

Impatto del lockdown sui bambini e sulle famiglie: un'indagine dei pediatri di famiglia all'interno di una comunità

ANTONELLA BRUNELLI¹, GIULIA SILVESTRINI², LUIGI PALESTINI³, PATRIZIA VITALI², RACHELE NANNI⁴, ANTONIO BELLUZZI⁵, ROBERTA CIAMBRA⁵, MARCELLA DE LOGU⁵, MILA DEGLI ANGELI⁵, FRANCESCA LUISA DESSI⁵, DANIELA DONATI⁵, LAURA GASPARI⁵, TERESA GHINI⁵, MICHELA GIOVANNINI⁵, MAURIZIO IAIA⁵, FRANCO MAZZINI⁵, ROCCO MOLLACE⁵, VIRIDIANA NANNI⁵, ANNA PINA PERRA⁵, BARBARA POGGIOLI⁵, ILARIA PONTON⁵, GIUSTINA RUSSO⁵, ANNALENA SALETTI⁵, ARRIGO SELLI⁵, ANTONELLA STAZZONI⁵, LUCIA VIGNUTELLI⁵, ELENA ZAMUNER⁵, LISA VENTURINI⁶, ENRICO ZAMPROGNO⁶, ENRICO VALLETTA⁷, FEDERICO MARCHETTI⁸

¹Rete Infanzia e Adolescenza, AUSL Romagna; ²UO Epidemiologia, AUSL Romagna; ³Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna; ⁴Programma di Psicologia, AUSL Romagna; ⁵Pediatria di famiglia e di comunità AUSL Romagna; ⁶Redazione Web Corporate University, AUSL Romagna (CURA); ⁷Dipartimento Salute Donna, Infanzia e Adolescenza di Forlì-Cesena, AUSL Romagna; ⁸Dipartimento Salute Donna, Infanzia e Adolescenza di Ravenna, AUSL Romagna.

Pervenuto il 18 dicembre 2020. Accettato il 23 dicembre 2020.

Riassunto. Obiettivi. La letteratura suggerisce come il recente lockdown, conseguente alla pandemia di SARS-CoV-2, abbia avuto un forte impatto sociale e psicologico sugli individui e sulle strutture familiari più fragili. Con questo lavoro abbiamo inteso fare emergere il vissuto che nuclei familiari, nei quali non erano rinvenibili specifici elementi di vulnerabilità sociale o sanitaria, hanno sperimentato nel corso del periodo di quarantena verificatosi nella primavera del 2020. **Materiali e metodi.** Nel periodo compreso tra maggio e luglio 2020, 22 pediatri di famiglia appartenenti all'AUSL Romagna hanno somministrato alle famiglie dei propri assistiti un questionario volto a rilevare le modificazioni intervenute, durante il periodo di lockdown, in ambito personale, familiare e scolastico. **Risultati.** Sono stati raccolti 721 questionari, analizzando le associazioni tra variabili relative ad ambiente domestico, ritmi quotidiani, scuola, segnali di allarme e segnali di cambiamento in relazione all'età dei bambini. A seguito del lockdown, il nucleo familiare si è modificato nel 31% dei casi, con una maggiore presenza della figura di riferimento nel 68% di questi. Tre famiglie su quattro hanno dichiarato di avere avuto a disposizione ambienti domestici sufficienti, e nove su dieci di avere potuto usufruire di uno spazio all'aperto, privato o condominiale. I ritmi quotidiani sono stati conservati nel 56,7% dei casi; i disturbi dell'umore sono comparsi nel 30% dei bambini-adolescenti, seguiti da disturbi del sonno, dell'appetito e psicosomatici. Un ragazzo su tre ha fatto progressi dal punto di vista evolutivo e del comportamento e un bambino su 5 ha visto migliorare le proprie relazioni. La tenuta complessiva della propria famiglia, nel periodo di crisi, è stata ritenuta buona nel 66,3% dei casi, sufficiente nel 31,3% e non soddisfacente solo nel 2,4% dei casi. **Conclusioni.** Il quadro che si delinea è quello di famiglie nelle quali la presenza contemporanea in casa di adulti e figli si è generalmente intensificata. Le famiglie intervistate rimandano, nel complesso, un'immagine positiva e resiliente al periodo di lockdown, anche se sono segnalate iniziali problematiche sul piano emotivo in un bambino-adolescente su tre. Appare in parte compromessa la capacità di mantenere una struttura familiare organizzata nel quotidiano. La coabitazione forzata porta a una competizione per le medesime risorse di tempo e di spazio e si ripercuote sull'intero nucleo familiare. L'istituzione scolastica emerge come un fattore protettivo per i bambini, i ragazzi e anche per il benessere delle famiglie stesse.

Parole chiave. Bambini, covid-19, famiglie, impatto psicologico, lockdown.

Impact of the lockdown on children and families: a survey of family pediatricians within a community.

Summary. Objectives. The recent lockdown, resulting from the SARS-CoV-2 pandemic, has had a strong social and psychological impact on the most fragile individuals and family structures. In the present work we investigated the experience of families without specific elements of social or health vulnerability during the quarantine period that occurred in the spring of 2020. **Materials and methods.** Between May and July 2020, 22 primary care pediatricians belonging to AUSL Romagna administered to a number of families a questionnaire to detect changes that occurred, during the lockdown, in family environment, school attendance and personal attitudes. **Results.** A total of 721 questionnaires were collected, analyzing the associations between variables relating to home environment, daily rhythms, school and warning signs in relation to the age of children. As a result of the lockdown, family habits changed in 31% of cases, with a greater presence of the reference figure in 68% of these. Three out of four families reported they had sufficient domestic spaces, and nine out of ten had access to an outdoor, private or condominium space. Daily rhythms were preserved in 56.7% of cases; mood disorders appeared in 30% of adolescent children, followed by sleep, appetite and psychosomatic disorders. One in three children has made progress in terms of evolution and behavior, and one in 5 children has seen their relationships improve. The overall resilience of families during the lockdown period was considered good in 66.3%, sufficient in 31.3% and not satisfactory in only 2.4% of cases. **Conclusions.** Our data show that, in the interviewed families, the simultaneous presence of adults and children at home has generally intensified. Families refer, on the whole, a positive and resilient behavior in the lockdown period, even if initial emotional problems are reported in one out of three children-adolescents. The ability to maintain a family organized structure seems to be partially compromised. Forced cohabitation leads to competition for the same resources of time and space and affects the entire family unit. The school institution emerges as a protective factor for children, young people and also for the well-being of families themselves.

Key words. Children, covid-19, families, lockdown, psychological impact.

Introduzione e obiettivi

La letteratura internazionale è concorde nel riconoscere che i bambini si ammalano poco e in maniera poco grave di covid-19^{1,2}, con quadri clinici generalmente lievi e con rare complicanze che si verificano particolarmente in bambini con rilevanti patologie preesistenti o in coloro che sviluppano una importante reazione infiammatoria (Sindrome da Infiammazione Multisistemica, Mis-C)³.

È inoltre riconosciuto l'impatto negativo dell'isolamento, specie se prolungato, in adolescenti e giovani adulti così come delle misure di contenimento in corso di lockdown sui sistemi familiari, soprattutto se già presenti fragilità pregresse (bambini con malattie croniche o con disturbi neuropsichiatrici e del comportamento, povertà o presenza di fattori di alto rischio sociale e/o di violenza)⁴⁻⁹. È noto inoltre il notevole impatto che la pandemia sta producendo sulle diseguaglianze¹⁰. Non a caso quella da covid-19 è stata definita una sindemia (l'aggregazione di due o più fattori/epidemie che si sviluppano in modo simultaneo o sequenziale)¹¹. Una sindemia non è semplicemente una comorbilità ma si caratterizza per le interazioni biologiche e sociali, interazioni che aumentano la suscettibilità di una persona a peggiorare il proprio stato di salute. Un approccio sindemico può mettere in evidenza interazioni sociali importanti e utili ad affrontare temi di politica sanitaria.

La chiusura delle scuole – che si stima abbia inciso poco nella riduzione di nuovi casi rispetto a quanto attribuito ai luoghi di divertimento, di assembramento e di lavoro, e che ha segnato un importante ritardo nella sua ripresa – ha allarmato il mondo scientifico per gli effetti negativi, sia dal punto di vista educativo e pedagogico, sia in termini globali di salute mentale, psicologica e fisica¹²⁻¹⁴.

Nel corso del lockdown, i sistemi sociali e sanitari si sono attivati per trovare soluzioni di contatto a distanza (telemedicina, contatti telefonici diretti, messaggistica) volti soprattutto al monitoraggio e al sostegno di bambini e famiglie in condizioni di fragilità^{15,16}, mentre è rimasta nell'anonimato la fascia di coloro che non erano conosciuti dai servizi né sanitari né sociali – i cosiddetti invisibili – tra i quali le famiglie che appaiono in buon compenso in condizioni normali, ma che possono entrare in crisi nelle situazioni di maggiore stress e che spesso non sono in grado di chiedere aiuto¹⁷.

L'AUSL della Romagna ha attivato, al termine del lockdown nella primavera 2020, un'indagine telefonica svolta dai pediatri di famiglia (PdF), con l'obiettivo di valutare l'impatto di questa esperienza sulle famiglie con figli e senza fattori di rischio noti (quali malattie croniche, famiglie in carico ad altri servizi sanitari e sociali), mettendo in condizione i genitori di riconoscere i cambiamenti intervenuti o la comparsa di segnali di disagio e consentendo da parte del pediatra una prossimità e una continuità assistenziale anche attraverso il contatto a distanza.

Obiettivo di questo lavoro è stato quello di provare a fotografare alcuni aspetti dell'impatto dell'emergenza nella sua complessità, mentre questa è ancora in movimento, esponendosi sicuramente all'impossibilità di apprezzarne tutte le sfumature, ma nel contempo cogliendo una serie di suggestioni che altrimenti rischierebbero di rimanere in secondo piano e di non arrivare ai tavoli delle politiche per i servizi. Parafrasando il racconto di Borges sul paradosso tra mappa e territorio, si tratta quindi di un primo sforzo per evitare di continuare a comportarci come se la mappa fosse il territorio, anziché una sua approssimazione, funzionale a orientarsi in quella che abbiamo definito come sindemia¹⁸.

Materiali e metodi

L'INTERVISTA

Nella scheda di intervista sono stati esplorati diversi domini: a) l'ambiente domestico, inteso come adeguatezza degli ambienti strutturali e come modificazione di numero e presenza dei componenti familiari; b) gli stili di vita, al fine di valutare la capacità di mantenere un ritmo quotidiano e una routine che prevedesse tempi di scuola, di gioco e di relazione anche virtuali; c) la possibilità di utilizzare strumenti informatici adeguati.

Rispetto al bambino/ragazzo venivano indagati: la comparsa di segnali di disagio quali disturbi del sonno, dell'appetito, dell'umore, la comparsa di disturbi psicosomatici e l'aumento di incidenti domestici nonché l'evidenziarsi di comportamenti migliorativi, quali progressi nel comportamento, conquista di tappe di sviluppo e autonomia, specie nelle prime fasce di età. Una domanda aperta, che invitava i genitori a esprimere le loro sensazioni e le loro necessità, concludeva il questionario.

La Corporate University della AUSL Romagna (CURA) ha realizzato l'informatizzazione della scheda, alla quale il pediatra poteva accedere attraverso un link personalizzato; una volta compilata, ogni scheda andava confermata e inviata a un archivio centrale in modo anonimo (per il rispetto della privacy). Solamente il pediatra che aveva condotto l'intervista era a conoscenza dell'identità delle famiglie coinvolte; il database così costituito, non contenendo la completa informazione sull'identità dei nuclei famigliari intervistati, non rendeva disponibili informazioni neppure allo staff che ha elaborato i dati di sintesi del questionario. Tutte le schede sono state raccolte in un database dedicato e gestito da CURA che ha controllato costantemente l'andamento delle risposte ricevute e effettuato le estrazioni dei dati per le elaborazioni statistiche. È stato previsto, inoltre, che il PdF riportasse su base volontaria le sue impressioni in merito alle potenzialità narrative delle interviste fatte.

La scheda di intervista telefonica è stata condivisa nel gruppo di coordinamento e inviata per la discussione ai PdF della Romagna. Con i pediatri dell'ambi-

to di Forlì-Cesena il confronto è avvenuto anche nel corso di un evento formativo via web.

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

Al fine di ridurre il bias di selezione, è stato proposto ai pediatri di ordinare gli assistiti in ordine alfabetico e di procedere contattando il primo assistito di ogni lettera, escludendo famiglie con fattori di rischio e vulnerabilità noti. Questa modalità di reclutamento è stata seguita solo da una minima parte dei pediatri, reputando più fattibile procedere con le interviste alle famiglie eleggibili nel corso della risposta a chiamate telefoniche, dei bilanci di salute o di altri contatti non legati a malattie intercorrenti. L'insieme dei dati relativi alle interviste è stato raccolto in un database unico.

ANALISI STATISTICA

Sono state analizzate le associazioni tra variabili relative a famiglia, casa, ritmi quotidiani, scuola, segnali di allarme e segnali di cambiamento in relazione all'età dei bambini suddividendola in tre classi: 0-5, 6-10, 11 anni e oltre. L'associazione è stata valutata con il test chi-quadrato. È stata condotta un'analisi logistica multivariata sui disturbi, i bisogni e i progressi dei ragazzi mettendoli in relazione con la loro età, la cittadinanza dei genitori e la presenza in casa di una figura di riferimento. Sono stati riportati gli Odds Ratio (OR) della logistica e la bontà di adattamento col test Hosmer-Lemeshow.

Risultati

Hanno aderito alle interviste 22 PdF afferenti a 3 dei 4 ambiti che costituiscono l'AUSL Romagna: 12 da Cesena, 5 da Forlì e 5 da Ravenna. Nel periodo di maggio-luglio 2020 sono stati intervistati 721 nuclei familiari. Le caratteristiche delle famiglie intervistate sono riassunte nella tabella 1.

GLI AMBIENTI

Il 75,5% degli intervistati ha dichiarato di avere spazi sufficienti per le attività della famiglia (figura 1). Nonostante non vi siano differenze significative tra le diverse fasce di età, la percentuale di genitori che ha dichiarato di avere spazi sufficienti è minore per bambini tra 0-2 anni (66%). Inoltre, circa 9 famiglie su 10 hanno dichiarato di possedere uno spazio esterno privato o condominiale con un gradiente secondo il quale la disponibilità aumenta con l'aumentare dell'età dei figli. Le famiglie che possono usufruire di uno spazio all'aperto, sia privato che condominiale, considera di avere ambienti sufficienti nel 78% dei casi (rispettivamente 81,8% privato, 69,4% condominiale vs 48,5% nessuno spazio) contro il 48% di chi non lo ha.

Tabella 1. Caratteristiche delle famiglie intervistate.

	N.	%
N° famiglie per età del bambino		
0-5 anni	212	29,4
6-10 anni	291	40,4
11+ anni	218	30,2
N° di adulti per famiglia		
1 adulto	54	4,5
2 adulti	629	88,0
3+ adulti	54	7,5
N. di bambini per famiglia*		
1 bambino	191	26,7
2 bambini	401	56,1
3 bambini e più	123	17,2
Nazionalità genitori		
Straniera	144	20,0
Italiana	577	80,0
Figura di riferimento		
Più presente	490	68,0
Egualmente presente	197	27,3
Meno presente	34	4,7

* dato mancante in 6 casi.

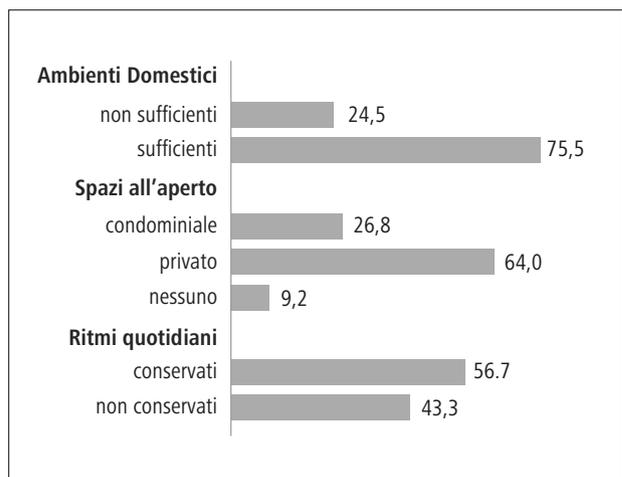


Figura 1. Ambienti domestici e all'aperto e ritmi quotidiani.

CONSERVAZIONE DEI RITMI QUOTIDIANI E DELLA DIDATTICA A DISTANZA

Per il 56,7% delle famiglie, i ritmi quotidiani sono stati conservati (figura 1), andando da un minimo del 47,9% per i bambini tra 0-5 anni a un massimo di 59% nei bambini oltre i 6 anni.

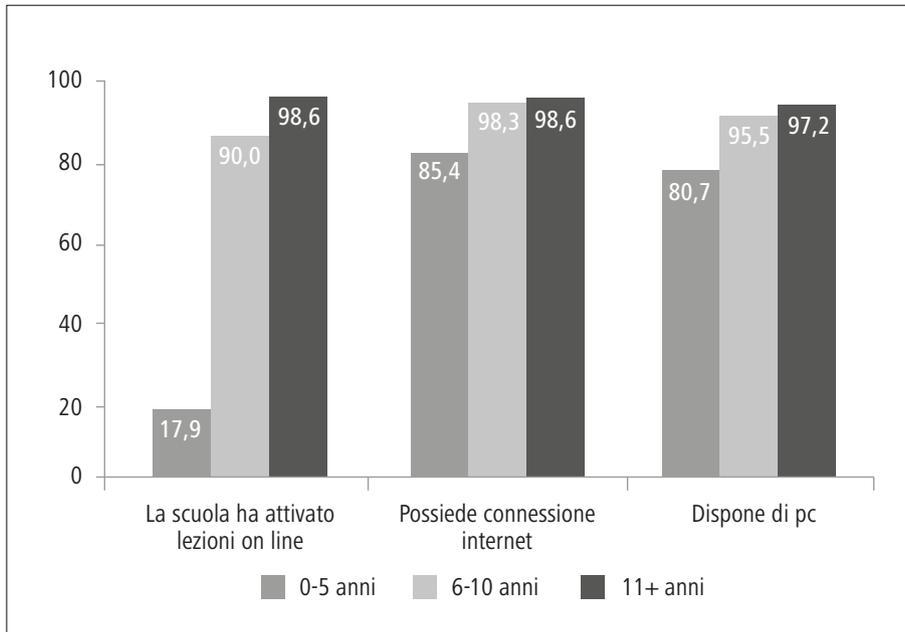


Figura 2. Didattica a distanza e disponibilità di internet e personal computer (pc) per classi d'età.

Nella figura 2 sono riportati i dati relativi all'attivazione della didattica a distanza (o ai contatti con gli insegnanti e gli educatori delle scuole d'infanzia per la fascia di età 0-5 anni) e alla disponibilità di connessione e computer.

SEGNALI POSITIVI DI CAMBIAMENTO

Circa un bambino su 3, di tutte le fasce di età, ha fatto progressi dal punto di vista evolutivo e nel comportamento (figura 3). Un bambino su 5 ha visto migliorare anche le proprie relazioni, mentre non vi sono differenze significative nella frequenza dei segnali positivi tra le diverse classi di età dei bambini.

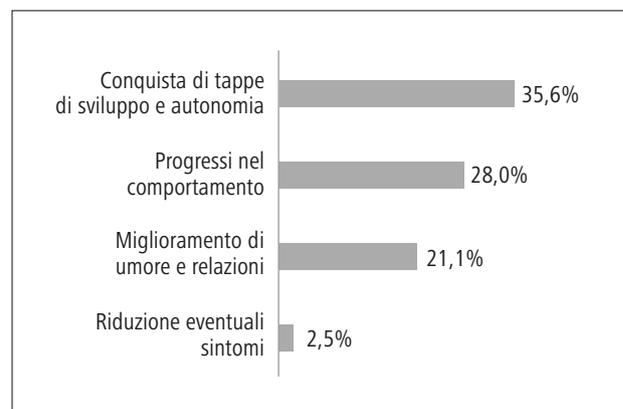


Figura 3. Segnali positivi di cambiamento.

SEGNALI D'ALLARME

In generale i disturbi dell'umore sono stati tra i maggiormente rilevati dai genitori, riferiti nel 30% dei bambini-adolescenti (figura 4), soprattutto nella fascia di età 6-10 anni (35,4%) e >11 anni (31,2%), mentre una frequenza minore si è avuta nei bambini tra 0 e 5 anni (21,2%). La logistica multivariata mostra come i disturbi dell'umore siano più presenti nelle elementari (OR=2,03 p=0,001) e nelle medie (OR=1,68 p=0,02; test Hosmer Lermershow =1,2 p=0,994), rispetto ai bambini di età 0-5, a prescindere dalla nazionalità dei genitori e dalla presenza in casa di una figura di riferimento.

A seguire, in ordine di frequenza complessiva, vi sono i disturbi del sonno, anche questi più rappresentati nei bambini oltre i 6-10 anni (14,8%) ma senza differenze statisticamente significative con le altre fasce di età. Il 6% di bambini ha riportato anche disturbi dell'appetito e psicosomatici, questi ultimi più rappresentati sopra i 6 anni di età.

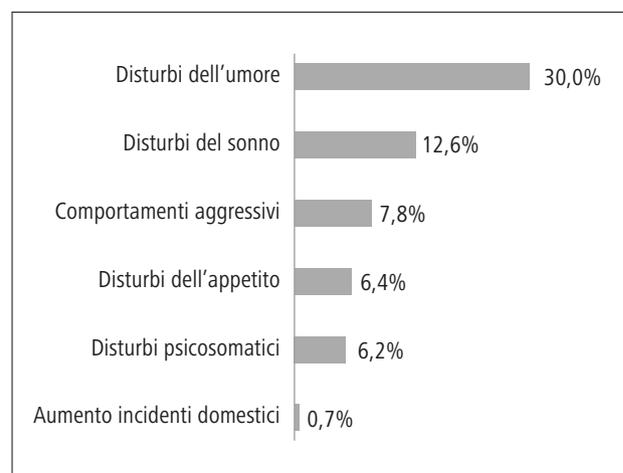


Figura 4. Segnali positivi di cambiamento.

I BISOGNI PRIORITARI

Nelle domande aperte un bisogno di socialità (intesa come relazioni con i pari e con i nonni, nonché di attività extrascolastiche) è stato riportato dal 17% dei bambini-adolescenti con età >11 anni e dall'8,2% nella fascia di età 6-10 anni.

TENUTA FAMILIARE

Ai genitori è stato chiesto un parere sulla capacità di tenuta complessiva della propria famiglia nel periodo di crisi: nel 66,3% dei casi è stata ritenuta buona, nel 31,3% sufficiente, e solo nel 2,4% dei casi non soddisfacente. La figura 5 riporta il parere distribuito per fasce di età. In particolare, la tenuta familiare (buona vs sufficiente) migliora al diminuire dell'età del figlio (OR: 2,26 per figli 0-5 anni; OR: 1,88 per figli con 6-10 anni rispetto ai ragazzi di età >11anni; test Hosmer Lemershow=3,11 p=0,54).

Discussione

I risultati di questa indagine fanno riferimento al periodo di marzo-aprile durante la totale chiusura delle attività scolastiche e della limitazione dei contatti sociali. L'indagine è stata svolta su un campione di famiglie che non presentano condizioni di vulnerabilità sanitaria e socioeconomica, e che pertanto possono essere considerate come un gruppo "privilegiato" rispetto alla popolazione generale. L'interpretazione

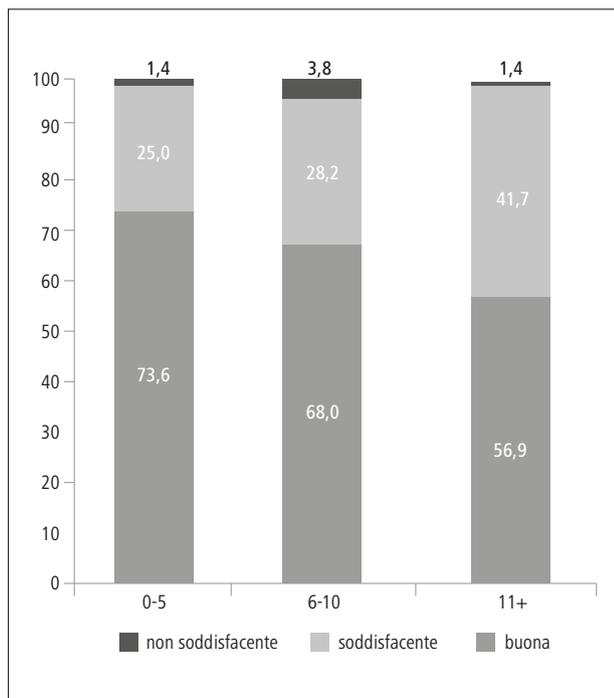


Figura 5. Giudizio sulla tenuta familiare secondo il parere dei genitori intervistati.

dei risultati è stata di tipo qualitativo e speculativo, dal momento che non tutte le informazioni raccolte consentono di individuare specifici nessi causali tra le situazioni di partenza e il verificarsi di determinati effetti del lockdown. L'intervista, come intervento diretto del pediatra, costituisce un'azione di prevenzione primaria e di prossimità; la lettura complessiva dei dati esprime invece il tentativo di produrre una ricerca di orientamento sociale e qualitativo utilizzando un questionario, mantenendo la prospettiva del paradigma costruttivista e della *grounded theory* e mirando, quindi, a una costruzione di conoscenza su un fenomeno sociale partendo da una lettura coerente delle evidenze raccolte durante l'indagine, senza ipotesi teoriche a monte.

La logica di questa indagine assume pertanto un risvolto sociologico, anche in un'ottica critica verso i processi di quantificazione a seguito dei quali la progressiva astrazione delle basi informative, su cui si fondano le politiche, si riflette sull'esperienza stessa del problema sul quale agiscono le medesime politiche¹⁹. È infatti palese come, durante l'emergenza covid-19, la comunicazione mediatica sia stata incentrata principalmente su indici quali il tasso di contagi, il numero di guariti vs deceduti, il rapporto tra tamponi effettuati e positivi, le disponibilità di posti letto in terapia intensiva e altro ancora. Questi aspetti, seppure importanti e utili in determinati contesti, hanno implicitamente annullato la discussione sui riverberi sociali del tema sanitario (come per esempio le difficoltà delle famiglie in smart working con i figli a casa da scuola, l'isolamento degli anziani o l'esacerbarsi delle disuguaglianze di salute), gettando le basi per un salto indietro rispetto alla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per cui la salute è "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

Il quadro che si delinea è quello di famiglie in cui la presenza contemporanea di adulti e figli in casa si è, come atteso, generalmente intensificata. Riguardo alla disponibilità di spazio domestico, questo appare "sufficiente" per la larga maggioranza del campione. Le famiglie che appaiono maggiormente in difficoltà in questo senso sono quelle con figli molto piccoli, che spesso lamentano l'assenza di spazi all'interno o all'esterno dell'ambiente domestico. La riflessione è che si tratta probabilmente di famiglie in formazione e in evoluzione, sia nella loro struttura, sia nella loro organizzazione in termini di scelta dell'ambiente domestico rispetto alle esigenze economiche e lavorative.

Per quanto riguarda la conservazione dei ritmi quotidiani, la difficoltà che si è rilevata riguarda le famiglie con figli in età prescolare e fa pensare a un possibile effetto della chiusura di asili nido e scuole materne, nei termini di un venire meno della "struttura" data dalla partecipazione alle attività educative, per i quali l'interazione col mondo dei servizi educativi è stata funzione della disponibilità, della dotazione tecnologica e della *digital literacy* degli insegnanti. In altre parole, se per i bambini più grandi l'impiego

della didattica a distanza può avere in qualche misura contribuito a mantenere viva un'organizzazione della giornata, essa non sopperisce al bisogno di socialità e nel contempo introduce un livello di complessità ulteriore nel funzionamento della famiglia. La stessa cosa non si può dire per le famiglie con figli più piccoli.

I segnali positivi di cambiamento che sono stati rilevati dai genitori non riportano differenze significative legate all'età dei figli. Si tratta sicuramente di una percezione che richiama le potenzialità di un processo di visione e valutazione familiare nel maggiore contatto con i figli ma anche di assicurazione e sviluppo di potenzialità di alcuni bambini-ragazzi che sono maggiormente confortati all'interno del nucleo familiare²⁰. Il contraltare che andrebbe valutato e analizzato sulle singole situazioni e sulle conseguenze a distanza riguarda i risultati osservati relativi ai bisogni dei bambini più grandi, in particolare rispetto a socialità e relazioni, e alla dichiarata presenza di comparsa di disturbi dell'umore e del sonno (1 bambino/adolescente su 3 in una percezione familiare), soprattutto nella fascia di età 6-10 e >11 anni. La letteratura ha documentato e continua a documentare in modo puntuale le conseguenze a volte drammatiche sul piano emotivo e relazionale della "clausura" scolastica e sociale^{4-9,21,22} e questi aspetti richiederebbero interventi strutturati e coordinati (tra pediatri, neuropsichiatri e psicologi) per la loro rilevazione, il sostegno e la prevenzione che risultano essere tuttora molto carenti rispetto a quanto raccomandato^{4,23}. Viene invocata in particolare la necessità di migliorare l'accesso dei bambini e adolescenti ai servizi di supporto per la salute mentale, orientati a fornire misure per lo sviluppo di sani meccanismi di coping durante l'attuale crisi.

In merito al complessivo bisogno di scuola e relazioni, le riflessioni che devono nascere sono sulla complessiva "perdita di struttura", dovuta anche alle esperienze non sempre adeguate di didattica a distanza. Ricordiamo infatti che se la didattica a distanza è stata ben strutturata per i bambini dalle scuole medie in poi, lo stesso non può dirsi per le scuole elementari, nelle quali è stata meno organizzata ed erogata in forme estremamente variabili.

Pur trattandosi di famiglie privilegiate, che vivono in una area sub regionale avvantaggiata e che ci rimandano un'immagine complessivamente positiva e resiliente al difficile periodo di lockdown, quella che appare in parte compromessa è la capacità della famiglia di darsi una struttura organizzativa quotidiana in funzione dei propri compiti, delle proprie necessità e dei propri spazi. In altre parole, siamo abituati a giocare la giornata in riferimento al fatto che la mattina andremo al lavoro, che i figli saranno all'asilo o a scuola, che la condivisione degli spazi di casa sia "competitiva" per un numero ridotto di ore al giorno, che un pc o un tablet siano sufficienti dal momento che tutti abbiamo uno smartphone, che nei mesi primaverili si possa fruire di parchi e altri spazi all'aperto e che le attività extrascolastiche impegnino i figli anche per parte del pomeriggio.

Questa condivisione forzata, che assume le caratteristiche della competizione per le medesime risorse, colpisce, conseguentemente, in modo diverso in funzione dell'età e del livello di sviluppo dei figli: se da un lato per i più piccoli la questione è maggiormente legata agli spazi di attività, che diventano limitati e ripetitivi, dall'altro lato per i più grandi lo "spazio" è quello dei tempi di vita quotidiana, che improvvisamente si sono svuotati di riferimenti e sovrapposti a quelli dei genitori.

In sostanza, sebbene all'apparenza differenti, gli impatti rilevati sono sempre stati quelli sulla famiglia come nucleo complesso, in cui l'età e le abitudini di vita dei figli spostano la lancetta a indicare chi sta attraversando una fase di maggiore sofferenza e su quali aspetti. Si richiama peraltro, in questa prospettiva, l'approccio delle *capabilities* delineato da Sen²⁴ e Nussbaum²⁵ e le conseguenti riflessioni sul modo in cui le disuguaglianze non sono da interpretare come un dato di fatto, ma come un'interazione localizzata tra le risorse delle persone e il contesto con cui queste agiscono: ricollegandosi a quanto visto finora, la *capability* messa in discussione durante il lockdown non si rifà a categorie di vulnerabilità "classiche" e di stampo socioeconomico (povertà, emarginazione sociale ecc.), ma piuttosto a una sorta di capacità di mantenere l'equilibrio funzionale della famiglia, che appare trasversalmente sfidata dalla costrizione a non muoversi dal proprio domicilio.

Infine, va sottolineato che i dati raccolti si allineano con le testimonianze della popolazione generale con figli, specie se molto piccoli, sui possibili ritardi da parte del livello politico che ha fondato la propria prospettiva di intervento su un'equazione facile ma imprecisa, ovvero che essere a casa dal lavoro significasse automaticamente avere tempo e risorse da dedicare alla cura dei figli (cura che nel contempo ha ampliato le proprie esigenze).

Quest'ultima considerazione si pone come corollario alle riflessioni fatte sull'effetto positivo della "struttura" data dalle attività scolastiche - quando queste erano a loro volta strutturate e organizzate - e ci pone in un'ottica più ampia, in cui si evidenzia un chiaro ruolo dell'istituzione scolastica come fattore protettivo per bambini e ragazzi e, per estensione, per il benessere delle famiglie di cui fanno parte.

A conclusione, il box 1 sottolinea gli aspetti prioritari che dovrebbero riguardare non solo interventi strutturati da parte di organismi istituzionali ma anche da parte della comunità dei pediatri e più in generale della comunità assistenziale che si occupa dell'infanzia e adolescenza; con una sensibilità complessivamente nuova, basata anche su una metodologia di lavoro che deve trovare strumenti innovativi (con particolare attenzione alle categorie più fragili)^{26,27}, che sono percepibili nel vissuto narrativo di alcuni PdF intervistatori (box 2). Se non è certa scomparsa la necessità di misure immediate di sollievo, non vi sono dubbi che vi sia l'esigenza di guardare più lontano, curando le storture e i bisogni che, a diversi livelli,²⁸⁻³⁰ la pandemia sta mettendo in evidenza.

Box 1. Le azioni auspicabili per l'infanzia e l'adolescenza durante la pandemia.

Le istituzioni nazionali e locali

- Porre fra le priorità la salute dei bambini, dei ragazzi e delle famiglie attraverso politiche dedicate e finalizzate a ridurre le disuguaglianze.
- Valorizzare la scuola nel suo ruolo didattico, educativo ed evolutivo nei confronti dei ragazzi e per il benessere dell'intero contesto familiare.
- Promuovere e sostenere l'aggiornamento del sistema scolastico dal punto di vista pedagogico e strutturale.

Il Pediatra

- Assicurare prossimità e vicinanza alle famiglie, anche in assenza di fattori di rischio sanitari e sociali noti.
- Attuare azioni di prevenzione primaria per la salute dei bambini e delle famiglie.
- Mettere i genitori in condizione di riconoscere precocemente i cambiamenti e la comparsa di segnali di disagio e facilitare nei casi che lo richiedono la presa in carico multidisciplinare.
- Sostenere le richieste di socializzazione dei ragazzi attraverso il ruolo della famiglia, della scuola, del gioco.

Box 2. Le potenzialità narrative di un rapporto di prossimità strutturato che ha utilizzato l'intervista come rilevatore dei bisogni: le impressioni di tre pediatre.

Ho somministrato il questionario inizialmente a tutte le famiglie disponibili, indipendentemente dall'età dei figli. Poi mi sono focalizzata sui ragazzi dai 10 anni in su, perché dalle prime interviste mi sembrava il target più interessante. Il mio commento riguarda la piena disponibilità delle famiglie e il piacere da parte dei bambini nel rispondere alle domande. Per lo più quello che è mancato durante il lockdown è stato il contatto con i coetanei e lo sport, ma anche la scuola in presenza. Ciò detto, sarebbe bello che la voce dei bambini potesse indirizzare il lavoro dei governanti. Perché a oggi sappiamo che i bambini non sono i tanto ricercati super diffusori e le scuole non sono focolai pronti a esplodere... ma le necessità dell'infanzia sembrano sempre secondarie e trascurate.

I.P., Cesena

Mi sono accorta presto che la guida aveva l'utilità di toccare vari aspetti in modo rapido, che forse non sarebbero emersi spontaneamente neanche nel corso di una lunga conversazione. Quindi l'ho apprezzata e ho continuato a utilizzarla come traccia mentale in maniera fluida e spontanea, anche oltre il termine della raccolta dati. A volte mi ha sorpreso: ricordo una conversazione in cui il genitore mi riferiva che il bambino stava reagendo bene al lockdown. Addentrandomi nel questionario è emerso che il bambino si era ritirato in sé stesso, non manifestava nessun interesse ad avere contatti "virtuali" con i compagni né con gli insegnanti. Abbiamo riflettuto insieme che forse non era proprio una reazione di benessere, ma di malessere e di provare a stimolarlo con attività divertenti per tutta la famiglia, a coinvolgerlo in qualcosa che potesse essere piacevole per tutti. È successo anche il contrario. A domanda generica: "Come va?" i genitori riferivano inizialmente un vissuto difficile nel lockdown. Ma poi dal questionario emergeva un quadro positivo: il bambino era più autonomo, organizzava bene il tempo, faceva i compiti volentieri. Chi stava soffrendo della situazione erano i genitori, che sentivano come un peso il fatto che il bambino chiedeva più interazione, voleva mostrar loro i compiti, chiedeva tante spiegazioni, cercava più relazione, voleva giocare con loro molto spesso. I genitori si sono trovati a fare le veci dell'insegnante, dell'allenatore di basket, ecc. e inoltre doveva lavorare in smart working.

A.S., Forlì

Il bello di questa proposta era di rendere più interattivo e mirato l'ascolto che facciamo delle famiglie dei nostri assistiti. Lo strumento utilizzato, il telefono, soprattutto durante i mesi di lockdown, mi ha dato la possibilità di entrare quasi nelle case, nelle fatiche e nelle gioie vissute durante questi mesi. È stato impegnativo capire con i genitori quali percorsi costruire per superare le ansie, le paure, le limitazioni della libertà personale e aiutare i ragazzi a vivere bene questo tempo. È stata una ricchezza vedere come invece, in tante famiglie, il tempo di chiusura totale sia stato un "tempo bello" perché ciascuno godeva della presenza dell'altro nei ritmi meno convulsi delle giornate e trovava in questo un motivo di tranquillità e serenità. I genitori mi hanno raccontato che il peso più grosso per loro è stato il forte impegno richiesto nel seguire i bimbi della primaria di secondo grado (elementari) che, almeno nella mia realtà, si sono trovati ad avere incontri online con l'insegnante per massimo 2-3 ore a settimana e tanto compito scritto da svolgere, con tutti i limiti che questo ha comportato, e legato alla diversa preparazione scolastica dei genitori.

La difficoltà maggiore raccontata dai bambini più grandi è stata la lontananza dagli amici e da altre figure di riferimento come i nonni. Sono rimasta stupita di fronte ad alcuni bimbi che si sono scoperti fragilissimi e soprattutto senza una rete di contenimento adeguata nei familiari. Rimane in me la tristezza di toccare con mano quanto danno abbia provocato questo periodo di chiusura, sia da un punto di vista fisico (obesità) che di sviluppo (mai avute così tante regressioni come in questo periodo, nella fascia 18 mesi/2 anni di bimbi che non potevano andare al nido). Si apre quindi una nuova sfida: recuperare il tempo perduto, ripartire per ritrovare la strada...

L.V., Ravenna

Rispetto all'uso dell'intervista proposta durante e dopo il lockdown, i professionisti ne segnalano quindi l'utilità per fare un check rapido, ma comunque esaustivo dello stato di salute e benessere delle famiglie che hanno in carico (e non solo dei figli). In particolare, la struttura dell'intervista da un lato consente di attivare una traccia di approfondimento sulle famiglie, che con la ripetizione dell'utilizzo può consolidarsi e rimanere attiva anche al di là del momento della rilevazione; dall'altro lato, la suddetta struttura riesce comunque a non "ingabbiare" l'approfondimento da parte del professionista, ma piuttosto introduce un'interattività e una focalizzazione che non sono sempre presenti negli abituali momenti di ascolto delle famiglie. Inoltre, l'uso di uno strumento di questo tipo ha anche consentito ai professionisti di uscire dalle abituali zone di interesse e conseguentemente di sorprendersi dei risultati, sia in senso positivo (per esempio individuando risorse e capacità di resilienza di cui non si era a conoscenza), sia in senso negativo (superando la superficie del racconto dei genitori, che a volte rischia di dare un quadro ottimistico ma solo parziale della situazione).

Per quanto riguarda l'esperienza delle famiglie intervistate, i pediatri hanno sottolineato alcuni aspetti estremamente coerenti con i risultati descritti in precedenza. In particolare, riemerge nell'opinione dei professionisti la sensazione di "competizione" per gli spazi e i tempi di casa, che si riflette nelle difficoltà di organizzazione e di mantenimento di struttura nella routine quotidiana: i genitori si sono trovati spesso a barcamenarsi tra il lavoro e la necessità dei figli di concentrare nella figura genitoriale il *range* delle figure di riferimento con cui abitualmente si confrontano – l'insegnante, l'allenatore, il compagno di giochi... Va comunque evidenziato che, per diverse famiglie, questa situazione potenzialmente esplosiva è stata vissuta come un "guadagno di tempo", ovvero come un'opportunità per allentare il ritmo consueto della giornata e trovare spazi da condividere che fino a quel momento non sarebbero stati possibili.

Un secondo aspetto emerso si riallaccia, infine, a quanto visto nelle considerazioni sull'effetto protettivo della scuola, in particolare modo relativamente ai bambini delle elementari: i pediatri segnalano infatti di aver raccolto dai genitori la difficoltà data dal venir meno della struttura quotidiana data dalla scuola, che nella migliore delle ipotesi è stata presente nella routine dei bambini per poche ore alla settimana. Tuttavia, a questo si aggiunge un ulteriore livello non tracciato dai risultati delle interviste, ovvero che la difficoltà espressa non nasce solo dallo sfaldamento dei ritmi quotidiani e dalla perdita delle relazioni, ma si aggrava anche in funzione del diverso grado di istruzione dei genitori, che si sono ritrovati loro malgrado a fare le veci degli insegnanti e non solo a fornire un supporto per i compiti a casa.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

- Götzinger F, Santiago-García B, Noguera-Julían A, et al. CoViD-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *Lancet Child Adolesc Health* 2020; 4: 653-61.
- Ludvigsson JF. Systematic review of CoViD-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr* 2020; 109: 1088-95.
- Consiglio CR, Cotugno N, Sardh F, et al. The immunology of multisystem inflammatory syndrome in children with CoViD-19. *Cell* 2020; 183: 968-81.e7.
- Abbracciavento G, Cognigni M, Riccio G, et al. CoViD-19 e salute mentale in età evolutiva: l'urgenza di darsi da fare. *Medico e Bambino* 2020; 39: 237-40.
- Loades ME, Chatburn E, Higgs-Sweeney N, et al. Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of CoViD-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2020; 59: 1218-39.e3.
- Singh S, Roy D, Sinha K, et al. Impact of CoViD-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: a narrative review with recommendations. *Psychiatry Res* 2020; 293: 113429.
- Wade M, Prime H, Browne DT. Why we need longitudinal mental health research with children and youth during (and after) the CoViD-19 pandemic. *Psychiatry Res* 2020; 113143.
- Tran TV, Nguyen HC, Pham LV, et al. Impacts and interactions of CoViD-19 response involvement, health-related behaviours, health literacy on anxiety, depression and health-related quality of life among healthcare workers: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2020; 10: e041394.
- Bignardi G, Dalmaijer ES, Anwyll-Irvine AL, et al. Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the CoViD-19 lockdown. *Arch Dis Child* 2020; doi:10.1136/archdischild-2020-320372.
- Bambra C, Riordan R, Ford J, et al. The CoViD-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 2020; 74: 964-8.
- Horton R. Offline: CoViD-19 is not a pandemic. *Lancet* 2020; 396: 874.
- Tamburini G, Marchetti F, Bertino A, et al. Bambini e coronavirus: la doverosa ricerca di un equilibrio tra i presunti rischi e i documentati danni collaterali. *Medico e Bambino* 2020; 39: 355-6.
- 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: 397-404.
- Lee J. Mental health effects of school closures during CoViD-19. *Lancet Child Adolesc Health* 2020; 4: 421.
- Lubrano R, Villani A, Berrettini S, et al. Point of view of the Italian pediatric scientific societies about the pediatric care during the CoViD-19 lockdown: what has changed and future prospects for restarting. *Ital J Pediatr* 2020; 46: 142.
- Nardini C, Dimovska AG. Forme nuove di continuità assistenziale al tempo della pandemia. *Ric&Pra* 2020; 37: 133-4.
- Katzow MW, Steinway C, Jan S. Telemedicine and health disparities during CoViD-19. *Pediatrics* 2020; 146: 0e20201586.
- Borges JL. Storia universale dell'infanzia. Milano: Il Saggiatore, 1961.
- Borghi V, Giullari B. Trasformazioni delle basi informative e immaginazione sociologica. *Rass Ital Sociol* 2015; 56: 379-403.

20. Prime H, Wade M, Browne DT. Risk and resilience in family well-being during the CoViD-19 pandemic. *Am Psychol* 2020; 75: 631-43.
21. Cusinato M, Iannattone S, Spoto A, et al. Stress, resilience, and well-being in Italian children and their parents during the CoViD-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 8297.
22. Crawley E, Loades M, Feder G, et al. Wider collateral damage to children in the UK because of the social distancing measures designed to reduce the impact of CoViD-19 in adults. *BMJ Paediatr Open* 2020; 4: e000701.
23. 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 [ultimo accesso 1 febbraio 2021].
24. Sen A. *La diseguaglianza*. Bologna: Il Mulino, 1994.
25. Nussbaum M. *Creare capacità. Liberarsi dalla dittatura del PIL*. Bologna: Il Mulino, 2012.
26. Marchetti F. SARS-COV-2 e pediatria: riorganizzare le modalità di lavoro e la comunicazione, ma come? *Medico e Bambino* 2020; 39: 414-5.
27. Menon DU, Belcher HME. CoViD-19 pandemic health disparities and pediatric health care – the promise of telehealth. *JAMA Pediatr* 2020 doi:10.1001/jamapediatrics.2020.5097.
28. Tamburlini G. L'impatto della pandemia CoViD-19 sulla salute globale dei bambini. *Medico e Bambino* 2020; 39: 629-32.
29. Patel S, Epalza Ibarrondo C, Toubiana J, et al. Urgent need to develop evidence-based CoViD-19 recommendations for primary schools. *Arch Dis Child* 2020; doi:10.1136/archdischild-2020-321017.
30. Geddes da Filicaia M. *La sanità ai tempi del coronavirus*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.