sia l'aggiornamento sia la possibilità di poter interagire e collaborare tra colleghi supportando il confronto e scambio sulle buone pratiche sviluppate è inoltre fondamentale per identificare quali potrebbero essere di utilità anche dopo il riavvio in presenza o in caso di recrudescenza della pandemia, e per superare le difficoltà oggettive e resistenze nell'innovazione educativa e didattica. La formazione deve includere aspetti relativi ai bisogni specifici dei minori di età con situazioni di povertà educativa e di quelli con disabilità.
- partecipino ad una formazione relativa alle attenzioni comunicative e relazionali da attuare con bambini e ragazzi che hanno vissuto esperienze traumatiche e alle strategie generali di supporto alla salute mentale e al benessere nell'attuale contesto di pandemia.

Risorse

- Corso FAD ISS: "Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19" disponibile dalla [piattaforma EDUISS](#).
- [Orientamenti pedagogici sui Legami Educativi a Distanza. Un modo diverso per fare nido e scuola dell'infanzia](#) elaborato dalla Commissione Infanzia Sistema integrato Zero-sei (DL.vo 65/2017)
- [Didattica a distanza](#) fornita dal Ministero dell'Istruzione
- [Nuovo coronavirus SARS-CoV-2. Linee guida per la riapertura delle attività economiche e produttive](#) della Conferenza Stato Regioni 20/92/CR01/COV19
- [Attività estive ed emergenza sanitaria: criteri per organizzare la fase due dei bambini e dei ragazzi](#), documento di Paola Milani e Sara Serbati (Laboratorio di ricerca e intervento in educazione familiare dell'Università degli Studi di Padova)
- [Lettera dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza](#) al Coordinatore e ai Componenti del Comitato di esperti istituito presso il Ministero dell'istruzione del 5 maggio 2020
- Webinar "[Oltre le distanze](#)" a cura della Fondazione Agnelli, GEDI visual e GOOGLE sulla didattica a distanza, disabilità e scuola inclusiva.

Sostegno ai comportamenti di prevenzione sanitaria

Attraverso il tramite delle attività educative sarà possibile veicolare in modo estensivo e omogeneo l'abitudine alle appropriate strategie di prevenzione del contagio colmando il gap che potrebbe essersi verificato o amplificato in questi mesi per bambini e ragazzi in situazione di vulnerabilità. Tale impegno può essere promosso attraverso strategie adattate alla loro età e ai loro contesti di esperienza. Inoltre, è importante che i contenuti delle attività siano tesi ad accogliere la diversità e ad investire in processi collaborativi e inclusivi per favorire il loro adattamento alle esperienze. In generale, è importante investire in attività positive che valorizzino i temi della resilienza e incoraggino comportamenti di salute.

Di seguito vengono indicati alcuni suggerimenti di intervento e attività:

▪ Scuola dell'infanzia

- coinvolgere attivamente i bambini nel costruire nuove modalità dello stare insieme e nel trovare attività più agevoli da svolgere nel rispetto delle nuove indicazioni;
- costruire insieme modalità che aiutino a ricordare con leggerezza le precauzioni da applicare: trovare una canzone da cantare durante il lavaggio delle mani per sapere quando è passato il tempo giusto o per imparare la sequenza; scegliere modi per tenere traccia collettiva del lavaggio delle mani e modalità che aumentino la motivazione e il supporto reciproco;
- “sbattere le ali” o usare strategie di gioco per identificare lo spazio da tenere per non toccare gli amici o la distanza giusta a cui sedersi;
- utilizzare pupazzi o bambole per dimostrare i sintomi (starnuti, tosse, febbre) e cosa fare se ci si sente male (es. gli fa male la testa, gli fa male lo stomaco, ha caldo o è molto stanco) e come confortare qualcuno che è malato, preoccupato o che ha avuto un dolore (coltivare l'empatia e comportamenti sicuri di cura).

▪ Scuola primaria

- coinvolgere attivamente i bambini nel costruire nuove modalità dello stare insieme e nel trovare attività più agevoli da svolgere nel rispetto delle nuove indicazioni;
- approfondire il concetto di distanza fisica (stare più lontano dagli amici, evitando di grandi folle, non toccare le persone se non ce n'è bisogno, ecc.) e delle modalità per essere comunque affettivamente vicini;
- riprendere nelle attività i concetti di base della prevenzione e del controllo delle malattie utilizzando esempi e attività che mostrano come i germi possono diffondersi (es. mettendo dell'acqua colorata in una bottiglia a spruzzo e spruzzando su un pezzo di carta bianca); dimostrando perché è importante lavarsi le mani per 20 secondi con acqua e sapone (es. con una piccola quantità di glitter nelle mani degli studenti, lavando le mani solo con solo acqua, e osservando quanto glitter rimane, e ripetendo l'esperimento con il lavaggio per 20 secondi con acqua e sapone);
- trovare insieme modi empatici per sostenersi a vicenda nel ricordare le strategie condivise.

▪ Scuola secondaria di primo e secondo grado

- rielaborare ulteriormente il concetto di distanza fisica (cosa vuol dire stare più lontano dagli amici, evitare assembramenti, non toccare le persone se non ce n'è bisogno, ecc.), centrando maggiormente sulla consapevolezza di sé;
- affrontare il tema della difficoltà a gestire la distanza fisica quando siamo in un gruppo di pari, delle strategie per modulare i propri comportamenti nel gruppo, delle modalità per tutelare sé e gli altri sotto pressione;

- incorporare l'educazione sanitaria pertinente in altre materie (es. la scienza può coprire lo studio dei virus, la trasmissione delle malattie e l'importanza delle vaccinazioni, gli studi sociali possono concentrarsi sulla storia delle pandemie e sull'evoluzione delle politiche su salute e sicurezza pubblica;
- sviluppare attività di sensibilizzazione, condivisione di emozioni verso altri (video, musica, mostre, materiali, ecc.).

Promuovere integrazione e interdisciplinarietà

Nell'attuale scenario emergenziale, in considerazione delle differenti realtà locali e dei diversi gradi di implementazione delle misure di contenimento del contagio, è necessario rinforzare o predisporre interventi utili a garantire un sistema flessibile e maturo per promuovere e garantire la didattica e l'educazione dei minori di età. A questo scopo sono considerati interventi importanti:

- **Ottimizzare le risorse disponibili a livello locale.** L'implementazione dei contenuti delle attività deve avvenire valorizzando e ottimizzando le risorse disponibili. È opportuno che sia promossa la massima integrazione e interdisciplinarietà attingendo a risorse locali, quando disponibili. Le difficoltà logistiche e la necessità di adottare misure di profilassi e igiene non devono limitare le iniziative di interscambio che offrono al bambino esperienza di ciò che altri stanno o hanno maturato. Ad esempio, gli studenti di scuole superiori o universitarie potrebbero essere coinvolti in brevi stage o esperienze di formazione ai bambini di età prescolare o scolare offrendo loro una esperienza di crescita e maturando per sé sentimenti di efficacia e rinforzi positivi.
- **Promuovere reti di integrate.** È importante che sia favorito lo sviluppo di reti di connessione tra coloro che avranno il compito di predisporre le attività educative e che nelle reti siano coinvolti in modo partecipativo famiglie e ragazzi, oltre ai professionisti sanitari impegnati sul territorio nella promozione della salute e a quelli di ambito pediatrico, psicologico e neuropsichiatrico, che lavorano da sempre in collaborazione con la scuola, ai professionisti dedicati alla ricerca e agli interventi nel campo dello sviluppo in età evolutiva, agli Enti locali e al terzo settore in un'ottica multisettoriale e integrata. L'organizzazione delle attività da condurre con i minori di età deve essere effettuata in una cornice collaborativa, competente e consapevole delle criticità che bambini possono aver affrontato in questo periodo al fine di selezionare le attività dirette a promuovere salute e resilienza. La predisposizione o il rafforzamento di percorsi di formazione all'interno dei contesti scolastici e la valorizzazione delle professionalità di area psicologica già incluse nell'istruzione potrebbe favorire lo sviluppo di una rete e offrire al tempo stesso occasioni di promuovere conoscenze e interventi.

Per sostenere questo processo una condizione necessaria è il pieno coinvolgimento delle persone e delle comunità, con la rivitalizzazione delle reti esistenti nei territori che coinvolgono terzo settore, comitati di cittadini, volontariato per offrire a bambini e ragazzi, e alle loro famiglie, attività ludiche, ricreative e motorie, in raccordo e coordinamento tra Governo centrale, regioni e comuni, nella direzione di un profondo ripensamento dei modelli organizzativi esistenti. Facilitare la coesione sociale nella comunità è fondamentale per favorire esperienze di resilienza (8, 17).

Riprendere l'attività fisica e sportiva

Compatibilmente alle misure messe in atto di volta in volta per contrastare l'epidemia, è utile incoraggiare i bambini e i ragazzi a svolgere le attività di esercizio fisico.

Per coloro che sono tenuti a mantenere le misure messe in atto per contrastare la diffusione del virus, le attività fisiche possono essere svolte anche a casa, in spazi limitati e assenza di attrezzature specifiche

(es. facendo stretching o i lavori domestici, salendo le scale). Inoltre, per coloro che hanno accesso a internet, è possibile accedere ad alcune risorse gratuite su come rimanere attivi durante la pandemia. La comunità globale si è adattata rapidamente creando contenuti online su misura per diverse persone; dai tutorial gratuiti sui social media, alle lezioni di stretching, meditazione, yoga e danza a cui può partecipare tutta la famiglia. I giochi di fitness, ad esempio, possono essere interessanti per persone di tutte le età ed essere utilizzati in piccoli spazi (44).

In fase 2, per fornire le indicazioni generali e le azioni di mitigazione necessarie ad accompagnare la ripresa dello sport, l'Ufficio per lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha redatto delle Linee-Guida che indicano le norme da rispettare per gli allenamenti individuali e di squadra. Inoltre, la Federazione Medico Sportiva Italiana ha redatto le Linee Guida per la ripartenza dell'attività fisica non agonistica di tutta la popolazione per lo svolgimento di sessioni di esercizio fisico, in termini di intensità, frequenza, volume e modalità di esercizio.

È importante comunicare chiaramente ai ragazzi e ai loro genitori la necessità di rispettare le indicazioni preventive al contagio da mettere in atto nei contesti di attività fisica all'aperto.

Risorse

- **Linee guida per l'attività sportiva di base e l'attività motoria in genere** dell'Ufficio dello sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri
- **Linee guida FMSI per l'attuazione di un corretto stile di vita da parte di tutta popolazione che non pratica sport agonistico** della Federazione Medico Sportiva Italiana di Casasco M, Pigozzi F, Porcelli S, Beltrami G, Agnello L, Parisi A, *et al.* Pubblicato su *Medicina dello Sport* nel 2020.

Interventi specifici per le popolazioni a rischio

Bambini e ragazzi in situazione di vulnerabilità e/o con bisogni di protezione e tutela

Tra i bambini a maggior rischio per la salute mentale vi sono quelli che già prima dell'emergenza vivevano in situazioni di vulnerabilità economica o familiare. I bambini in situazione di povertà assoluta sono triplicati, e in molti contesti ad elevata prevalenza COVID-19 le loro famiglie sono state colpite in modo rilevante dalla malattia.

Per il benessere emotivo e fisico dei bambini e degli adolescenti, è innanzitutto necessario garantire che le famiglie possano soddisfare le loro esigenze di base (es. cibo, alloggio, abbigliamento) (47), prevedere interventi diretti ad assicurare assistenza economica e materiale alle famiglie le cui opportunità di reddito sono state compromesse (29) e favorire condizioni che permettano ai genitori di lavorare (78). Tra le facilitazioni da offrire alle famiglie, va incluso il considerare che entrambi i genitori potrebbero necessitare di maggiore flessibilità negli orari di lavoro per conciliare le esigenze lavorative con le esigenze di gestione dei minori di età, incluso garantire il suo accesso ad attività educative scolastiche o ricreative. Le modalità alternative al lavoro in presenza, quando possibili, dovrebbero essere accompagnate da strategie organizzative (es. congedi, permessi) che consentano al genitore di gestire, almeno parzialmente, le esigenze dei figli in termini di assistenza all'istruzione e gestione logistica dell'inserimento del minore in attività ricreative. È fondamentale che, alla ripresa dell'attività lavorativa, i genitori possano continuare a dedicare ai figli del tempo di qualità, continuando a mantenere con loro una relazione affettivamente e pedagogicamente nutritiva. Ciò sarà possibile se i genitori, in condizione di nuovo impoverimento e precarietà lavorativa, riceveranno aiuti e sostegno tali da garantire loro non solo la sopravvivenza, ma un tenore di vita dignitoso.

In molti territori, e in particolare nelle regioni epicentro della pandemia, i servizi sociali hanno rapidamente riorganizzato da remoto e in modo proattivo tutte le attività per i bambini in situazione di vulnerabilità familiare o con bisogni di protezione e tutela, mantenendo in presenza solo le situazioni urgenti e improcrastinabili. Anche molti interventi di contrasto della povertà educativa attivi nell'ambito di progetti mirati gestiti dal terzo settore sono stati rapidamente rimodulati con modalità telematiche. Sono stati costruiti nuovi modi di garantire la relazione fra servizi e famiglie, forme di video e *smart welfare* orientate a criteri di flessibilità, creatività e innovazione. Le nuove modalità telematiche hanno consentito un importante salto di qualità dei servizi, che essendosi trovati impossibilitati ad operare direttamente e in maniera tradizionale, hanno sviluppato nuove modalità di supporto a distanza basate su relazioni più rispettose, empatiche, partecipative e meno invasive. Queste esperienze, restituendo alle famiglie e agli operatori la percezione di non essere stati abbandonati e che la distanza fisica non necessariamente è distanza sociale sono state profondamente trasformative per tutti. Sono inoltre stati sviluppati spazi di ascolto telefonico e/o e-mail a cui i bambini e i genitori potessero chiamare e/o scrivere per situazioni di bisogno, e anche semplicemente per qualche breve momento di confronto e conversazione, con la possibilità di costruire delle reti di auto-aiuto social tra bambini, già attive in altre nazioni (79). Sono state messe in atto azioni tese a garantire accesso a Internet e *devices* ad ogni bambino per poter frequentare la scuola a casa e per poter mantenere relazioni con i pari, e gli educatori hanno mediato fra casa e scuola, aiutando nella gestione delle attività didattiche on line, aiutando i bambini ad accedere alle diverse piattaforme in uso, provvedendo a stampare il materiale richiesto (in moltissime case non ci sono i PC, ma neanche le stampanti), affiancando i genitori nell'aiuto ai figli e gli insegnanti a ripensare ad una scuola educativa e inclusiva, nonché condividendo risorse con le famiglie per permettere loro un "tempo educativo" con i figli nelle lunghe giornate di isolamento a casa e/o per costruire delle attività con loro a distanza.

In altri territori invece le attività sono state interrotte senza introdurre alternative, e il venire a mancare dell'aiuto in presenza, unito al dover convivere a lungo in spazi ristretti, sovraffollati, le preoccupazioni per il lavoro, il divario digitale e le diverse forme di povertà hanno peggiorato in modo significativo le condizioni di bambini già in condizione di vulnerabilità e aumentato il rischio per la loro salute mentale.

Non va inoltre dimenticata la rilevante carenza di risorse già esistente in questo settore prima della pandemia, che rende particolarmente complesso garantire le attività necessarie e richiede attenzioni e investimenti mirati.

Nel proseguire della fase 2, appare fondamentale:

1. **Garantire la formazione**
 - a. **sulle misure per prevenire la diffusione del contagio** COVID-19 nelle famiglie socialmente vulnerabili, e sugli effetti della pandemia sulla salute mentale. Si raccomanda una formazione diffusa a tutti gli operatori tramite la formazione a distanza predisposta specificatamente per gli assistenti sociali da parte dell'ISS. Il corso FAD: "**Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19**"
 - b. **sugli interventi da remoto**, anche in un'ottica di confronto tra modelli di intervento attuati e di trasferimento di buone pratiche
2. **Formalizzare e consolidare la possibilità di attività in remoto** in tutti i servizi, in particolare per quel che riguarda gli incontri con la scuola, con i servizi sanitari, con le comunità terapeutiche ed educative, con l'Autorità Giudiziaria, con gli altri enti; i colloqui e/o interventi di monitoraggio con i genitori e/o con i minori di età o di osservazione di gioco e di interazione per i quali non sia indispensabile la presenza; alcuni interventi di gruppo ed educativi ecc. Una adeguata strutturazione delle attività in remoto permette infatti di gestire con maggiore flessibilità i bisogni dell'utenza, sia attraverso percorsi misti tra remoto e in presenza, che consentono di ottimizzare i tempi e garantire contatti più tempestivi, sia per la possibilità di immediato potenziamento in caso di eventuali recrudescenze locali dell'epidemia. Inoltre, gli interventi da remoto possono essere un valido strumento per promuovere nei bambini e adolescenti, ma anche nelle loro famiglie, strategie educative dirette alla promozione di stili di vita equilibrati e contrasto alla diffusione del virus.
3. **Riprendere al più presto le attività in presenza**, in particolare ove non siano state strutturate attività in remoto, secondo criteri di priorità che tengano conto del livello dei bisogni di protezione e tutela e della rilevanza per la salute mentale dei bambini e ragazzi, con le opportune precauzioni per prevenire la diffusione del contagio.

Per il riavvio delle attività in presenza è necessario predisporre le misure di sicurezza e profilassi necessarie, pianificare l'accesso e comunicare chiaramente le misure di prevenzione da mettere in atto al momento dell'accesso. In particolare, deve sempre essere effettuato un approfondimento preventivo con i familiari e/o l'utente per individuare il livello di rischio COVID-19, verificando la presenza di sintomi attuali o recenti (febbre, tosse, dispnea, anosmia, ageusia, ecc.) nel soggetto, nei genitori e in altri conviventi, l'eventuale esposizione a soggetti positivi e la tipologia di contatti nelle ultime 3 settimane. Ove possibile, è consigliabile che l'approfondimento venga effettuato telefonicamente il giorno precedente all'appuntamento, onde poter eventualmente ricalibrare anticipatamente l'intervento.

Al momento dell'accesso, è necessario rilevare la temperatura corporea di utente e accompagnatori. Le attività devono essere effettuate con adeguato distanziamento fisico, in spazi sufficientemente ampi e frequentemente areati, l'operatore deve sempre utilizzare la mascherina chirurgica, che deve comunque essere tenuta costantemente sul viso in modo corretto, anche in assenza di utenti o negli incontri con altri operatori. Prima e dopo ciascun intervento deve essere effettuato il lavaggio delle mani. Vanno messi a

disposizione degli utenti il gel mani e le mascherine monouso, e materiali e interventi psicoeducativi per supportare la consapevolezza relativa alla pandemia e alle strategie di prevenzione del contagio. Nelle situazioni nelle quali l'approfondimento preventivo relativo al rischio COVID-19 appaia parziale, incompleto o impossibile (es. Pronto Intervento, o altre situazioni in cui vi possano essere difficoltà alla collaborazione), in particolare se in territori ad elevata prevalenza COVID-19, appare opportuno anche l'utilizzo della visiera.

La limitazione della numerosità dei presenti va sempre valutata caso per caso, senza giungere ad assembramenti, e valutando il rischio relativo, l'areazione e lo spazio a disposizione. Andrebbero trovate modalità per poter garantire la presenza contemporanea delle persone necessarie sul piano emotivo.

Tra le attività in presenza, è prioritario riattivare i contatti tra bambini/ragazzi e familiari, ove parte del percorso socioeducativo individuale - fermo restando l'obbligo di rispettare tutte le disposizioni in materia di prevenzione del contagio e nel rispetto di quanto previsto dall'Autorità Giudiziaria competente, rimodulando eventualmente le modalità degli incontri in base all'evoluzione della pandemia nel territorio di riferimento e in quello ove risiedono i familiari e/o le famiglie affidatarie.

In modo particolare per i bambini e i ragazzi in condizione di vulnerabilità le attività proposte dovranno tendere alla promozione del benessere psico-fisico, al recupero di competenze e abilità sul piano relazionale e comunicativo (fiducia, comprensione, consapevolezza, comunicazione ecc.), alla socializzazione. In questa direzione è importante fornire ai bambini e ai ragazzi sostegno psico-sociale e sostegno educativo anche per il recupero di competenze e abilità logico-matematiche e di letto-scrittura.

È opportuno, considerate le caratteristiche di fragilità dell'utenza, che la sospetta positività SARS-CoV2 sia sempre approfondita con adeguati strumenti diagnostici, e che il monitoraggio di famiglie vulnerabili che risultino positive, soprattutto se sintomatiche, avvenga includendo tutte le necessarie attenzioni e supporti mirati anche dal punto di psicosociale. In particolare, per ciascun territorio e in raccordo con le autorità sanitarie, è opportuno identificare preventivamente quali possano essere le modalità e le strutture in cui trasferire per la quarantena soggetti asintomatici e paucisintomatici che vivano in alloggi sovraffollati mancanti delle condizioni igieniche essenziali, e per accogliere tempestivamente e adeguatamente i minorenni in caso di necessità di ospedalizzazione dei *caregiver*.

Per quanto riguarda le attività domiciliari, esse possono essere effettuate ove necessario, ma richiedono le stesse precauzioni indicate sopra (filtro telefonico per la valutazione del livello di rischio COVID-19, utilizzo di mascherina chirurgica ed eventualmente visiera, areazione degli ambienti, adeguato livello di distanza fisica tra operatori e utenti, misurazione della temperatura ai presenti prima dell'intervento, ecc.). All'inizio e al termine dell'intervento sarà eseguita sempre l'igiene delle mani. In tutte le occasioni in cui è possibile, l'intervento domiciliare andrà svolto in spazi non ristretti o anche all'aperto.

Le modalità di accesso e di svolgimento delle attività domiciliari devono essere calibrate e adattate sulla base dell'andamento locale della pandemia e, nelle situazioni nelle quali il triage relativo al rischio COVID-19 possa essere parziale, incompleto o impossibile, è raccomandato che gli operatori coinvolti siano dotati anche di visiera, oltre alla mascherina chirurgica. Utente e familiari dovranno utilizzare a loro volta la mascherina.

Eventuali attività per utenti e/o famiglie SARS-CoV-2 positivi andranno effettuate da remoto, o se indispensabili in presenza, strutturate in stretto raccordo con le autorità sanitarie di riferimento per identificare il livello di protezione necessario.

Bambini e ragazzi in strutture educative residenziali

Particolare attenzione deve essere dedicata alle strutture residenziali. I bambini e ragazzi accolti nelle comunità educative o familiari sono circa 13.000, a cui sono da aggiungere i circa 4000 Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) nel circuito SIPROIMI (Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale

e per minori stranieri non accompagnati), distribuiti in tutte le Regioni italiane, con la presenza media di 6-10 minorenni per comunità.

Per i minori di età ospiti dei centri di prima e seconda accoglienza e CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria), l'incertezza legata alla pandemia si è sovrapposta all'incertezza correlata allo status giuridico di migranti. Il decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, ha previsto la proroga al 31 dicembre 2020 dei progetti di accoglienza dei migranti degli enti locali in scadenza al 30 giugno, nell'ambito del Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati (SIPROIMI). Allo stesso modo, i richiedenti asilo possono rimanere – fino alla fine dello stato di emergenza - nei centri di accoglienza che li ospitano, anche se sono venute meno le condizioni per la loro permanenza, previste dalle disposizioni vigenti, nelle medesime strutture. In particolare, i minori stranieri non accompagnati potranno rimanere nei centri di accoglienza anche dopo il raggiungimento della maggiore età (80).

Se nella fase 1 è stato necessario interrompere i contatti diretti con i familiari potenziando i contatti in videoconferenza o telefonici, nella fase 2 e nell'eventuale caso di ritorno alla fase 1 è indispensabile avere predisposto modalità che consentano allo stesso tempo di prevenire la diffusione del contagio e di garantire le relazioni affettive e le necessità di tutela e supporto a soggetti già particolarmente vulnerabili. Nello specifico:

- **Le comunità educative sono “strutture collettive residenziali”**. Le comunità educative e familiari e il circuito SIPROIMI MSNA (Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per i minorenni stranieri non accompagnati) devono essere considerate “strutture collettive residenziali”, al pari delle strutture residenziali sociosanitarie, con accesso prioritario ai test diagnostici¹ per operatori e/o utenti sospetti COVID-19 o contatti stretti nell'ambito della comunità, per l'evidente rischio di divenire focolai rilevanti di contagio, e garantendo il *contact tracing* e la presa in carico sanitaria laddove necessario. Gli operatori dovranno sempre usare la mascherina.
- **Vanno identificate strutture di “appoggio”**. Per ciascun territorio, dovrebbero essere identificate strutture presso le quali trasferire o collocare eventuali minori di età SARS-CoV-2 positivi che non necessitino di ricovero ospedaliero, per garantire la misura della quarantena, preferibilmente in luoghi di carattere comunitario e nel rispetto degli standard di qualità vigenti per tutte le comunità educative.
- **I nuovi inserimenti sono limitati a situazioni urgenti o ad alto rischio ed è importante garantire le misure di sicurezza**. L'effettuazione di nuovi inserimenti è possibile per le situazioni urgenti o ad alto rischio. Nella comunità accettante non vi devono essere casi COVID-19 sospetti o accertati. Deve essere effettuata un'anamnesi accurata relativa al rischio COVID-19 del bambino/ragazzo e del contesto di vita precedente, e deve essere effettuato sierologico e test molecolare (tampone) entro al massimo le 48 ore precedenti all'inserimento. Il test molecolare andrà ripetuto al 5°-7° giorno dall'inserimento e dopo 14 giorni. L'inserimento può essere effettuato se il primo tampone è negativo, in stanza singola con bagno dedicato fino al termine di 14 giorni dall'inserimento. Date le delicatissime situazioni relazionali con cui arrivano in comunità bambini e ragazzi allontanati a scopo di tutela e protezione dalla propria famiglia d'origine, l'isolamento fiduciario completo è difficilmente gestibile se non controproducente poiché potrebbe scatenare acuzie comportamentali di difficile gestione sia sul piano emotivo che sanitario. Il nuovo utente dovrà utilizzare costantemente la mascherina, non potrà partecipare alle attività collettive, dovrà mangiare nella propria stanza e andranno implementate adeguatamente le pulizie e l'aerazione dei locali. Dovranno però essere garantite fin dal primo momento le opportune relazioni educative di accoglienza con gli operatori e la

¹ Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 5 prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale “Pandemia COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio”

possibilità di utilizzo individuale e protetto di spazi all'aperto di pertinenza della comunità. Anche gli altri ospiti della comunità dovranno sempre usare la mascherina. La durata del parziale isolamento fiduciario in comunità potrà essere accorciata ove vi sia una situazione familiare e clinica dell'utente che consente di gestire almeno una parte dell'isolamento fiduciario al domicilio prima dell'inserimento, anticipando il primo test molecolare. Tali procedure possono essere rimodulate in base all'andamento locale della pandemia.

- **Devono essere garantiti i contatti tra bambini/ragazzi e familiari.** devono poter essere riavviati contatti in presenza tra bambini/ragazzi e familiari, ove parte del percorso socioeducativo individuale – fermo restando l'obbligo di rispettare tutte le disposizioni in materia di prevenzione del contagio e nel rispetto di quanto previsto dall'Autorità Giudiziaria competente e dal servizio sociale inviante. Gli incontri dovranno avvenire all'aperto, nei pressi della comunità o in locali adeguatamente areati e sanificabili, e con gli adeguati presidi e distanziamento fisico, con la disponibilità delle comunità a garantire presidio e vigilanza, rimodulando eventualmente le modalità degli incontri in base all'evoluzione della pandemia nel territorio in cui è sita la comunità e in quello ove risiedono i familiari.
- **Devono essere valutati i rientri a casa.** Per quanto riguarda i rientri a casa, essi dovranno invece essere valutati caso per caso definendo procedure specifiche e supporti mirati in base all'evoluzione della pandemia nel territorio in cui è sita la comunità e in quello ove risiedono i familiari e alle specificità del percorso di riavvicinamento.

Risorse

- **Un nuovo SMARTwelfare? Il lavoro con le famiglie ai tempi del Coronavirus**
- **Sport senza frontiere:** programma di prevenzione e di inclusione sociale attraverso la pratica sportiva, rivolto a titolo gratuito a minori in condizione di disagio socio economico

Bambini e ragazzi con disturbi neuropsichici dell'età evolutiva

I disturbi neuropsichici dell'età evolutiva sono molto frequenti: coinvolgono complessivamente fino al 20% della popolazione tra 0 e 17 anni (81) e includono sia i disturbi neurologici (conseguenti a malattie acquisite o genetiche del sistema nervoso: disturbi neurosensoriali, epilessia, sindromi genetiche rare, disturbi del controllo motorio, malattie neuromuscolari e neurodegenerative, encefalopatie acquisite, ecc.), con sequele spesso gravemente invalidanti, sia i disturbi di sviluppo (disabilità intellettiva, disturbi dello spettro autistico, disturbi specifici del linguaggio e dell'apprendimento, disturbo da deficit di attenzione con iperattività, ecc.), sia i disturbi psichiatrici (psicosi, disturbi affettivi, disturbi della condotta, disturbi del comportamento alimentare e molti altri). Più del 50% dei disturbi neuropsichici dell'adulto ha un esordio in età evolutiva (82) o è comunque dovuto a eventi morbosi insorti anche molti anni prima della manifestazione del disturbo conclamato.

A fronte di un continuo aumento della domanda, si rileva una persistente carenza di risorse ed elevata disomogeneità nell'organizzazione della rete dei servizi di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) nelle diverse regioni italiane, che determina disomogeneità nei percorsi e rende complesso garantire equità di risposte a utenti e famiglie, che spesso si trovano costrette a cercare risposte lontano da casa o nel privato, con carichi emotivi, pratici ed economici molto rilevanti e difficilmente sostenibili (83).

La pandemia ha quindi colpito in uno scenario di partenza già molto critico. La riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali di NPIA e riabilitazione dell'età evolutiva ha quindi avuto come obiettivo riuscire

a garantire contemporaneamente la massima continuità e supporto ai bambini, ragazzi e alle loro famiglie e il minimo rischio di diffusione del virus in utenti, familiari e operatori (84).

L'attività NPIA e riabilitativa in età evolutiva è infatti attività a stretto contatto con gli utenti, nella quale il mantenimento di un adeguato distanziamento fisico può essere molto difficile sia per le caratteristiche degli utenti sia per le caratteristiche di alcune delle attività. Allo stesso tempo, proprio per le caratteristiche degli utenti è stato prioritario fornire agli utenti e alle loro famiglie strategie supporto e consapevolezza oltre che fornire indicazioni per ricostruire le abitudini e le attività nell'evolvere dello scenario emergenziale. L'accompagnamento nella comprensione e nell'elaborazione emotiva degli eventi in corso, tanto più se preoccupanti, imprevedibili e/o potenzialmente traumatici è di particolare importanza per la salute mentale di bambini e adolescenti con disturbi neuropsichici e richiede strumenti adeguati. Inoltre, i cambiamenti nelle abitudini, nei ritmi delle giornate e l'imprevedibilità generano incertezza aumentando i livelli di stress e ansia che possono diventare difficilmente tollerabili in situazioni in cui già lo stress e l'impotenza di base sono molto elevati.

In fase 1 conseguentemente è stato raccomandato che tutte le attività ambulatoriali non urgenti e per le quali non fosse assolutamente indispensabile l'effettuazione in presenza venissero spostate in modalità telematica e che venisse organizzata una modalità di *smart working* per il massimo numero possibile di operatori, limitando la presenza nei servizi a coloro strettamente indispensabili per la gestione delle attività urgenti e di quelle non procrastinabili.

Nel proseguire della fase 2, appare fondamentale:

1. Formalizzare e consolidare la possibilità di attività in remoto in tutti i servizi

La riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali di NPIA e riabilitazione dell'età evolutiva deve continuare a garantire contemporaneamente la massima continuità e supporto ai bambini, ragazzi e alle loro famiglie e il minimo rischio di diffusione del virus in utenti, familiari e operatori. Gli interventi che non richiedono la presenza o per i quali non sia possibile rispettare le necessarie regole di sicurezza dovrebbero essere mantenuti in modalità da remoto, come già attivato in fase 1. A questo scopo va ulteriormente sviluppata la capacità di ogni servizio di attivare interventi a distanza con le persone e con i loro familiari. È quindi appropriato che i servizi investano rapidamente e ulteriormente nella messa a regime delle risorse tecnologiche necessarie per l'appropriato svolgimento delle attività di telemedicina e teleriabilitazione, nonché per il confronto e la formazione in merito. Idealmente, l'attuazione di interventi da remoto dovrebbe essere consentita a tutti i professionisti dell'equipe al fine di rispondere ai bisogni delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva attraverso competenze specifiche. Attraverso interventi in remoto possono essere effettuate televisite, telemonitoraggi, telecolloqui, osservazioni di gioco, interventi psicoterapici e di training per l'utente e la famiglia individuali o di gruppo, fornite strategie educative personalizzate, effettuati interventi in rete con altri servizi sociali, educativi, sanitari, con l'Autorità Giudiziaria ecc. Anche in questo caso, l'effettuazione di attività in remoto ha offerto occasioni importanti non solo per il supporto a minori e famiglie, ma anche per il ripensamento e la rimodulazione più appropriata di alcune attività (48, 85).

Possono essere affrontate da professionisti le difficoltà relative alla presenza di preoccupazioni emotive o comportamentali (es. incubi, eccessiva attenzione alle ansie, aumento dell'aggressività, comportamenti regressivi o autolesionismo) (45).

2. Riattivare progressivamente le attività in presenza

Dovrebbe essere rimodulato con gradualità il mix tra interventi in telemedicina e teleriabilitazione e attività in presenza alla luce dell'andamento locale e nel tempo della pandemia, valutando attentamente il profilo rischio/beneficio e con tutte le attenzioni previste per limitare la diffusione del virus SARS-CoV2. Ove le famiglie preferiscano le attività a distanza, tale scelta deve poter essere

rispettata e non può di per sé essere motivo di esclusione dalle attività in presenza in fasi successive. In caso di peggioramento della situazione epidemica locale, andrà immediatamente valutata l'opportunità di ridurre rapidamente le attività in presenza e potenziare nuovamente le attività da remoto.

Lo svolgimento dell'attività in presenza richiede la scrupolosa osservanza da parte degli operatori delle norme di igiene e profilassi. Tra le misure da mettere in atto sono incluse:

- **Accessi pianificati e contatti telefonici preliminari**
 - prevedere un congruo lasso di tempo tra una prenotazione e la successiva e riorganizzare le attività su di un orario più ampio allo scopo di non far sostare in sala d'attesa le persone, e di evitare la presenza contemporanea di troppi operatori o utenti/familiari
 - prevedere contatto telefonico per:
 - confermare giorno e ora dell'appuntamento raccomandando di rispettare rigorosamente gli orari, evitando sia di arrivare in anticipo sia di sostare in sala d'attesa alla conclusione della prestazione
 - comunicare la necessità di utilizzare i dispositivi di protezione respiratoria e la disponibilità all'ingresso della struttura di mascherine e del disinfettante per le mani
 - confermare necessità di limitare gli accompagnatori a quelli strettamente necessari
 - prevedere ulteriore contatto telefonico preventivo con gli utenti/familiari il giorno precedente all'accesso per valutare il livello di rischio attuale (è necessario verificare la presenza di sintomi attuali o recenti nell'utente e nei genitori/caregiver e in altri conviventi, l'eventuale esposizione a soggetti positivi e la tipologia di contatti nelle ultime settimane).
- **Adattamenti organizzativi strutturali**
 - La sala d'attesa deve essere riorganizzata onde consentire un adeguato distanziamento fisico, e areata in maniera continua o per lo meno frequentemente
 - Messa a disposizione di prodotti per l'igiene delle mani e delle mascherine monouso per gli utenti
 - Rimozione di giochi e attrezzature presenti nelle aree comuni e che normalmente fungono da intrattenimento
 - Mantenimento degli ambienti e delle aree di lavoro libere e ordinate in modo da consentire una più accurata igienizzazione.
 - Rimozione dei materiali non facilmente sanificabili (tappeti, giochi o materiali riabilitativi in tessuto, ecc.).
- **Scrupolosa osservanza delle norme di igiene e profilassi per operatori e utenti:**
 - Monitoraggio dello stato di salute all'ingresso (controllo della temperatura attraverso termometri con rilevazione senza contatto e di eventuali sintomi)
 - Corretto lavaggio delle mani o utilizzo delle apposite soluzioni idro-alcoliche prima e dopo ogni attività effettuata.
 - Utilizzo costante di mascherine e mantenimento del distanziamento
 - ✓ L'operatore durante le attività deve sempre utilizzare la mascherina chirurgica (o altri DPI quando indicato), tenendola costantemente sul viso in modo corretto, anche in assenza di utenti o negli incontri con altri operatori. Prima e dopo ciascun intervento deve essere effettuata l'igiene delle mani, e valutata l'opportunità dell'utilizzo di guanti

che comunque non sostituisce l'igiene delle mani che andrà effettuata prima e dopo l'uso dei guanti.

- ✓ L'uso della mascherina per l'utente dovrà essere valutato caso per caso, ed è opportuno costruire un percorso progressivo condiviso che consenta di cercare di ottenere la collaborazione dell'utente e la tolleranza dell'utilizzo almeno in alcune situazioni di maggiore rischio. Ciò può inoltre rappresentare un'occasione importante di intervento con i ragazzi e le famiglie nella direzione di una maggiore consapevolezza della situazione, di esplicitazione delle preoccupazioni e di protezione di sé e degli altri.
- Sanificazione dell'ambiente e dei materiali utilizzati durante l'intervento. Nel caso dei giochi, deve essere effettuato anche il risciacquo.

Le regole di sicurezza su procedure di accesso e interazione, distanza e protezioni devono essere chiaramente definite, condivise in anticipo telefonicamente con i familiari e gestite con gli utenti e i familiari attraverso materiali informativi appropriati ai livelli di comprensione e con interventi psicoeducativi.

Per ciascuna attività e utente è importante approfondire gli elementi di rischio, valutando se sia possibile garantire il mantenimento delle distanze fisiche o se sia indispensabile il contatto diretto, se sia necessaria la presenza di altri nella stanza insieme all'utente e all'operatore, se sia praticabile o meno l'uso delle mascherine da parte degli utenti, se vi possa essere un rischio di aerosolizzazione, se l'intervento possa o meno essere effettuato in remoto con adeguata efficacia o essere modificato per diminuire il rischio e se sia indispensabile l'effettuazione in presenza. In base a tale analisi e all'andamento locale dell'epidemia andrà valutata l'eventuale necessità di utilizzo di DPI maggiormente tutelanti (es. occhiali/visiera, camice monouso o altro da valutarsi in base all'analisi del rischio).

Per ciascuna struttura, alla luce della evidente riduzione degli spazi e dei tempi disponibili in seguito all'applicazione delle misure descritte sopra e dell'andamento locale della pandemia, andranno definiti i criteri per la rimodulazione del mix tra attività in presenza e da remoto e soprattutto i criteri di priorità per l'accesso alle attività in presenza. Ogni progetto di intervento andrà rimodulato e condiviso con l'utente stesso e con la famiglia.

Andrà posta particolare attenzione alla programmazione di risposte integrate e mirate per le nuove richieste relative a bambini e ragazzi con problemi di salute mentale correlati all'emergenza COVID-19, incluso il disturbo post traumatico da stress e le situazioni ad elevato rischio suicidario.

Le attività che richiedono la compresenza di più persone devono essere riorganizzate in modo da osservare le misure igieniche stabilite per il contrasto alla diffusione dell'infezione COVID-19 e alla luce dell'andamento locale della pandemia. Gli interventi ritenuti indispensabili dovrebbero essere svolti in gruppi poco numerosi, in spazi ampi e arieggiati o all'aperto, cercando di favorire il mantenimento della distanza fisica di sicurezza secondo le normative attuali.

In caso di sospensione o di riduzione delle attività, il personale sanitario dovrà definire tempestivamente un programma alternativo di assistenza, concordato con utenti e famiglie.

Le visite e gli interventi domiciliari possono essere effettuati, ove indispensabili e non gestibili da remoto, in particolare in presenza di rilevanti difficoltà comportamentali e significativo sovraccarico gestionale familiare. Tali attività devono avvenire solo dopo aver approfondito il possibile rischio COVID-19 dell'utente e dei conviventi, con mascherina chirurgica, occhiali/visiera e camice monouso ed effettuando appropriati interventi di igienizzazione, areazione degli ambienti, ecc. Utente e familiari dovranno utilizzare a loro volta la mascherina. In tutte le occasioni in cui è possibile, gli interventi domiciliari andranno svolti in spazi aperti e dovranno essere rispettate le misure di contrasto alla diffusione del virus più aggiornate.

Anche nel caso di interventi frequenti, il livello di rischio COVID-19 deve essere rivalutato nel tempo in riferimento a ogni singolo intervento, ad esempio attraverso contatto telefonico il giorno precedente all'intervento o progressiva responsabilizzazione della famiglia e dell'utente relativamente alla necessità di non effettuare attività in presenza in caso di sintomi suggestivi.

Le attività ambulatoriali, semiresidenziali e domiciliari in presenza non dovranno essere effettuate in caso di positività COVID-19 o sospetto di positività dell'utente o di contatti stretti, e verranno immediatamente trasferite da remoto fino alla guarigione dell'utente e dei familiari. Ove opportuno, dovranno essere attivate tempestivamente le procedure di *contact tracing* vigenti.

È opportuno, date le caratteristiche di fragilità dell'utenza, che la sospetta positività SARS-CoV2 sia sempre approfondita con adeguati strumenti diagnostici, e che il monitoraggio di famiglie con soggetti con disturbi NPIA che risultino positive, soprattutto se sintomatiche, avvenga includendo tutte le necessarie attenzioni e supporti mirati anche dal punto di vista NPIA e psicosociale, non ultimo ipotizzando in anticipo l'eventuale organizzazione logistica in caso di necessità di ospedalizzazione dei *caregiver*, in stretto contatto con le autorità sanitarie e gli Ambiti di riferimento.

1. **Adeguare le attività delle strutture residenziali terapeutiche di NPIA all'andamento della pandemia**

- **Permangono le indicazioni generali** già indicate nella circolare del Ministero della Salute rispetto alla gestione del rischio COVID-19 e alle precauzioni necessarie per la prevenzione del contagio, fatte salve le modifiche indicate più oltre.
- **Devono essere identificati preventivamente gli spazi da adibire all'isolamento dei casi COVID-19 sospetti o accertati**, preferibilmente all'esterno della struttura o in camera singola con bagno ad uso esclusivo di ciascun ospite in isolamento.
- **I ragazzi dovrebbero essere preparati preventivamente ai diversi possibili scenari che si potrebbero presentare in caso di positività COVID**, condividendo con loro le strategie/soluzioni che la struttura ha individuato, supportandoli nell'elaborazione emotiva e nella identificazione preventiva di modalità che possano rendere tollerabile l'isolamento.
- **I nuovi inserimenti sono possibili per le situazioni urgenti o ad alto rischio.** Nella comunità accettante non vi devono essere casi COVID-19 sospetti o accertati. Deve essere effettuata un'anamnesi accurata relativa al rischio COVID-19 del bambino/ragazzo e del contesto di vita precedente, e deve essere effettuato sierologico e test molecolare (tamponi) entro al massimo le 48 ore precedenti all'inserimento. Il test molecolare andrà ripetuto al 5°-7° giorno dall'inserimento e dopo 14 giorni. L'inserimento può essere effettuato se il primo tampone è negativo, in stanza singola con bagno dedicato fino al termine di 14 giorni dall'inserimento. Date le delicatissime situazioni relazionali dei bambini e ragazzi in comunità terapeutica di NPIA, l'isolamento fiduciario completo è complesso se non controproducente poiché potrebbe scatenare acuzie comportamentali di difficile gestione sia sul piano emotivo che sanitario. Il nuovo utente dovrà utilizzare costantemente la mascherina, mantenere le distanze e seguire le altre procedure igieniche opportune, non potrà partecipare alle attività collettive, dovrà mangiare nella propria stanza e andranno implementate adeguatamente le pulizie e l'areazione dei locali. Dovranno però essere garantite fin dal primo momento le opportune relazioni educative di accoglienza con gli operatori e la possibilità di utilizzo individuale e protetto di spazi all'aperto di pertinenza della comunità. Anche gli altri ospiti della comunità dovranno sempre usare la mascherina. La durata del parziale isolamento fiduciario in comunità potrà essere accorciata ove vi sia una situazione familiare e clinica dell'utente che

consente di gestire almeno una parte dell'isolamento fiduciario al domicilio prima dell'inserimento, anticipando il primo test molecolare. Tali procedure possono essere rimodulate in base all'andamento locale della pandemia.

- **Devono poter essere riavviati contatti in presenza tra bambini/ragazzi e familiari e/o con persone significative**, ove parte del percorso terapeutico individuale - fermo restando l'obbligo di rispettare tutte le disposizioni in materia di prevenzione del contagio e nel rispetto di quanto previsto dall'Autorità Giudiziaria competente e dal servizio sociale inviante. Gli incontri dovranno avvenire all'aperto, nei pressi della comunità o in locali adeguatamente areati e sanificabili, e con gli adeguati presidi e distanziamento fisico, con la disponibilità delle comunità a garantire presidio e vigilanza, rimodulando eventualmente le modalità degli incontri in base all'evoluzione della pandemia nel territorio in cui è sita la comunità e in quello ove risiedono i familiari.
- **I rientri a casa dovranno essere valutati caso per caso** definendo procedure specifiche, supporti mirati e percorsi di responsabilizzazione dei familiari e dei ragazzi, in base all'evoluzione della pandemia nel territorio in cui è sita la comunità e in quello ove risiedono i familiari e alle specificità del percorso di riavvicinamento. Potrà essere valutata l'opportunità di effettuare il sierologico e/o il test molecolare ai familiari presso cui si recherà l'utente, o all'utente stesso prima del rientro in comunità.

2. **Garantire le attività di ricovero**

Le attività di ricovero per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva erano già ampiamente sottodimensionate nell'epoca precedente alla pandemia, in particolare per i disturbi psichiatrici gravi in adolescenza (84) e in molte realtà hanno risentito negativamente dell'impatto della fase 1.

Appare ora fondamentale garantire adeguatamente le attività di ricovero per patologie neurologiche e psichiatriche, che seguiranno le misure di sicurezza e profilassi prima descritti: determinazione del livello di rischio COVID-19, la presenza di sintomi attuali o recenti nel soggetto, nei genitori e conviventi, possibile esposizione a soggetti potenzialmente positivi, test molecolari e sierologici al momento del ricovero, utilizzo dei DPI.

Anche in questo caso andrà garantita, ove appropriato, la presenza delle figure genitoriali al fianco del minorenne, previa valutazione del rischio COVID. Per quanto possibile, è opportuno che il genitore o l'accompagnatore presente sia lo stesso per tutta la durata del ricovero. Devono essere previste modalità per l'isolamento fino all'esito del test molecolare, da eseguire al momento del ricovero per tutti i pazienti e gli accompagnatori, e per la gestione di eventuali soggetti asintomatici o paucisintomatici SARS-CoV-2 positivi per i quali sia indispensabile il ricovero in ambito specialistico neuropsichiatrico infantile.

I ricoveri per gravi patologie psichiatriche (criticità nazionale anche in epoca pre-COVID) dovranno essere finalizzati alla stabilizzazione clinica e impostazione delle terapie con rapida dimissione verso modalità di minore intensità assistenziale. A tal fine va garantita una stretta integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali, attualmente spesso carente in molte realtà regionali.

Risorse

- Circolare del Ministero della Salute (23/04/2020) “COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell’Infanzia e dell’Adolescenza”:
- I Rapporti ISS COVID-19, in particolare:
 - Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020 – *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19*
 - Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020 Rev. – *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*
 - Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2020 Rev. 2. – *Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2*

Bibliografia

1. Danese A, Smith P, Chitsabesan P, Dubicka B. Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. *Br J Psychiatry*. 2020;216(3):159-162. doi:10.1192/bjp.2019.244
2. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(5):346-347. doi:10.1016/S2352-4642(20)30097-3
3. MIUR – Ufficio Gestione Patrimonio Informativo e Statistica. *Principali dati della scuola – Avvio Anno Scolastico 2019/2020*. Roma: MIUR; 2019. <https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Principali+dati+della+scuola+-+avvio+anno+scolastico+2019-2020.pdf/5c4e6cc5-5df1-7bb1-2131-884daf008088?version=1.0&t=1570015597058>
4. Giusti A, Zambri F, Donati S, Spinelli A. *COVID-19: vivere insieme la nascita. La presenza in ospedale dei padri o della persona a scelta della donna*. Roma: Istituto Superiore Sanità; 2020. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gravidanza-parto-allattamento-la-presenza-in-ospedale-dei-padri-o-della-persona-a-scelta-della-donna>
5. WHO. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf?ua=1>
6. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19 [published correction appears in *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Apr 17]. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(6):421. doi:10.1016/S2352-4642(20)30109-7
7. Centro regionale di Documentazione per la Promozione della Salute. *Coronavirus SARS-CoV-2: strumenti, metodi, buone prassi e risorse educative*. Regione Piemonte; 2020. https://www.dors.it/pagina_singola.php?idpagina=43
8. Nazioni Unite. *Il Comitato sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza mette in guardia contro i gravi effetti fisici, emotivi e psicologici della pandemia COVID-19 sui minorenni e invita gli Stati a proteggere i diritti delle persone di minore età*. Traduzione in italiano da parte dell'Ufficio dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza; 2020. https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/comitato_onu_diritti_infanzia_-_covid_19_traduzione.pdf
9. United Nations. *Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*. New York, 2020 https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
10. United Nations. *Policy Brief: The Impact of COVID – 19 on children*. New York, 2020 https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/160420_Covid_Children_Policy_Brief.pdf
11. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*. 2020;395(10228):945-947. doi:10.1016/S0140-6736(20)30547-X
12. Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, et al. A future for the world's children? A WHO– UNICEF–Lancet Commission. *Lancet* 2020; 395: 605–58.
13. Tamburlini G, Marchetti F. Pandemia di Covid-19: motivazioni e indicazioni per l'apertura di spazi educativi per bambini. *Medico e Bambino* 2020;39. https://www.medicoebambino.com/lib/covid19_10.pdf
14. Villani A, Bozzola E, Siani P, Corsello G. The Italian paediatric society recommendations on children and adolescents extra-domestic activities during the SARS COV-2 emergency phase 2. *Ital J Pediatr*. 2020;46(1):62. Published 2020 May 19. doi:10.1186/s13052-020-00826-3
15. SINPIA. *Risorse per l'emergenza Coronavirus*. Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza, 2020 <https://www.sinpia.eu/in-evidenza/emergenza-coronavirus/>
16. FIMP. *Emergenza COVID -19: proposta di strategie assistenziali e organizzative per la ripresa dell'anno scolastico 2020-2021*. Federazione Italiana Medici Pediatri, 2020 <https://www.fimp.pro/wp-content/uploads/2020/05/Documento-FIMP-su-riapertura-scuola-26-maggio-2020-1.pdf>
17. AGIA. *Lettera dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza al Coordinatore e ai Componenti del Comitato di esperti istituito presso il Ministero dell'istruzione*. Roma, 2020. <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/parere-agia-comitato-esperti-ministero-istruzione.pdf>

18. ECDAN. *A Joint Statement on Early Childhood Development and COVID-19: A Call for Coordinated Action to Protect and Support ALL Young Children and Their Caregivers*. Early Childhood Development Action Network, 2020 https://mcusercontent.com/8103bc6125ed66e0964ae244d/files/462ed6c4-97cd-4bce-9a58-8f0efa8d17f2/Call_To_Action.pdf
19. Main A, Zhou Q, Ma Y, Luecken LJ, Liu X. Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. *J Couns Psychol*. 2011;58(3):410-423. doi:10.1037/a0023632
20. Xie X, Xue Q, Zhou Y, *et al*. Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr*. 2020;e201619. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.1619
21. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, *et al*. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;1-10. doi:10.1007/s00787-020-01541-4
22. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, *et al*. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-
23. Fore HH. A wake-up call: COVID-19 and its impact on children's health and wellbeing. *Lancet Glob Health*. 2020;10.1016/S2214-109X(20)30238-2. doi:10.1016/S2214-109X(20)30238-2
24. Maclean JC, Popovici I, French MT. Are natural disasters in early childhood associated with mental health and substance use disorders as an adult? *Soc Sci Med*. 2016;151:78-91. doi:10.1016/j.socscimed.2016.01.006
25. Oh DL, Jerman P, Silvério Marques S, *et al*. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):83. doi:10.1186/s12887-018-1037-7
26. Pfefferbaum B, Jacobs AK, Houston JB, Griffin N. Children's disaster reactions: the influence of family and social factors. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(7):57. doi:10.1007/s11920-015-0597-6
27. Wagner KD. Addressing the experience of children and adolescents during the COVID-19 pandemic. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(3):20ed13394. doi:10.4088/JCP.20ed13394
28. Save the Children Italia Onlus. *Riscriviamo il futuro. L'impatto del coronavirus sulla povertà educativa*. Save the Roma: Children Italia Onlus; 2020. https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/limpatto-del-coronavirus-sulla-poverta-educativa_0.pdf
29. Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. *Protection of children during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic: Technical note*. 2020 <https://www.unicef.org/documents/technical-note-protection-children-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic>
30. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep*. 2013;7(1):105-10. doi:10.1017/dmp.2013.22
31. Kuriansky J (Ed.). *The psychosocial aspects of a deadly epidemic: what Ebola has taught us about holistic healing*. Santa Barbara, CA: Praeger/ABC- CLIO, LLC; 2016.
32. Armitage R, Nellums LB. Considering inequalities in the school closure response to COVID-19. *Lancet Glob Health*. 2020;8(5):e644. doi:10.1016/S2214-109X(20)30116-9
33. Yoshikawa H, Wuermli AJ, Britto PR, *et al*. Effects of the global COVID-19 pandemic on early childhood development: short- and long-term risks and mitigating program and policy actions. *J Pediatr*. 2020;S0022-3476(20)30606-5. doi:10.1016/j.jpeds.2020.05.020
34. Shonkoff JP, Garner AS; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care; Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012;129(1):e232-e246. doi:10.1542/peds.2011-2663
35. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno degli operatori sanitari e socio-sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020)
36. European Centre for Disease Prevention and Control. *Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – sixth update – 12 March 2020*. Stockholm: ECDC; 2020.

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-outbreak-novel-coronavirus-disease-2019-increase-transmission-globally-COVID-19.pdf>

37. ISTAT. Rappresentazione grafica dei dati ISTAT sull'utilizzo dei Computers and Tablets in the Italian Households. Dati 2018/2019. Roma: ISTAT per il Paese. <https://www.istat.it/it/files//2020/05/infografic-pc-tablet-Italy.pdf>
38. AGIA. Documento preparato dalla Consulta delle ragazze e dei ragazzi dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza sull'istruzione ai tempi del coronavirus. Roma: AGIA, 2020. <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/consulta-ragazzi-agia-parere-scuola-30-04-2020.pdf>
39. Commissione per il Sistema integrato di educazione e di istruzione. Orientamenti pedagogici sui Legami educativi a Distanza. Commissione Infanzia Sistema integrato Zero-sei, 2020. https://www.notiziedellascuola.it/legislazione-e-dottrina/indice-cronologico/2020/maggio/NOTA_MI_20200513_667
40. ISTAT. *Indagine su 'Spazi in casa e disponibilità di computer per bambini e ragazzi'*. Roma: ISTAT, 2020. <https://www.istat.it/it/files//2020/04/Spazi-casa-disponibilita-computer-ragazzi.pdf>
41. Wang G, Zhang J, Lam SP, et al. Ten-year secular trends in sleep/wake patterns in Shanghai and Hong Kong school-aged children: a tale of two cities. *J Clin Sleep Med*. 2019;15(10):1495-502. doi:10.5664/jcsm.7984
42. Brazendale K, Beets MW, Weaver RG, et al. Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: the structured days hypothesis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):100. doi:10.1186/s12966-017-0555-2
43. 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. *Obesity (Silver Spring)*. 2020;10.1002/oby.22861. doi:10.1002/oby.22861
44. United Nations. The impact of COVID-19 on sport, physical activity and well-being and its effects on social development. New York: United Nations; 2020. <https://www.un.org/development/desa/dspd/2020/05/covid-19-sport/>
45. Xiang M, Zhang Z, Kuwahara K. Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020;S0033-0620(20)30096-7. doi:10.1016/j.pcad.2020.04.013
46. Decosimo CA, Hanson J, Quinn M, Badu P, Smith EG. Playing to live: outcome evaluation of a community-based psychosocial expressive arts program for children during the Liberian Ebola epidemic. *Glob Ment Health (Camb)*. 2019;6:e3. doi:10.1017/gmh.2019.1
47. Bartlett JD, Griffin J, Thomson D. *Resources for Supporting Children's Emotional Well-being during the COVID-19 Pandemic*. Child Trends and the Child Trauma Training Center, University of Massachusetts; March 19, 2020. <https://www.childtrends.org/publications/resources-for-supporting-childrens-emotional-well-being-during-the-covid-19-pandemic>
48. Coghill D, Danckaerts M, Sonuga-Barke E, Sergeant J; ADHD European Guidelines Group. Practitioner review: Quality of life in child mental health--conceptual challenges and practical choices. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50(5):544-561. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02008.x
49. WHO. *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Geneva: World Health Organization; 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2
50. Early Childhood Development Action Network. *Early Childhood Focused COVID-19 Resources*. Washington, DC: 2020. <https://mailchi.mp/ecdan/covid19>
51. WHO. *Frequently asked questions: Breastfeeding and COVID-19 For health care workers*. Geneva: World Health Organization; 2020. https://www.who.int/docs/default-source/maternal-health/faqs-breastfeeding-and-covid-19.pdf?sfvrsn=d839e6c0_1
52. WHO. *Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected Interim guidance*. Geneva: World Health Organization; 2020. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

53. SIN. *Allattamento e gestione del neonato in corso di pandemia da SARS-COV-2. Indicazioni ad interim della Società Italiana di Neonatologia (SIN), 2020 Versione 1.* <https://www.sin-neonatologia.it/wp-content/uploads/2020/03/SIN.COVID19-10-maggio.V3-Indicazioni-1.pdf>; Versione 2: <https://www.sin-neonatologia.it/pdf/LMSINV2COVID1923-03.pdf>
54. IASC's Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support. *Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak.* Inter-Agency Standing Committee, 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>
55. Christ GH, Christ AE. Current approaches to helping children cope with a parent's terminal illness. *CA Cancer J Clin.* 2006;56(4):197-212. doi:10.3322/canjclin.56.4.197
56. Dalton L, Rapa E, Ziebland S, et al. Communication with children and adolescents about the diagnosis of a life-threatening condition in their parent. *Lancet.* 2019;393(10176):1164-1176. doi:10.1016/S0140-6736(18)33202-1.
57. Pecoraro L, Dalle Carbonare L, De Franceschi L, Piacentini G, Pietrobelli A. The psycho-physical impact that COVID-19 has on children must not be underestimated. *Acta Paediatr.* 2020;10.1111/apa.15347. doi:10.1111/apa.15347
58. FAO. *Maintaining a healthy diet during the COVID-19 pandemic.* Roma: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2020. <http://www.fao.org/documents/card/en/c/ca8380en>
59. ISS. *COVID-19: Stili di vita sani anche nell'emergenza.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-stili-vita>; <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-stili-vita-attivita-fisica-0-11-anni>; <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-stili-vita-attivita-fisica-12-17-anni>; <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-stili-vita-alimentazione-bambini-e-ragazzi>
60. CDC. *Children and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Keep Children Healthy during the COVID-19 Outbreak.* Centers for Disease Control and Prevention; 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/children.html>
61. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996;71(2):364-74. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.2.364>
62. Caprara GV. *La valutazione dell'autoefficacia. Costrutti e strumenti.* Trento: Edizioni Erickson; 2001.
63. Gigantesco A, Morosini P. *Promozione del benessere psicologico e dell'intelligenza emotiva a scuola: un manuale per definire obiettivi e risolvere problemi.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015 (Dispense per la scuola 15/1).
64. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 126 del 17-05-2020. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/17/20A02717/sg>
65. Comitato Tecnico Scientifico. Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive nel settore scolastico. Roma: EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673 <https://www.miur.gov.it/documents/20182/2467413/DOCUMENTO+TECNICO+SULL'IPOTESI+DI+RIMODULAZIONE+DELLE+MISURE+CONTENITIVE+NEL+SETTORE+SCOLASTICO.pdf/8d3ca845-d7a7-d691-ec78-1c1ac5e5da53?t=1590689741359>
66. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione 21 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 29/2020).
67. WHO. *Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19.* Geneva: World Health Organization; 2020 <https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>

68. NCIRS. *COVID-19 in schools – the experience in New South Wales*. New South Wales: National Centre for Immunisation Research and Surveillance; 2020 (http://ncirs.org.au/sites/default/files/2020-04/NCIRS%20NSW%20Schools%20COVID_Summary_FINAL%20public_26%20April%202020.pdf, accessed 26 April 2020)
69. Zhang J, Litvinova M, Liang Y, *et al*. Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID-19 outbreak in China. *Science*. 2020;eabb8001. doi:10.1126/science.abb8001
70. 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. doi:10.1016/S2352-4642(20)30095-X
71. Liu Y, Gu Z, Xia S, *et al*. What are the Underlying transmission patterns of COVID-19 outbreak? - An age-specific social contact characterization. *EClinicalMedicine*. 2020;100354. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100354
72. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in children including COVID-19: an overview of the epidemiology, clinical features, diagnosis, treatment and prevention options in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2020;39(5):355-368. doi:10.1097/INF.0000000000002660
73. Ludvigsson JF. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic - a systematic review [published online ahead of print, 2020 May 19]. *Acta Paediatr*. 2020;10.1111/apa.15371. doi:10.1111/apa.15371
74. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr*. 2020;109(6):1088-95. doi:10.1111/apa.15270
75. Lavezzo E, Franchin E, Ciavarella C, Crisanti A. *Suppression of COVID-19 outbreak in the municipality of Vo, Italy*. doi: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.17.20053157v1.full.pdf>
76. Unicef. *Key Messages and Actions for COVID-19 Prevention and Control in Schools*. New York: UNICEF; 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/key-messages-and-actions-for-covid-19-prevention-and-control-in-schools-march-2020.pdf?sfvrsn=baf81d52_4&ua=1
77. Progetto EU-Dap *Unplugged. Manuale per l'insegnante*. 2020 https://www.eudap.net/unplugged_detail_on_teachin_manual_it.aspx
78. Alleanza per l'infanzia. *La scuola e i servizi educativi per la prima infanzia sono altrettanto cruciali delle attività produttive per la ripresa e il futuro del paese*. Comunicato Alleanza per l'infanzia, 30 aprile 2020. <https://www.alleanzainfanzia.it/temi/comunicati/>
79. Solantaus T, Toikka S. The effective family programme: preventative services for the children of mentally ill parents in Finland. *International Journal of Mental Health Promotion* 2006;8(3):37-44. <https://doi.org/10.1080/14623730.2006.9721744>
80. Camera dei Deputati. Servizio Studi. XVIII Legislatura. *Emergenza COVID-19: le misure in materia di immigrazione*. Roma: Camera dei deputati; 30 aprile 2020 (link https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1215466.pdf?_1588825553154)
81. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3):226-236. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x
82. Murphy M, Fonagy P. *Mental Health problems in children and young people*. Chief Medical Officer annual report 2012: Our children deserve better: prevention pays https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/252660/33571_2901304_CMO_Chapter_10.pdf
83. Ministero della Salute. *Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza*. Roma: Conferenza Stato Regioni; 2020. <http://www.statoregioni.it/media/1934/p-3-cu-atto-rep-n-70-25lug2019.pdf>
84. Ministero della Salute. Comunicato 1567/CAV – “Emergenza Coronavirus 2019 - Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza”. Roma, 23/04/2020
85. Fazzi E, Galli J. New clinical needs and strategies for care in children with neurodisability during COVID-19. *Dev Med Child Neurol*. 2020;10.1111/dmcn.14557. doi:10.1111/dmcn.14557

Rapporti ISS COVID-19

Accessibili da <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19*. Versione del 7 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020)
2. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020 Rev. 2)
3. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti. *Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2*. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2)
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie*. Versione del 17 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev.)
5. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2*. Versione del 25 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020 Rev. 2).
6. Gruppo di lavoro ISS Cause di morte COVID-19. *Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2*. Versione del 23 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 6/2020).
7. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19 e Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Rifiuti COVID-19. *Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2*. Versione del 29 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 7/2020).
8. Osservatorio Nazionale Autismo ISS. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 30 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev.).
9. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente – Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2*. Versione del 3 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 9/2020).
10. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2*. Versione del 7 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 10/2020).
11. Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica *Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19*. Versione del 17 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020).
12. Gabbrielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M. *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19*. Versione del 13 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
13. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19*. Versione del 15 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 13/2020).
14. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Versione del 14 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 14/2020).

15. Gruppo di lavoro ISS Farmaci COVID-19. *Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie. Versione del 16 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 15/2020).
16. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi. Versione del 19 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 16/2020).
17. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2. Versione del 19 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 17/2020).
18. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19. Versione del 26 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 18/2020).
19. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 25 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 19/2020).
20. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 14 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 Rev.).
21. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19. Versione del 3 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 21/2020).
22. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 maggio.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020 Rev.)
23. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020).
24. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per una appropriata gestione dell'iposurrenalismo in età pediatrica nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 24/2020)
25. Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)
26. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti. *Indicazioni ad interim sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico. Versione del 18 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 26/2020)
27. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Nardone M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19. Versione del 17 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 27/2020).
28. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19. *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 1: normativa e tipologie. Versione del 18 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 28/2020)
29. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione 21 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 29/2020)

30. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 14 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020)
31. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID-19. Versione del 26 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 31/2020)
32. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sul contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e sull'igiene degli alimenti nell'ambito della ristorazione e somministrazione di alimenti. Versione del 27 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 32/2020).
33. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 33/2020).
34. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020)
35. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020)
36. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sulle attività di balneazione, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 36/2020).
37. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni per le piscine, di cui all'Accordo 16/1/2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 37/2020).
38. Silano M, Bertinato L, Boirivant M, Pocchiarri M, Taruscio D, Corazza GR, Troncone R *Indicazioni ad interim per un'adeguata gestione delle persone affette da celiachia nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 38/2020).
39. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19 *Censimento dei bisogni (23 marzo - 5 aprile 2020) delle persone con malattie rare in corso di pandemia da SARS-CoV-2. Versione del 30 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 39/2020).
40. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 40/2020).
41. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020).
42. Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19. Versione del 28 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020).
43. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020)