

DOCUMENTO CONGIUNTO

PROPOSTE PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ EDUCATIVE E FORMATIVE NELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE DI OGNI ORDINE E GRADO, NELLE UNIVERSITÀ E NEGLI AFAM PER L'ANNO SCOLASTICO E ACCADEMICO 2020/2021

A cura degli amministratori dei gruppi FB

A scuola senza bavaglio (amministratori Ezio Barraco ed Elena Izzo)



Scuola in presenza (amministratore Cesare Natoli)



La scuola che vogliamo (amministratori Emiliano De Luca e Francesca Lupparelli)



INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
Relazione sulla Consulta dei genitori (Emiliano De Luca)	pag. 5
SEZIONE A – INSEGNANTI “Per una difesa della scuola in presenza” (Prof. Cesare Natoli)	pag. 6
SEZIONE B – GENITORI Lettera dei genitori (Elena Izzo e Ezio Barraco)	pag. 18
SEZIONE C – MEDICA C1 – Relazione del Prof. Pasquale Mario Bacco C2 – Relazione del Dott. Sergio Conti Nibali C3 – Relazione della Dott.ssa Loretta Bolgan	pag. 19 pag. 24 pag. 26
SEZIONE D - STUDENTI “Per una scuola sempre in presenza, lettera di uno studente” (Antonio Falliti)	pag. 37
ELENCO DEI REDATTORI DEL DOCUMENTO CONGIUNTO	pag. 38
NOTE	pag. 39

Si ringrazia vivamente chi ha contribuito con le proprie relazioni alla realizzazione del presente documento

Gli amministratori dei gruppi FB “A scuola senza bavaglio”, “Scuola in presenza”, “La scuola che vogliamo”

22 Luglio 2020

INTRODUZIONE

Il presente documento intende rappresentare alle autorità competenti l'urgenza, per le istituzioni scolastiche, di ritornare ad un'organizzazione che, dopo le vicissitudini legate all'emergenza sanitaria determinata dalla diffusione del Sars-Covid-2, garantisca una sana relazione didattica e un altrettanto efficace e armonico sviluppo della socialità da parte degli studenti di ogni ordine e grado, ivi compresi le Università e gli AFAM.

A tal fine, i curatori del documento, dopo un serrato e vivace dibattito in seno a gruppi spontanei di genitori, insegnanti e semplici cittadini formatisi in rete ha raccolto le principali indicazioni, ordinandole in una serie di punti programmatici.

Tali linee, inoltre, hanno tenuto conto di alcuni pareri scientifici e provenienti dal mondo della scuola, richiesti a professionisti che ci hanno fatto pervenire i contributi che è possibile leggere all'interno del presente documento.

Sottolineiamo che tali contributi ci sono pervenuti separatamente e sono firmati dagli autori per la parte di loro competenza e che, inoltre, gli autori stessi appartengono a contesti professionali e di riferimento assolutamente indipendenti tra di essi

Riteniamo prioritari i seguenti aspetti:

1. Ripristinare l'insegnamento in presenza, senza la didattica a distanza.

La DAD è stata l'unico strumento disponibile in piena emergenza ma non può assolutamente essere considerata in nessun caso né un'alternativa né un'integrazione della didattica in presenza.

2. Non applicare un distanziamento fisico che pregiudichi una sana e proficua relazionalità all'interno delle scuole

Difendersi da un virus non può e non deve portare verso mutazioni antropologiche e alterazioni della socialità; diversamente, si corre il rischio di creare danni maggiori di quelli creati dal virus stesso.

3. Non obbligare all'uso delle mascherine - sia in classe sia negli spazi in comune - gli alunni e tutto il personale scolastico, di tutte le scuole di ogni ordine e grado.

Sulla base delle indicazioni mediche e legali pervenute ai curatori del documento si tratta di misure, al momento, quasi inutili e fortemente controverse sul piano della obbligatorietà. A meno che il quadro epidemiologico e la situazione sanitaria, nel suo complesso (intendendo con questo un'alta diffusione dei contagi, un inasprimento della carica virale e una oggettiva difficoltà del sistema sanitario di far fronte all'epidemia) non volga decisamente verso il peggio.

4. Non applicare agli studenti, in nessun caso, sia l'accertamento sia il trattamento sanitario obbligatorio per qualunque sintomo riconducibile al Sars-Covid-2 o a sindromi influenzali.

In questi casi vanno immediatamente avviate e coinvolte le famiglie, che preleveranno, ove possibile, lo studente a scuola, in autonomia o, se fosse necessaria, facendo riferimento a operatori sanitari tempestivamente avvisati anch'essi dalla scuola, come del resto avveniva prima dell'emergenza sanitaria.

5. Non effettuare la misurazione della temperatura a scuola, sia per gli studenti sia per i docenti

e il personale ATA.

È – e sempre deve essere - un dovere civico restare a casa quando si hanno sintomi influenzali o febbrili. Ma ciò non deve passare attraverso un controllo imposto dall'esterno.

Sul piano propositivo, poi, riteniamo che l'esperienza attraverso la quale è passata il mondo della Scuola possa e debba costituire l'occasione per un rilancio e per un potenziamento della stessa.

A tal fine, chiediamo

6. Che vengano costituite prime classi, in tutti gli ordini scolastici (dall'infanzia alle superiori di secondo grado), con massimo 15-20 alunni.

Ciò, oltre a ridurre i rischi di eventuali contagi, consentirebbe una migliore e più efficace azione didattica.

7. Che venga incrementato il personale docente e ATA e finanziato l'adeguamento delle strutture e dell'edilizia scolastica.

Si tratta di misure necessarie e conseguenziali rispetto al punto precedente nonché in considerazione delle ataviche carenze di personale e di strutture a disposizione della scuola pubblica

8. L'istituzione di una consulta dei genitori in tutte le scuole, dagli asili nido alle secondarie di secondo grado.

Consideriamo importante, infatti, visto il configurarsi di comunque nuovi scenari nel rapporto tra le istituzioni scolastiche e le famiglie (vi sono già esempi, in tal senso, in Trentino, per effetto della legge provinciale n. 5 del 7 agosto 2006), che esista un organo di partecipazione e di rappresentanza dei genitori presso le istituzioni locali, regionali e nazionali.

Siamo certi che la voce di operatori della scuola, docenti, studenti, genitori, professionisti, semplici cittadini non possa e non debba restare inascoltata. Il nostro intento è quello di salvaguardare la Scuola da pericolose derive, che ne alterino il profondo e significativo ruolo che ad essa dà la nostra Costituzione, e, parimenti, di mettere al riparo da preoccupanti alterazioni della socialità e dell'umano stare al mondo le nuove generazioni.

RELAZIONE SULLA CONSULTA DEI GENITORI

AUTORE: Emiliano De Luca (“La scuola che vogliamo”)

I nodi gordiani dell'istituzione scolastica sono venuti al pettine dell'emergenza Covid.

Centinaia di migliaia di genitori manifestano tutti i giorni nelle piazze, firmano petizioni e istanze contro le scelte e le ipotesi del MIUR che scontentano e mettono in allarme tutte le parti in causa. Oggi più che mai il dialogo fra le parti in causa e le istituzioni deve essere la cura per tanti malumori ed incomprensioni.

Mentre gli insegnanti, il personale scolastico e perfino gli studenti possono contare su una rappresentanza istituzionale ai tavoli di concertazione, ben strutturata territorialmente, la parte più rilevante numericamente, cioè alunni e famiglie, devono accontentarsi di associazioni riconosciute all'interno del FONAGS (<https://www.miur.gov.it/fonags>) slegate da una rappresentanza direttamente riconducibile agli istituti scolastici nei quali i nostri figli passano la parte più rilevante per crescita e formazione sociale.

I cambiamenti prospettati dal governo in questa fondamentale istituzione, sommati alle gravi lacune strutturali e funzionali già esistenti, necessitano che un ruolo consultivo e propositivo dei genitori, non sia più rimandabile, visto che sono sicuramente i bambini e le loro famiglie a subire i danni maggiori dello sfascio del mondo della scuola.

Fortunatamente, ci sono esempi virtuosi come la Consulta dei Genitori dai quali prendere spunto. Organo istituzionale presente in Trentino dal 2006 per i singoli istituti scolastici e dal 2016 a livello provinciale, la Consulta dei Genitori, ha la funzione di promuovere, favorire e realizzare la partecipazione attiva e responsabile dei genitori alla vita dell'istituzione.

<https://www.ictrento6.it/consulta-dei-genitori>

<http://csep.provincia.tn.it>

La sfida che vi proponiamo è quella di chiedere a gran voce e in maniera unitaria una legge nazionale che consenta l'istituzione della Consulta dei Genitori su tutto il territorio italiano, così da poter colmare questo vuoto democratico e consentire ad una rappresentanza ufficiale delle famiglie con minori in età scolare, di sedere ai tavoli di concertazione con governo e ministero, per poter fare la propria parte nella salvaguardia della scuola e dei diritti ad essa collegati.

A – SEZIONE INSEGNANTI

Autore: Prof. Cesare Natoli, *Docente di Filosofia e Storia presso il Liceo “Emilio Ainis” di Messina*

PER UNA DIFESA DELLA SCUOLA IN PRESENZA

1. **Premessa**

Me le ricorderò a lungo le facce dei miei alunni durante la didattica a distanza: chi al tavolo della cucina, chi in salotto o nella sua cameretta. Mi hanno fatto una grande tenerezza, con quel loro “buongiorno prof” e io li a confortarli e rassicurarli, prima di fare lezione. Me le ricorderò a lungo, ma di due cose sono certo. La prima è che non voglio più vederle così, quelle facce, non voglio più vederle dietro uno schermo. La seconda è che chi dice che la didattica on line è una buona soluzione non conosce e non ama la Scuola. E siccome qualcuno lo dice, come docente e come genitore la cosa mi preoccupa, e molto. Soprattutto perché tali affermazioni arrivano non solo dagli ambienti ministeriali, che purtroppo ci hanno abituato da anni a politiche quantomeno discutibili per la Scuola, ma anche tra alcuni colleghi, e nemmeno pochi.

Poi capisco tutto, per carità. Sono stati mesi pesanti, lo sappiamo. Per chi ha contratto la Covid-19 e non ce l’ha fatta, in primo luogo, ma anche per chi ha dovuto lottare duramente prima della guarigione, per i parenti delle vittime, per il personale sanitario stremato dal lavoro. Per non parlare di chi, e sono tanti, ha avuto un danno economico fortissimo, come la perdita del lavoro o un bilancio aziendale, professionale e commerciale gravemente compromesso.

Accanto a questo drammatico nucleo, però, ruotano altri universi, sui quali occorre vigilare con grande attenzione, per evitare danni che andrebbero ben al di là di quelli epidemiologici. Uno di questi è la Scuola. Occorre assolutamente riportare l’attività scolastica alla ‘normalità’. Sì, lo so che quella che si è chiusa il 7 marzo non era una bella Scuola. Aveva mille problemi, non uno. Ma era sicuramente meglio di quella che rischiamo di vivere da settembre in poi. E i ragazzi hanno sofferto, terribilmente sofferto. Abbiamo chiesto loro un sacrificio enorme, affrontato dalla maggior parte di essi in modo esemplare. Ma con sofferenza. Sofferenza attutita talora dal vivere in contesti famigliari virtuosi, talaltra dalla presenza di docenti che sono riusciti a svolgere un ruolo educativo anche dietro uno schermo, ma comunque una grande sofferenza.

Sofferenza che non dobbiamo permettere più, in nessun caso. E non dobbiamo farlo non perché, semplicemente, non lo vogliamo (e già sarebbe comunque qualcosa) ma perché esistono evidenze scientifiche che dimostrano, in primo luogo, quali sono i danni in termini psicologici, sociologici e didattici della didattica on line e di una scuola che non torni ad essere il motore di un armonico sviluppo degli alunni, e, in secondo luogo, la sostanziale, scarsa pericolosità del contagio tra le mura scolastiche.

2. **I perché di una posizione netta e imprescindibile**

Parto dal primo aspetto. In un silenzio talvolta assordante, specie nei primi due mesi delle restrizioni, da parte del mondo intellettuale, non sono fortunatamente mancate voci autorevoli che hanno sottolineato l’urgenza di tornare sui banchi e i danni della chiusura e del distanziamento fisico per studenti e non. Senza ovviamente la pretesa di essere esaustivo, mi limito ad alcuni, significativi esempi. E lo faccio in modo non cronologico. Su “Repubblica” del 19 giugno, ad esempio, Massimo Recalcati sottolinea come sia miope pensare alla riapertura della scuola solo in

termini di sicurezza:

Tuttavia limitarsi a ragionare sulle distanze necessarie da preservare, sul rischio degli assembramenti e sulle mascherine, sulla presenza o meno delle pareti di plexiglass spoglia fatalmente la riflessione della scuola schiacciandola sulla necessità della gestione della crisi sanitaria. Ma la scuola italiana è da tempo in terapia intensiva. Ben prima del Covid. Essa resiste solo grazie alla tenacia di molti dei suoi protagonisti, in primis quella degli insegnanti che preservano con il loro impegno e la loro passione il respiro vivo del corpo della scuola.ⁱⁱ

E aggiunge che

la relazione non è qualcosa che si aggiunge alla didattica come una sua appendice esterna, ma è la condizione di ogni didattica. Dunque non esiste didattica a distanza. La tecnologia non può supplire alla vita comunitaria della scuola. Ma ribadita questa raccomandazione il problema non è affatto risolto ma, al contrario, inizia a porsi. Cosa fare per il paziente-scuola? Avrebbe meno dignità di essere curato con attenzione rispetto ad altri? Se i nostri governanti riuscissero a non lasciarsi irretire dall'emergenza sanitaria dovrebbero indicare le linee guida per una cura che non deve coincidere con la gestione dell'emergenza Covid.ⁱⁱⁱ

Alla luce delle Linee guida ministeriali, invece, tutto è ancora visto proprio come Recalcati non auspicava e, cioè, *sub specie medica*. Basta dare una veloce scorsa alle linee guida stesse per rendersene conto: distanze, mascherine, metri quadri per alunno, ipotesi di turnazione e didattica on line in modalità esclusiva o *blended*, e così via.^{iv} Nessuna traccia di quell'approccio che Recalcati stesso riteneva fondamentale, in quanto

Bisogna ricordarlo: la scuola non ha come obiettivo la difesa della sicurezza dei suoi protagonisti, ma la difesa della condizione di civiltà di un Paese. Per questo la sua competenza non è settoriale ma investe la nostra comunità, la sua stessa identità. Il dibattito sulla scuola non può restare ostaggio del virus e del problema della sicurezza [...]. È necessario uno sforzo politico e culturale di immaginazione e di pensiero. Meglio se collettivo, meglio se capace di coinvolgere gli insegnanti e le loro associazioni. In ogni caso libero, laico, vivo, insomma non pietrificato dallo sguardo di Medusa del virus.

Uno 'sguardo di Medusa' che continua purtroppo a pietrificare gli ambienti ministeriali, soggiogati da un Comitato tecnico-scientifico che ha più volte confermato la sua incapacità – peraltro – di poter dettare linee governative a una classe politica che, dal suo canto, non decide ed evita di assumersi spesso l'onore della scelta. Su questo tema potremmo insistere molto. Mi limito a sottolineare come sia stato e continui ad essere inaccettabile che un Paese venga consegnato a specialisti di un ambito medico – in questo caso prevalentemente virologi – dal momento che certo specialismo scienziata permea ancora buona parte del mondo medico, a livello nazionale (soprattutto) e internazionale. Uno specialismo che con una prevalente se non esclusiva visione scotomizzata di ciò che ha davanti occulta la variegata complessità del reale e di tutti quei contesti – sociali, economici, psicologici, antropologici – duramente colpiti da decisioni aventi come unico ed esclusivo orizzonte di senso il contenimento di un virus. Sono state fatte molte riflessioni, in merito, la gran parte delle quali, se non tutte, inascoltate. A titolo esemplificativo, ecco quanto scrive Carmelo Palma:

L'atteggiamento di Guerra [Ranieri Guerra, rappresentante dell'OMS, n.d.a.] e dei componenti del Comitato tecnico della protezione civile dimostra che l'appello "alla

scienza” rischia in modo sempre più evidente di diventare l’alibi ideologico per quanti non vogliono assumere la responsabilità di decisioni controverse e potenzialmente lesive di interessi e diritti, che decisioni alternative potrebbero salvaguardare in modo più efficace, ma con “prezzi politici” che il decisore pubblico ritiene di non potere sostenere.v

Il tutto in omaggio costante a principi e *modus operandi* di stampo riduzionistico:

Per fare queste scelte, non c’è niente di meglio di un “timbro” scientifico che giustifichi l’ineluttabilità della decisione. Il “metodo scientifico” di fronte a problemi complessi imporrebbe, in primo luogo, di evitare approcci riduzionistici [...]. Invece in Italia è diventato paradossalmente “scientifico” il ricorso al principio di autorità – *ipse dixit* – per non giustificare razionalmente il contenuto di una decisione.vi

Per non parlare, sempre riprendendo Palma, dei rischi di derive autoritarie – pur mascherate e patinate dal ‘sacro’ diritto della salute pubblica insite in tali atteggiamenti:

[...] come sempre avviene in politica, l’oblio della razionalità – anche se dissimulata nell’ossequio a un sapere disciplinare – diventa la via maestra di soluzioni autoritarie, in cui il sacrificio della libertà individuale e del pluralismo sociale diventa irrilevante, perchè necessario e quindi “benedetto”. Insomma, la presunta indiscutibilità della scienza diventa lo schermo per la pretesa indiscutibilità del potere.vii

Peraltro, per tornare allo ‘sguardo di Medusa’ di cui parla Recalcati, va sottolineato che esso continua a pietrificare anche una certa parte del mondo docente, spaventato oltre misura dalla possibilità di contrarre la malattia o attento a rivendicazioni dal sapore unicamente ‘sindacale’, ma nel senso più deteriore del termine. Ma su questo, che per me è un tasto molto dolente, preferisco non aggiungere altro.

Mi piace, invece, chiamare in causa Giorgio Agamben, uno dei più grandi filosofi italiani viventi. Non solo per la profonda analisi della realtà che ha sempre caratterizzato il suo pensiero ma anche perché, in tempo di virus, è passato dall’essere considerato uno dei pensatori più amati e *à la page*, ad anziano professore in pensione ormai fuori di testa (destino analogo, se si riflette un attimo, a scienziati ‘eretici’ rispetto alla vulgata del *mainstream* come, ad esempio, il premio Nobel Luc Montaigner o Giulio Tarro, ma che è risultato difficile ripetere nei confronti di altre autorevoli voci in ambito medico e ‘dissidenti’ rispetto a letture catastrofiche dell’epidemia, come Alberto Zangrillo, Matteo Bassetti, Guido Silvestri o Massimo Clementi, solo per citarne alcuni). A parere di chi scrive Agamben, invece, è stato uno dei pochi che ha mantenuto lucidamente la barra dritta, denunciando chiaramente i rischi insiti in tutta la fenomenologia legata al virus, non ultimi quelli riguardanti la didattica on line. Parlando ad esempio delle università, Agamben afferma:

Quello che per un osservatore attento era evidente, e cioè che la cosiddetta pandemia sarebbe stata usata come pretesto per la diffusione sempre più pervasiva delle tecnologie digitali, si è puntualmente realizzato. Non c’interessa qui la conseguente trasformazione della didattica, in cui l’elemento della presenza fisica, in ogni tempo così importante nel rapporto fra studenti e docenti, scompare definitivamente, come scompaiono le discussioni collettive nei seminari, che erano la parte più viva dell’insegnamento. Fa parte della barbarie tecnologica che stiamo vivendo la cancellazione dalla vita di ogni esperienza dei sensi e la perdita dello sguardo, durevolmente imprigionato in uno schermo spettrale.viii

Così come centrale appare la questione che Agamben richiama quando sottolinea il venir meno, con la didattica on line, dell'Università come centro 'vivo' di scambi e relazioni umane e culturali:

Le università sono nate in Europa dalle associazioni di studenti –*universitates* – e a queste devono il loro nome. Quella dello studente era, cioè, innanzitutto una forma di vita, in cui determinante era certamente lo studio e l'ascolto delle lezioni, ma non meno importante erano l'incontro e l'assiduo scambio con gli altri *scholarii*, che provenivano spesso dai luoghi più remoti e si riunivano secondo il luogo di origine in *nationes* [...]. Chiunque ha insegnato in un'aula universitaria sa bene come per così dire sotto i suoi occhi si legavano amicizie e si costituivano, secondo gli interessi culturali e politici, piccoli gruppi di studio e di ricerca, che continuavano a incontrarsi anche dopo la fine della lezione. Tutto questo, che era durato per quasi dieci secoli, ora finisce per sempre. Gli studenti non vivranno più nella città dove ha sede l'università, ma ciascuno ascolterà le lezioni chiuso nella sua stanza, separato a volte da centinaia di chilometri da quelli che erano un tempo i suoi compagni. Le piccole città, sedi di università un tempo prestigiose, vedranno scomparire dalle loro strade quelle comunità di studenti che ne costituivano spesso la parte più viva.^{ix}

Si tratta dello stesso Agamben che a fine aprile ricordava quali possono essere i rischi legati dal consegnare i destini di un popolo a una classe di scienziati, come già notato sopra:

È sempre pericoloso affidare ai medici e agli scienziati decisioni che sono in ultima analisi etiche e politiche. Vede, gli scienziati, a torto o a ragione, perseguono in buona fede le loro ragioni, che si identificano con l'interesse della scienza e in nome delle quali – la Storia lo dimostra ampiamente – sono disposti a sacrificare qualunque scrupolo di ordine morale. Non ho bisogno di ricordare che sotto il nazismo scienziati molto stimati hanno guidato la politica eugenetica e non hanno esitato a approfittare dei lager per eseguire esperimenti letali che ritenevano utili per il progresso della scienza e per la cura dei soldati tedeschi. Nel caso presente lo spettacolo è particolarmente sconcertante, perché in realtà, anche se i media lo nascondono, non vi è accordo fra gli scienziati e alcuni dei più illustri fra di essi, come Didier Raoult, forse il massimo virologo francese, hanno diverse opinioni sull'importanza dell'epidemia e sull'efficacia delle misure di isolamento, che in un'intervista ha definito una superstizione medievale. Ho scritto altrove che la scienza è diventata la religione del nostro tempo. L'analogia con la religione va presa alla lettera: i teologi dichiaravano di non potere definire con chiarezza che cos'è Dio, ma in suo nome dettavano agli uomini delle regole di condotta e non esitavano a bruciare gli eretici; i virologi ammettono di non sapere esattamente che cos'è un virus, ma in suo nome pretendono di decidere come devono vivere gli esseri umani»^x

Purtroppo, si tratta di una deriva cui il nostro Paese – *in primis* e in una misura maggiore – ma anche altre nazioni sono state sottoposte da una narrazione mediatica che non sembra arretrare neanche davanti all'evidenza. Lo hanno sottolineato in molti, e da più fronti. Cito solo l'intervento del presidente del Censis, Giuseppe De Rita, giusto per cercare di illustrare come i contesti di appartenenza di chi dissente siano stati estremamente variegati:

La comunicazione usata nell'emergenza ha favorito la paura: "Ne sono convinto. È un meccanismo non casuale, ma scelto. Se alimento sempre più paura, la gente - osserva De Rita - fa come dico io. Ma è un meccanismo non solo italiano, viene usato in Inghilterra e in altri Paesi. Una comunicazione che crea un tempo sospeso, in cui nessuno dice con precisione cosa avverrà. E questo non può che accrescere la paura. Le sembra possibile - prosegue il sociologo - che di fatto i virologi o un comitato tecnico debbano dire se e quando può iniziare un campionato di calcio, o aprire una scuola. Si è creato un accentramento di potere, almeno sull'indicazione dei comportamenti da seguire".^{xi}

Ma, per tornare al disastro relazionale e didattico di una scuola che non sia in presenza, le voci di allarme provenienti dagli psichiatri sono state numerose. Basti pensare a quella di Paolo Crepet, il quale, ai primi di maggio, già tuonava contro la possibilità di una didattica 'mista', metà in presenza e metà on line:

Mi fa orrore che il Ministro mandi metà dei bambini a diventare degli autistici digitali^{xii}

Per non parlare dell'appello lanciato da settecento tra psicologi e psichiatri nello scorso mese di maggio.^{xiii} Un appello rivolto a salvaguardare la salute psichica di tutti, per la verità, non solo della popolazione studentesca, ma che, ovviamente, lancia numerosi campanelli d'allarme che è possibile prendere ovviamente in considerazione per gli studenti. Nell'appello, ad esempio, si scrive che

La limitazione della libertà, la paura e la preoccupazione per il futuro hanno dato l'avvio a risposte disforiche con aumentata propensione al danneggiamento di altri e di se stessi. La violenza domestica è aumentata, così come episodi di aggressione verbale e fisica tra individui familiari o non familiari. La sospettosità paranoide nei confronti degli altri, come "portatori di malattie" e untori, è ormai l'oggetto principale della disgregazione della comunità.^{xiv}

Un aspetto sul quale, invece, rappresentanti del governo e stampa *mainstream* continuano ad insistere quotidianamente, alimentando uno stato di cose che va proprio nella pericolosa deriva segnalata dall'appello. Inoltre, e qui il richiamo indiretto alla Scuola è evidente,

La progressiva concretizzazione di scenari orwelliani, giustificati da una necessaria urgenza per la protezione della salute fisica, sono proporzionali ad un aggravamento della salute psichica e un impoverimento della cultura. Tale aspetto appare inspiegabilmente come una preoccupazione minoritaria o addirittura non degna di nota. In altre parole emerge in modo sorprendente un'ossessiva attenzione a proteggere l'aspetto quantitativo dell'esistenza umana, a discapito dell'aspetto qualitativo.^{xv}

Così come eloquente appare, per lo stesso motivo, il seguente passaggio:

Allarma il drammatico e brutale accantonamento delle pratiche a tutela dello sviluppo dei bambini. Scelte e strutturazioni di percorsi validate nel corso di anni ed anni di ricerca psicopedagogica, vengono dismessi e sostituiti da sconfortanti soluzioni posticce, sotto l'egida di comunicati "scientifici" come quello dell'OMS che suggerisce l'utilità dei videogiochi per far trascorrere il tempo ai più piccoli (la stessa OMS che, negli ultimi vent'anni, ha invitato noi operatori della cura a creare e realizzare progetti per un uso consapevole della rete internet al fine di prevenirne

la dipendenza e l'abuso) o da idee di rientro inaccettabili come l'uso di braccialetti elettronici per il distanziamento o, ancora peggio, soluzioni a lungo termine di video educazione.^{xvi}

L'appello prosegue con una serie di puntualizzazioni esemplari e illuminanti. Per tale motivo, è consigliabile l'intera lettura. Tuttavia, appare opportuno riportare almeno un altro estratto, che suona come un monito nei confronti dei decisori sulla riapertura delle scuole:

La natura umana è intrinsecamente relazionale e il nostro cervello si sviluppa solo grazie a relazioni di una certa natura. Le relazioni familiari quanto quelle sociali, per potersi strutturare ed evolvere, hanno bisogno di potersi appoggiare continuamente ad una presenza fisica e di poter essere vissute con fiducia, e non con sospetto o paura. Ogni surrogato tecnologico in tal senso, sarà sempre deficitario. Instillare nelle persone, e ancora di più nei bambini, il timore di un "nemico invisibile" di cui il prossimo può essere portatore, equivale ad impoverire od annichilire ogni possibilità di crescita, scambio, arricchimento; equivale in sostanza a cancellare ogni possibilità di vita intensa e felice.^{xvii}

In una direzione analoga, ma decisamente e programmaticamente orientata verso la Scuola, va un recente manifesto divulgato in rete dall'Area Perinatale del SIPRe (Società Italiana di psicanalisi per la Relazione) di Milano.^{xviii} Il manifesto sottolinea, in apertura, che l'apprendimento

[...] *non è solo un processo lineare* di trasmissione dal maestro al discente ma si svolge all'interno della relazione unica tra *quell'alunno e quel* maestro; non è neppure solo un processo *verticale* ma anche e soprattutto *orizzontale*, tendiamo a sottovalutare quanto i bambini imparano osservando i loro compagni e vivendo la quotidianità con loro. La scuola per i bambini è anche scuola di vita, di interazione tra pari, di incontro e scontro, dove imparare a relazionarsi non solo con un adulto che insegna loro a leggere e a scrivere, ma anche con altri bambini, con cui giocare e confrontarsi. Nella scuola, e nel confronto tra pari, si apprendono e affinano una quantità notevole di competenze: capacità di reggere le frustrazioni (un altro bambino, al contrario dei genitori, non ti farà vincere per farti felice), di attendere, di alternarsi nei giochi, di negoziare, di comprendere, di stare dentro i limiti, di concentrarsi (se non ascolti le regole del gioco i ragazzini ti espellono), di collaborare, di empatizzare, etc... Pensate che perfino la SIN, la Società Italiana di Neonatologia, ha continuato a richiedere che venisse garantita la presenza dei genitori nei reparti dove sono ricoverati i bambini nati pretermine, perché i rischi del contagio erano minori (nonostante gli organi e i polmoni dei bambini siano immaturi) rispetto ai vantaggi dell'avere la relazione con il genitore al di là dell'incubatrice. La relazione è vitale perché protegge e promuove lo sviluppo neurologico. *La relazione non è un semplice veicolo per trasmettere nozioni, alla stregua del computer o della lavagna, ma l'apprendimento è relazione e si nutre di essa!* Pertanto diventa chiaro come l'apprendimento realmente trasformativo si svolge da una posizione attiva e aperta alla condivisione, quindi nel vivo della relazione.^{xix}

E prosegue con un deciso attacco all'uso delle mascherine:

Di conseguenza la domanda che ci poniamo è, come può avvenire tutto questo senza momenti di scambio, con la mascherina che spesso ci impedisce di capire bene quello che dice o prova un altro bambino? Al di là degli aspetti patologici,

proviamo a pensare anche solo ai bambini più timidi, che spesso faticano a far sentire la loro voce e a socializzare, come faranno in questo clima dove relazione è contagio?^{xx}

Non manca, ovviamente, la sottolineatura delle gravi ripercussioni sulla salute psichica degli studenti:

Con la chiusura delle scuole e delle attività extra-scolastica, i bambini e gli adolescenti di tutto il mondo si sono trovati non solo senza uno spazio di didattico, ma senza uno spazio di confronto, di ascolto, di sfogo e di interazione. La chiusura di nidi e scuole (dall'infanzia a alle università) ha fatto emergere, oltre a un inevitabile rallentamento didattico per alcuni studenti, che sarà difficilmente colmabile nel prossimo anno scolastico, manifestazioni di disagio psicologico preoccupante, proprio a causa della prolungata mancanza di relazioni, di occasioni educative e sociali.

Secondo l'American Academy of Pediatrics, il ritorno a scuola è necessario per lo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale dei bambini e dei ragazzi, per riallineare le differenze socio-economiche dell'ambiente di provenienza e consentire anche agli alunni con minori risorse o disabilità l'accesso all'istruzione e alla cultura. Come operatori della salute mentale possiamo confermare la fatica di bambini e adolescenti in questi mesi, con il riscontro di molte regressioni nella fascia di età 2-8 anni (enuresi notturna, difficoltà nell'addormentamento, paura della morte) e manifestazioni di disagio psicologico non sempre reversibili nei più grandicelli. Chi viveva in un contesto familiare patologico, si è ritrovato ad esservi immerso H24 e a non avere più la scuola come risorsa educativa e di sostegno.^{xxi}

Sono richiami chiari, inequivocabili. Appare davvero sconcertante come essi siano in larga parte rimasti inascoltati e come continuino ad esserlo anche tra numerosi operatori della Scuola, i quali dimostrano così, evidentemente, una sostanziale inadeguatezza a lavorare nelle strutture scolastiche e a vestire correttamente i panni di professionisti dell'educazione.

E i rilievi, lo abbiamo visto, non vengono solo dagli ambienti psicologici e psichiatrici, oltre che pedagogici in senso lato. Lo scorso 24 aprile, ad esempio, persino l'Accademia della Crusca è intervenuta con un documento ufficiale sottolineando l'urgenza di tornare in aula per gli studenti. Riportiamo un piccolo estratto di un contributo molto articolato:

- L'insegnamento via web non consente di verificare con immediatezza la risposta degli studenti alla lezione e il loro grado di comprensione dei contenuti esposti.
- La distanza rende più difficile valutare la giusta distribuzione temporale delle fasi di insegnamento e apprendimento, anche per la ridotta interazione tra chi parla e chi ascolta.
- Si annullano, o almeno si riducono in modo essenziale, la socializzazione e il lavoro di squadra, impedendo che la classe funzioni come modello di interazione virtuosa tra i ragazzi e tra generazioni diverse in un fecondo scambio e arricchimento reciproco.
- Si riduce la fisicità dell'insegnamento, che non riguarda solo la gestualità con cui l'insegnante accompagna le spiegazioni, sottolineandone i punti salienti o elevandone le emozioni, ma anche e soprattutto l'abilità manuale guidata fisicamente, che non può essere dimenticata nell'apprendimento della scrittura. Molti sono ormai gli studi che in tempi recenti hanno dimostrato quanto sia importante, per lo sviluppo delle capacità cognitive, conservare, nella scuola primaria, l'apprendimento della scrittura manuale, non disperdendola a favore di quella digitale.^{xxii}

3. **Se la prudenza è priva di motivazioni scientifiche e buon senso**

Per quanto riguarda, invece, gli studi scientifici sulla presunta pericolosità delle scuole aperte per la diffusione del virus mi piace partire da quanto espone sinteticamente e con la consueta chiarezza Sergio Conti Nibali.^{xxiii} Relativamente agli studi che analizzano la curva dei contagi nella popolazione infantile, ad esempio, il pediatra messinese scrive:

Cosa ci dicono i dati che riguardano i bambini e che provengono da Paesi molto diversi? Come prima cosa, è ormai certo che essi rappresentino una percentuale molto bassa dei casi documentati di COVID-19. Citiamo due studi, come esempio: i dati provenienti dalla città italiana di Vo, dove si è effettuato uno screening del 70% della popolazione, mostrano che nessun bambino di età inferiore a 10 anni è risultato positivo al tampone, nonostante un tasso positivo del 2,6% nella popolazione generale. Quasi contemporaneamente è stato pubblicato uno studio simile svolto in Islanda: anche in questo caso non sono state identificate persone COVID-positivo di età inferiore ai 10 anni. Questi studi confermano quindi la “riluttanza” dei bambini a infettarsi. Nella stessa direzione vanno i risultati presentati in una Research letter pubblicata su JAMA: gli autori del lavoro concludono che i bambini, oltre ad ammalarsi di meno, si infetterebbero anche di meno e sarebbero meno contagiosi.^{xxiv}

Conti Nibali prosegue affermando che per quanto i risultati delle ricerche, allo stato attuale, non possano dirsi definitivi, essi sembrano indicare chiaramente che il ruolo dei più piccoli nella trasmissione della malattia e nel contagio nei confronti degli adulti è decisamente limitato.^{xxv}

Una recente revisione sistematica della letteratura mostra che molto di rado il contagio parte dai bambini: gli autori ipotizzano che poiché essi, rispetto agli adulti, presentano meno sintomi da COVID-19 (come tosse e starnuti), anche la trasmissibilità dell'infezione sarebbe inferiore. Secondo gli autori è dunque improbabile che l'apertura delle scuole e degli asili porti a un incremento significativo della mortalità.^{xxvi}

Non solo. Il provvedimento di chiusura della scuola dello scorso marzo, se, nell'immediato, poteva apparire giustificato dalla drammaticità e, soprattutto, dalla scarsa conoscenza del virus, appare oggi, alla luce delle evidenze scientifiche, scarsamente produttivo. Infatti,

In una metanalisi appena pubblicata e che ha incluso 16 studi condotti in Cina, Singapore, Taiwan, l'efficacia della chiusura delle scuole nel contenimento del contagio durante le epidemie pregresse da Coronavirus (SARS, MERS) e in quella attuale è risultata sostanzialmente irrilevante. Un modello matematico applicato al Regno Unito ha evidenziato una stima massima di riduzione della mortalità del 2-4%, molto inferiore rispetto a quella ottenuta con altre misure di distanziamento sociale. Taiwan è inoltre tra i primi Paesi a essere usciti dall'epidemia dopo aver applicato diverse misure di isolamento sociale, senza però ricorrere alla chiusura generalizzata delle scuole, ma limitandosi a una sospensione delle attività interclasse, di quelle facoltative e di quelle sportive.^{xxvii}

Conseguentemente,

Tutti questi studi, le cui conclusioni vanno nella stessa direzione, supportano l'ipotesi che, anche se ci sono bambini asintomatici che frequentano le scuole, è improbabile che diffondano il contagio. Si tratta di osservazioni che mettono in seria discussione l'efficacia della chiusura degli istituti scolastici come misura per

ridurre la mortalità dell'epidemia.^{xxviii}

Considerazioni analoghe, del resto, sono espresse nel manifesto degli psicanalisti citato in precedenza, che basa anch'esso le sue conclusioni sulla più aggiornata letteratura pediatrica ed epidemiologica:

Gli studi sulla possibilità di infettarsi e trasmettere l'infezione da SARS-CoV-2 da parte di bambini e ragazzi sono ancora in evoluzione, ma la maggior parte di questi offre dati rassicuranti. Al momento i bambini e gli adolescenti rappresentano solo l'1-5% dei casi diagnosticati di COVID-19 e almeno il 90% hanno una malattia asintomatica o lieve (2,3). I bambini che sembrano essere a più alto rischio di malattia più grave sono i neonati di età inferiore all'anno, quelli che hanno condizioni mediche particolari o che assumono terapie immunosoppressive. Recenti studi affermano che i bambini sono meno portatori e sono meno contagiat. I bambini esprimono meno il recettore ACE2 – quello che il virus SARS-CoV-2 usa per infettare le cellule che rivestono la mucosa del naso e per questo si infetterebbero di meno, si ammalerebbero di meno e sarebbero anche meno contagiosi rispetto agli adulti. Su *Acta Paediatrica* è uscita recentemente una revisione sistematica che esamina gli aspetti di trasmissione Covid-19 dai bambini. Si osserva, grazie agli studi sulla trasmissione nelle famiglie, che raramente il contagio parte dai bambini. L'autore (Jonas F Ludvigsson) conclude affermando che sembra improbabile che l'apertura delle scuole e degli asili possa portare a un incremento significativo della mortalità.^{xxix}

Questo, sia chiaro, non significa ritornare a scuola come se nulla fosse. Occorrono misure precauzionali, ovviamente, ma ispirate all'ottimismo della scienza e al buon senso. Ancora Conti Nibali:

Alcune precauzioni, ovviamente, devono essere osservate: ad esempio lavarsi accuratamente le mani; vigilare affinché gli alunni con sintomi di malattia (febbre, raffreddore, tosse, vomito, diarrea...) non frequentino le lezioni; arieggiare frequentemente le aule e privilegiare la didattica all'aperto o in ambienti spaziosi, utilizzando anche nuove risorse in accordo con il territorio comunale (biblioteche, musei, parchi...). Al contempo, sarebbe importante rivedere alcune indicazioni recentemente fornite dal Comitato Tecnico Scientifico riguardo all'uso delle mascherine per i bambini della scuola primaria: tale misura, peraltro molto difficile da mettere in pratica in maniera corretta per tutte le ore di permanenza in classe, sembra sproporzionata rispetto alle evidenze scientifiche.^{xxx}

E Conti Nibali conclude anch'egli con un monito chiaro, che sottolinea l'assoluta urgenza del ritorno a una scuola a misura di studente:

Allo stato attuale delle conoscenze, è dunque auspicabile che le scuole riaprano senza ulteriori ripensamenti. Non si possono ignorare, infatti, le evidenze che si stanno accumulando su eventuali danni collaterali provocati nei bambini dal lockdown e soprattutto dalla chiusura prolungata di servizi educativi e scuole. Oltre al ritardo didattico, sono emerse preoccupanti manifestazioni di disagio psicologico, derivanti dalla prolungata mancanza di occasioni educative e di tempi adeguati di socializzazione.

È urgente far ripartire la scuola, se si vuole arginare una crisi educativa e sociale che rischia di avere pesanti conseguenze per tutti i bambini. La sospensione delle attività scolastiche e il successivo isolamento hanno determinato infatti una significativa alterazione della vita sociale e relazionale di bambini e ragazzi, determinando al contempo un'interruzione dei processi di crescita in autonomia e

di acquisizione di competenze e conoscenze, con ricadute educative, psicologiche e di salute che non vanno sottovalutate.

La scuola è il contesto in cui viene data la possibilità a ogni bambino di crescere e svilupparsi in modo ottimale. Nel nostro Paese, ancora oggi, si registrano profonde disuguaglianze sociali: dei 9.700.000 soggetti in età compresa tra 0 e 18 anni, 1.600.000 vivono in condizioni di povertà. Inoltre, circa 1.000.000 di individui in età evolutiva ha necessità assistenziali complesse; tra questi intorno al 20% presenta problemi neuropsichiatrici. La scuola, in tutti questi casi, costituisce un sostegno fondamentale, poiché non è soltanto un luogo di apprendimento, ma anche di protezione sociale, di promozione della salute e di supporto emotivo.

Le chiusure scolastiche generalizzate come risposta alla pandemia hanno rappresentato un rischio senza precedenti per l'educazione, la protezione e il benessere dei bambini.^{xxxix}

Sono numerosi i contributi che vanno nella stessa direzione. Alcuni, peraltro, sono citati nelle due principali fonti prese in considerazione in questo paragrafo. Piuttosto che proseguire con il loro elenco, però, credo opportuno chiudere con i risultati di un recentissimo sondaggio lanciato dal Dipartimento di Salute Pubblica dell'Istituto Mario Negri IRCCS.^{xxxix} L'indagine, ha visto come protagonisti gli alunni, costretti a fare video-lezioni, e i loro genitori, che hanno dovuto accompagnarli in questa avventura, conciliando l'impegno imprevisto, spesso con lo smart-working. L'indagine nazionale, diffusa nella settimana tra l'8 e il 15 maggio 2020 era rivolta alle mamme di ragazzi che frequentano la scuola primaria e secondaria di primo grado. Dalle 1601 risposte è emerso che:

[...] più della metà delle mamme risiedeva in Lombardia, la regione più colpita dal SARS-CoV-2 in Italia; c'è stata una risposta maggiore nel Nord rispetto al Sud, come d'altronde anche la distribuzione dei casi positivi di Covid-19; la maggioranza delle donne è rappresentata da lavoratrici in smart working e mamme di alunni delle elementari; è stato difficile conciliare gli impegni lavorativi con quelli DaD dei figli, anche a causa del diminuito aiuto dei nonni o di altre figure in supporto; per alcuni è stato complicato utilizzare la DaD, anche perché in alcuni casi c'era la necessità di condividere spazi, strumenti e tempi con fratelli e sorelle; un terzo dei bambini ha avuto difficoltà con le tecnologie e con la programmazione/gestione delle lezioni; un terzo degli alunni delle elementari non riusciva a rimanere concentrato davanti allo schermo per più di 20 minuti, generando quindi agitazione e impetuosità nei più piccoli mentre ansia negli alunni delle medie; gli alunni più fragili sono stati trascurati.^{xxxix}

Risultati, dunque, sostanzialmente negativi. Specie se messi in relazione con alcune situazioni particolari. Lo studio, infatti, ha riguardato in maniera più approfondita anche gli studenti disattenti e iperattivi assistiti dal Centro Regionale ADHD dell'Ospedale Santi Paolo e Carlo di Milano. Gli alunni di cui si parla sono quelli che già durante le normali attività in classe mostrano difficoltà ad adattarsi ai ritmi scolastici. La ricerca ha preso in esame un campione di 92 bambini con ADHD confrontati con bambini senza tale disturbo. Anche in questo caso, i risultati del sondaggio hanno evidenziato gli svantaggi della DAD, ovvero:

[...] perdita del contesto spaziale, sociale e temporale; distanza fisica dagli insegnanti; l'assenza di feedback non verbali (sguardo, contatto fisico); la distrazione generata dallo strumento didattico; la scarsa attrazione di interesse degli strumenti e modalità d'uso del materiale didattico.

Quattro le conclusioni tratte da tutte le informazioni raccolte: i bambini delle scuole elementari sono stati quelli che hanno incontrato più difficoltà;

la DAD poteva essere organizzata meglio riguardo alla gestione e alle proposte educative/formative; i genitori sono stati troppo coinvolti; gli alunni più fragili con ADHD sono purtroppo stati i più esclusi.^{xxxiv}

Maurizio Bonati, responsabile del Dipartimento Scuola dell'Istituto Mario Negri, commenta così i risultati della sua indagine: “A essere penalizzati gli alunni delle prime classi elementari che hanno vissuto una scuola che non è né luogo né tempo. E saranno loro, più che i ragazzini delle medie a pagarne le conseguenze. Per non parlare degli alunni fragili che sono stati abbandonati [...] Il diritto allo studio non è stato garantito a tutti gli scolari e questo ha creato ulteriori diseguaglianze”.^{xxxv} Chiaramente, il riferimento di Bonati rimanda anche agli studenti disabili, che durante la fase della DAD, hanno visto acuirsi in modo esponenziale le loro difficoltà, pur supportati, nella maggior parte dei casi, dalle famiglie e da un impegno notevole da parte degli insegnanti di sostegno.

4. Conclusioni

Alla luce di quanto esposto, credo si possa affermare che **la scuola** – e sento di scrivere un'ovvietà, ribadita centinaia di volte – come fatto notare anche nel presente contributo – in questi mesi da pedagogisti, pediatri, psicologi e intellettuali di varia estrazione e provenienza – **esiste solo nella dimensione della relazione viva e concreta tra tutti i suoi attori: alunni, docenti, dirigenti, segreteria, personale ATA**. E tale relazione può avvenire solo in presenza. Diversamente, non è scuola. Se ne facciano una ragione smartworkisti, teorici dell'emergenza ad oltranza, colleghi crocifissi dalla paura. La didattica a distanza è stata una misura emergenziale straordinaria e tale deve restare. Ci ha consentito di affrontare in qualche modo una situazione per la quale nessuno era preparato, okay. Ma basta. E dal momento che la Storia, drammaticamente, ci insegna che le misure prese nelle fasi emergenziali tendono a restare in atto anche ad emergenza conclusa, il mondo della Scuola deve farsi sentire e anche tanto.

E, a proposito di distanziamento, parto da quest'ultimo aspetto per illustrare alcuni punti fermi sulla 'ripartenza', quali sembrano emergere dalle evidenze riportate nel presente contributo:

1 – La scuola è una comunità educante che, dal nido all'università, esiste solo ed esclusivamente in presenza. Ogni altra soluzione deve essere rigettata fermamente.

2 – Il contenimento dei rischi epidemiologici, ovviamente, è opportuno. Tuttavia, deve essere chiaro che in nome di tale obiettivo non si devono sacrificare altri aspetti altrettanto fondamentali, quali una sana relazionalità e la cura nei confronti dei bisogni che vanno oltre quello del semplice 'restare in vita'. Diversamente, ripeto, corriamo il rischio di superare l'emergenza ma di creare problemi che sopravviveranno ben oltre la fine della stessa.

3 – Va posta grande, grandissima attenzione nei confronti dei rischi insiti in talune misure precauzionali che sembrano voler essere prese per affrontare la riapertura della Scuola 'in sicurezza': ci riferiamo, in particolare, a soluzioni quali divisori o gabbioni in plexiglass per i ragazzi più grandi, e a spazi delimitati in cui i bambini lavorino o studino da soli, mascherine durante le attività didattiche. Soluzioni inutili e dannose, che tenderebbero a innescare processi di isolazionismo e atomizzazione fortemente nefasti sul piano della crescita e dello sviluppo delle capacità relazionali. La salvaguardia dal virus non può e non deve incidere, più di quanto ha già fatto in pochi mesi, sul rapporto di fiducia che l'essere umano deve avere nei confronti del suo prossimo. Specie in una fase delicata come quella dell'età dello sviluppo.

Diversamente, ci saranno conseguenze che rasenteranno quelle di un vero e proprio mutamento antropologico verso il quale guardo con terrore.

4 – Va espresso un deciso 'No' ad atteggiamenti estremi nei confronti di chi tra gli studenti dovesse accusare improvvisamente sintomi influenzali o similari durante le attività scolastiche. È sufficiente quello che si è sempre fatto: avvisare la famiglia, fare un permesso di uscita e mandare il ragazzo a scuola accompagnato da un familiare.

5 – Infine, ma qui – me ne rendo conto – siamo in un terreno più utopico (nel senso positivo del termine) speriamo che questa drammatica esperienza serva per ripensare a fondo la natura della Scuola nel nostro Paese e il ruolo imprescindibile che essa svolge per la società, auspicando una serie massiccia di interventi sul piano strutturale: dall’edilizia scolastica all’assunzione di nuovo personale, passando per una rivisitazione di aspetti quali un tetto massimo di 15-20 alunni per classe, ad esempio (soluzione che andrebbe anche nella direzione di evitare sovraffollamenti che potrebbero facilitare la diffusione di questo o di altri virus).

Al di là delle dichiarazioni programmatiche, in ogni caso, quello che conta è prendere coscienza di un’ovvietà, che però, forse proprio perché ovvia, mai ho percepito così trascurata come negli ultimi mesi: la Scuola prepara gli uomini di domani. Sta a noi decidere a quale umanità consegnare il destino dei nostri figli e dei nostri nipoti.

B- SEZIONE GENITORI

AUTORI:

1. Elena Izzo, impiegata, residente a Roma;
2. Ezio Barraco, cameriere, residente a Marsala.

Come genitori abbiamo seguito l'inizio e la diffusione di questo virus con preoccupazione e molta attenzione ma con la scoperta di nuove terapie ,come quella del prof. Giuseppe De Donno del Carlo Poma di Mantova e con la graduale riduzione dei contagi e dei decessi, abbiamo poi riacquisito la giusta serenità. Ogni genitore sa per esperienza che un ragazzo ama giocare assieme, abbracciarsi, scambiarsi il panino, gli appunti e studiare insieme.

Abbiamo visto che la didattica a distanza ha dimostrato tutti i suoi limiti. Le connessioni alle piattaforme utilizzate per la DAD erano totalmente a carico delle famiglie, non avvenivano in modo regolare, spesso a singhiozzo e non riguardavano tutte le materie. Vedevamo i nostri figli spegnersi giorno dopo giorno. I ragazzi con disabilità sono stati poi completamente abbandonati a sé stessi, privati di qualunque sostegno tecnico.

Non sempre riusciamo a seguirli in tutto, ma cerchiamo sempre di aiutarli, incoraggiarli e difenderli da qualunque pericolo. Nessuno ha più a cuore di noi la loro salute fisica, emotiva, morale, mentale e spirituale.

Anche Voi siete dei genitori, fate che i nostri figli possano ritornare a scuola con serenità e semplicità, nell'affetto e senza nessuna paura.

C- SEZIONE MEDICA

AUTORI:

1. Prof. Pasquale Mario Bacco, medico ricercatore e professore a contratto presso la School of Management dell'università Lum Jean Monnet di Bari ;
2. Dott. Sergio Conti Nibali, medico pediatra presso l' asp n° 5 di Messina e direttore di UPPA Magazine, rivista specializzata in genitorialità e infanzia;
3. Dott.ssa Loretta Bolgan, dottore in chimica e tecnologia farmaceutiche, dottorato in scienze farmaceutiche, consulente scientifico.

C1 – Relazione del Prof. Pasquale Mario Bacco

Come professionisti che operano quotidianamente a contatto con la realtà sanitaria e che hanno quindi conoscenza diretta dell'emergenza sanitaria che stiamo vivendo, riteniamo doveroso sottoporre alla Sua attenzione alcune riflessioni e domande circa le misure adottate dagli Enti istituzionali a contenimento del contagio, quale nostro contributo.

Crediamo in primo luogo che sia necessario chiarire in modo univoco, chiaro e scientificamente credibile che il Covid-19 ha dimostrato di essere una forma influenzale non più grave degli altri Coronavirus stagionali: nonostante l'OMS abbia dichiarato l'emergenza pandemica l'11 Marzo^{xxxvi}, le cifre ufficiali dei deceduti, dei contagiati e dei guariti contraddicono la definizione stessa di "pandemia"^{xxxvii}.

Occorre dare informazioni corrette e fornire criteri di comprensione dei dati reali, evitando che i media diffondano notizie allarmanti, a nostro parere assolutamente ingiustificate. La banalizzazione statistica dei decessi è la sintesi di una comunicazione istituzionale che ha impedito, per tutta l'emergenza ed ancora oggi, di avere una chiara sintesi della situazione, portando ad un circolo vizioso in termini di provvedimenti sanitari e di impatto sociale.

In particolare è indispensabile precisare:

- che il **totale dei deceduti** per qualsiasi patologia o per morte naturale, quotidianamente annunciato nei "bollettini di guerra" diffusi dai media, non deve essere inteso come unicamente riferito al Covid-19 o a patologie concomitanti;
- quale percentuale della mortalità sia determinata dai **deceduti per Covid-19** (solo per Covid-19) e quanto essa si discosti dalle medie ufficiali degli anni precedenti per patologie analoghe^{xxxviii};
- quali siano i reali motivi per cui **in alcune zone del Nord Italia** si è registrata una diffusione tanto abnorme ed una letalità tanto più alta rispetto ad altre zone del paese, persino limitrofe;
- che i **tamponi** effettuati per rilevare la positività al virus danno una percentuale di

“falsi positivi” e “falsi negativi”^{xxxix}, per cui possono risultare “contagiati” soggetti che non lo sono; di conseguenza, le percentuali ricavate dal numero dei tamponi vanno interpretate e spiegate tanto agli operatori sanitari quanto ai media e alla popolazione, evitando inutili allarmismi;

- che gli **esami sierologici** effettuati devono essere parimenti interpretati, chiarendo che quanti risultano positivi all’IGG non costituiscono un pericolo per la popolazione, ma anzi un elemento che conferma che la diffusione del Covid-19 sta esaurendosi, come normalmente accade per patologie simili.

È inoltre necessario chiarire:

- quali siano i criteri adottati per la creazione delle **proiezioni elaborate dagli esperti** e quale conferma nei dati reali oggi disponibili abbiano sinora avuto queste proiezioni;
- quali siano i titoli e quale sia l’autorevolezza e l’esperienza dei **membri della Commissione** incaricata di proporre misure di contenimento dell’epidemia; quali i criteri di selezione adottati per formare la Commissione e se sussistano dei **conflitti di interesse** che possano in qualche maniera orientarne le scelte e le decisioni;
- quale sia il motivo per cui si è deciso di non tenere in considerazione gli **studi e i rilievi di medici e specialisti impegnati sul campo**, privilegiando l’impostazione opinabile degli “esperti” anche laddove contraddetta da casi documentati^{xi}; anche il ricorso all’uso dei ventilatori polmonari^{xli} pare quantomeno controverso;
- per quale motivo si siano sottovalutati o ritardati i **ruoli di profilassi e terapia** di farmaci e metodiche anche ben conosciute e rivelatesi efficaci in molteplici occasioni^{xlii}; questa scelta ha determinato evitabili esiti infausti e lunghe ospedalizzazioni, mentre i pazienti avrebbero potuto esser trattati con ricoveri a domicilio senza gravi complicazioni;
- per quale motivo si siano impediti gli **esami autoptici**, che si sono invece rivelati, quando effettuati, una fonte insostituibile di preziosissime informazioni e che hanno consentito di scoprire che la causa principale dei decessi non era la virulenza della patologia, ma una sua errata cura^{xliii};
- vogliamo inoltre evidenziare, in molti casi, **il rallentamento delle diagnosi e delle procedure terapeutiche per patologie diverse e un dirottamento delle risorse verso una sola patologia**. Emblema di questa situazione è la realizzazione di strutture ospedaliere riservate alla sola emergenza Sars- cov2, presso le quali si sono ricoverati pochi pazienti e che ora sono in gran parte chiuse;
- per quale motivo si siano date disposizioni, su indicazione dell’OMS, di **trasferire i pazienti anziani nelle RSA**, con le conseguenze ben note;
- quante siano state le salme di persone dichiarate decedute per Covid-19 per le quali si è imposta la **cremazione**, e su quali basi scientifiche si sia deciso di ricorrere a questo provvedimento (con le sue molteplici implicazioni) che è previsto per i casi di eziologia batterica;
- per quale motivo si continui ostinatamente a “minacciare” futuri, possibili **scenari di inasprimento delle misure di contenimento**, come se l’epidemiologia dipendesse solo dalla mancata ottemperanza di disposizioni sanitarie la cui efficacia è quantomeno dubbia: nessuna evidenza scientifica permette di affermare che in questo stadio dell’epidemia sia ancora necessario mantenere le distanze di sicurezza, usare mascherine, indossare guanti oltre a curare l’igiene delle mani^{xliv};

- chi siano i cosiddetti esperti che hanno suggerito al Ministero di imporre **l'uso delle mascherine e del distanziamento sociale anche agli alunni delle scuole**, alla riapertura di settembre: queste scelte devono essere giustificate ed eventualmente - in presenza di elementi che ve ne consiglino il ricorso - immediatamente revocate.
- Inoltre, chiediamo per quale motivo si sia attuata una **politica del terrore ed una grave mistificazione della realtà**, descrivendo il Covid come un mostro anziché una seria epidemia da affrontare con i mezzi normali della medicina e che a maggior ragione non rappresenta un pericolo nella cosiddetta “fase 2”. Facciamo presente che questa strategia, secondo studi recenti, può aver comportato un **aumento del numero dei suicidi^{xlv} e di psicopatologie^{xlvi}**. Di questi effetti collaterali dovrà risponderne chi, immotivatamente, ha creato un allarme infondato sotto il profilo clinico ed epidemiologico.
- Chiediamo di rendere conto ai cittadini - con argomentazioni scientifiche credibili - delle ragioni che hanno condotto all'**imposizione di distanziamenti sociali e forme di isolamento in quarantena per soggetti positivi ancorché non malati**.
- Chiediamo parimenti il motivo per cui alla popolazione non siano state date tempestive, adeguate e complete informazioni sul valore preventivo delle **misure di igiene e profilassi** all'interno delle abitazioni e RSA, dell'igiene orale ivi compresi i risciacqui con liquidi ad azione antivirale, delle **diete** più indicate per la prevenzione delle malattie infettive e loro complicazioni, delle **attività di esercizio fisico** più salutari, dei pericoli del **fumo** e dell'**inquinamento** nel determinare la gravità della malattia.
- Vogliamo inoltre conoscere quale sia la base scientifica che ha condotto a decidere di imporre **l'uso di mascherine** che - se fossero realmente efficaci - non avrebbero comunque un'utilità pratica e richiederebbero comunque di esser sostituite frequentemente; e che - laddove non efficaci, come nel caso dei più comuni modelli distribuiti o addirittura delle mascherine *fai-da-te* - sembrano costituire più che altro una “drammatizzazione” del clima di terrore deliberatamente imposto, senza alcuna motivazione reale.
- Facciamo presenti le **implicazioni sulla salute dei cittadini**, costretti ad indossare per ore la mascherina, con i rischi ben noti che questo comporta:,
- tra cui ipercapnia e sovrainfezioni da microrganismi^{xlvii}. Segnaliamo altresì che in questi giorni vanno aumentando i casi di ricovero di soggetti debilitati dall'uso prolungato delle mascherine^{xlviii}, anche in concomitanza con le temperature esterne. La stampa ha riportato anche casi di morti che potrebbero essere legate all'uso della mascherina durante attività lavorative, motorie o sportive^{xlix}.
- Chiediamo il motivo per cui, sulla base di decisioni assunte da “esperti”, si è deciso di blindare il Paese, generando una gravissima crisi sociale ed economica che molto probabilmente si sarebbe potuta evitare o quantomeno limitare. Anche la decisione di **non differenziare le misure di contenimento** su base geografico-epidemiologica non appare fondata su valide e condivisibili ragioni tecnico-scientifiche.
- A tutt'oggi persistono, nonostante un quadro sanitario nettamente positivo, un numero impressionante di obblighi e divieti che non trovano alcuna legittimazione scientifica e tantomeno giuridica.
- Persiste invece una regolamentazione confusa, contraddittoria e priva di giustificazione per chi ha un quotidiano e diretto riscontro con la situazione dei pazienti.

Alla luce delle considerazioni sopra evidenziate se il Governo ed il Ministero della salute dovessero perseverare nel porre in essere provvedimenti:

- **senza un confronto con i medici che operano sul territorio,**
- **senza aver analizzato quanto oggi denunciato,**
- **senza aver verificato i dati “snocciolati” alla popolazione all’interno di un quadro generale di riferimento comparato con i dati di altri momenti storici, darebbero vita ad un’ulteriore serie di atti illegittimi per abuso ed eccesso di potere, violazione di legge, violazione dei principi di adeguatezza e proporzionalità, irragionevolezza e sviamento.**

GLI ISTANTI NELLA LORO QUALITÀ À DI MEDICI E DI CITTADINI DIRETTAMENTE COLPITI DALL’ODIERNAAZIONE DI GOVERNO

CHIEDONO

che il Governo, il Ministero della Salute e le Autorità amministrative oggi interpellate,

VOGLIANO

indicare con quale atto e/o determina

- siano stati adottati i criteri per la creazione delle proiezioni elaborate dagli esperti con espressa indicazione dei criteri utilizzati;
- abbia previsto l’adozione di provvedimenti limitativi degli esami autoptici;
- abbia previsto di disporre la cremazione delle salme con espressa indicazione dei criteri utilizzati e degli atti presupposti per arrivare alla predetta determinazione;

quale ente, funzionario, responsabile del procedimento ovvero atto e/o determina abbia fornito:

- la conferma nei dati reali oggi disponibili e dei dati utilizzati per i provvedimenti governativi di questi ultimi 3 mesi;
- i dati e gli studi posti alla base delle indicazioni di possibili scenari di inasprimento delle misure di contenimento;
- indicazioni in ordine alla necessità di imporre l’uso delle mascherine e del distanziamento sociale anche agli alunni delle scuole, alla riapertura di settembre;
- indicazioni in ordine alla necessità all’imposizione di distanziamenti sociali e forme di isolamento in quarantena per soggetti positivi;
- le indicazioni poste alla base della decisione di non differenziare le misure di contenimento su base geografico-epidemiologica;

INOLTRE

ai sensi dell'art. 5, L. 241/1990, chiedono che venga indicato il nome del funzionario responsabile del procedimento in relazione all'odierna istanza in autotutela ed a norma dell'art. 328 del codice penale, e diffidano il responsabile del competente servizio a compiere gli atti del suo ufficio o ad esporre le ragioni del ritardo entro il termine di giorni trenta dalla ricezione della presente richiesta, con l'avvertimento che in difetto sarà presentato esposto alla competente autorità giudiziaria.

CHIEDONO

che il Governo, il Ministero della Salute e le Autorità amministrative oggi interpellate,

VOGLIANO

alla luce delle motivazioni evidenziate,

IN AUTOTUTELA,

REVOCARE I PROVVEDIMENTI FINO AD OGGI EMESSI SULLA BASE DI UNA DICHIARAZIONE DI UNO STATO DI EMERGENZA DI CUI OGGI NON SUSSISTANO PIÙ NEMMENO I PRESUPPOSTI DI FATTO,

CHIEDENDO

al Governo di assumere decisioni politiche che siano fondate su dati reali e soprattutto che siano correttamente esaminati e contestualizzati. Chiediamo al Governo di non trincerarsi dietro facili e prudenziali provvedimenti dettati da tecnici che non hanno una visione complessiva del Paese, che invece dovrebbero avere coloro che li hanno nominati.

Confidiamo, in spirito di sincera collaborazione, di ricevere una risposta a queste nostre osservazioni, la qual cosa consentirà di porre fine alle pericolose speculazioni di chi, dinanzi a tanto diletterantismo, solleva il dubbio che il Covid-19 venga utilizzato per secondi fini.

La sospensione dei servizi educativi per l'infanzia e delle attività didattiche nelle scuole di ogni ordine e grado è stata tra i primi interventi adottati con il Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 04 marzo 2020 allo scopo di contenere e gestire l'emergenza da COVID-19. L'urgenza di tale decisione fu presa allo scopo di favorire un immediato distanziamento fisico tra le persone, quale elemento chiave per contrastare la circolazione del virus SARS-CoV-2 nella popolazione, in considerazione delle caratteristiche intrinseche di prossimità e aggregazione delle attività di apprendimento in ambito scolastico. Fu anche considerato l'impatto della mobilità per l'espletamento delle attività scolastiche sulla mobilità della popolazione generale. Al momento in cui fu emanato il decreto le informazioni che riguardavano la diffusione e la trasmissione del virus erano ancora precarie, per cui la chiusura di tutte le attività didattiche era da considerare come una giusta precauzione, nonostante la mancanza di prove di efficacia dell'intervento. La decisione adottata dall'Italia era, del resto, in linea con le misure assunte anche dalla maggior parte delle altre Nazioni.

Oggi le conoscenze sono aumentate, per cui le informazioni che disponiamo ci possono aiutare a comprendere meglio le modalità di contagio e di diffusione del virus e, conseguentemente, a orientare i nostri governanti nelle scelte per il contenimento del contagio.

Cosa ci dicono i dati che riguardano i bambini e che provengono da paesi molto diversi e sparsi nel mondo? Come prima cosa oggi sappiamo che i bambini rappresentano una percentuale molto bassa di casi documentati di COVID-19 e questa è ormai da ritenere una certezza. La ricerca, adesso, si sta concentrando sul ruolo che i bambini assumono nella trasmissione della malattia; in questo caso i dati non sono conclusivi, ma comunque sembrano suggerire in maniera sempre più evidente che anche sotto questo profilo i bambini hanno un ruolo molto limitato.

Una recente revisione sistematica della letteraturaⁱ mostra che molto raramente il contagio parte dai bambini; gli autori ipotizzano che poiché i bambini hanno meno sintomi da COVID-19, come tosse e starnuti, rispetto agli adulti, questo comporta probabilmente una minore trasmissibilità. Gli autori affermano che sembra improbabile che l'apertura delle scuole e degli asili possa portare ad un incremento significativo della mortalità. A avvalorare questa ipotesi, uno studio condotto in Cinaⁱⁱ ha esaminato 4950 contatti stretti ha studiato la modalità di contatto e le caratteristiche cliniche: conclude che esiste una forte associazione tra gravità della malattia e trasmissione COVID-19. Esistono anche molti studi sulla trasmissione familiare del virus; alcuni sembrano dimostrare che la possibilità di trasmissione dai bambini agli adulti è molto ridotta e che non ci sono casi di trasmissione da bambino a bambinoⁱⁱⁱ. Uno studioⁱⁱⁱⁱ ha identificato 31 gruppi di trasmissione domestica in Cina, Singapore, Stati Uniti, Vietnam e Corea del Sud: solo in 3 famiglie (9,7%) il bambino era il caso indice (il caso primario). In uno studio di 66 gruppi familiari non è stato trovato alcun caso in cui il bambino fosse il caso indice e in un studio di 419 cluster domestici non si sono individuati casi di età inferiore ai 15 anni. Il Covid-19 sembra comportarsi in maniera molto diversa da altri virus, se è vero che nel caso dei virus dell'influenza H5N1 ci sono studi che mostrano che i bambini rappresentano il caso indice in oltre il 50% dei casi^{lv}. In una metanalisi appena pubblicata e che ha incluso 16 studi condotti in Cina, Singapore, Taiwan^{lv} l'efficacia della chiusura delle scuole nel contenimento del contagio nelle pregresse (SARS, MERS) e nell'attuale epidemia da coronavirus è risultata sostanzialmente irrilevante. Con una stima massima di una riduzione della mortalità del 2-4%, in un modello matematico applicato al Regno Unito. Taiwan vanta tra i primi l'uscita dall'epidemia avendo applicato misure di isolamento sociale senza il ricorso alla chiusura generalizzata delle scuole e avendo limitato l'intervento in questa sede a una sospensione delle attività interclasse, di quelle facoltative e di quelle sportive.

Altri report descrivono una possibilità di trasmissione del virus molto limitata tra bambini e da bambini ad adulti: un bambino di 9 anni che aveva frequentato 3 scuole in Francia mentre

aveva sintomi di COVID-19 non ha contagiato nessuno dei suoi 112 contatti scolastici^{lvi}. Un altro studio realizzato in Australia ha descritto il caso di 9 studenti delle scuole primarie e superiori e 9 insegnanti con infezione da COVID-19^{lvii} che hanno avuto contatti con 735 studenti e 128 dipendenti: solo 2 bambini hanno contratto la malattia e nessuno tra gli insegnanti. In Svezia, dove le scuole non sono state chiuse, non ci sono notizie di focolai di COVID-19 all'interno delle comunità scolastiche. I dati provenienti dalla città italiana di Vo, dove si è effettuato uno screening del 70% della popolazione, mostrano che nessun bambino con età inferiore a 10 anni è risultato positivo al tampone, nonostante un tasso positivo del 2,6% nella popolazione generale^{lviii}. Quasi contemporaneamente è stato pubblicato uno studio simile^{lix} svolto in Islanda: anche in questo caso non sono stati identificati bambini Covid-positivi con età inferiore ai 10 anni. Entrambi questi studi confermano quindi la "riluttanza" del bambino a infettarsi. Nella stessa direzione vanno anche i risultati presentati in una Research letter pubblicata su JAMA^{lx}, supportando l'ipotesi della minore suscettibilità dei bambini all'infezione. Anche gli autori di questo studio concludono quindi che i bambini, oltre ad ammalarsi di meno, si infetterebbero anche di meno e sarebbero meno contagiosi. Tutti questi studi, le cui conclusioni vanno nella stessa direzione, supportano l'ipotesi che, anche se ci sono bambini asintomatici che frequentano le scuole, è improbabile che diffondano il contagio; in definitiva mettendo in seria discussione l'efficacia della chiusura delle scuole nel ridurre la mortalità da Covid-19.

A questo punto appare indispensabile che le decisioni che riguardano le future azioni da intraprendere per il contenimento della pandemia devono tenere conto di queste vaste e rassicuranti evidenze scientifiche; in particolare rispetto alle modalità di riapertura della Scuola. Sembra ovvio che alcune precauzioni debbano essere osservate: ad esempio il lavaggio accurato delle mani, vigilare perché gli alunni con sintomi non frequentino la scuola, arieggiare frequentemente le aule scolastiche e privilegiare gli ambienti spaziosi e all'aperto. Al contempo, sarebbe importante rivedere alcune indicazioni recentemente fornite dal Comitato Tecnico Scientifico^{lxi} riguardo all'uso delle mascherine anche per i bambini delle scuole elementari: tale ulteriore misura, peraltro molto difficile da attuare correttamente per tutte le ore di permanenza a scuola, sembra sproporzionata rispetto alle attuali evidenze scientifiche. In ogni caso è auspicabile che, a meno di dati aggiornati che smentiscano tutta la mole di informazioni finora accumulate, le scuole riaprano senza ulteriori ripensamenti. Non si possono, infatti, ignorare le evidenze che si stanno accumulando sui danni collaterali provocati nei bambini dalle conseguenze del lockdown e soprattutto della chiusura prolungata di servizi educativi e scuole^{lxii}. Oltre al ritardo educativo sono emerse preoccupanti manifestazioni di disagio psicologico non sempre reversibili, derivanti dalla prolungata mancanza di apporti educativi e di tempi adeguati di socializzazioni. E' urgente far ripartire la Scuola senza ulteriori ritardi se si vuole evitare che alla crisi sanitaria ed economica se ne aggiunga una educativa e sociale dalle conseguenze pesanti per tutti i bambini^{lxiii}. La sospensione delle attività scolastiche e il successivo isolamento hanno determinato una significativa alterazione della vita sociale e relazionale di bambini e ragazzi determinando al contempo una interruzione dei processi di crescita in autonomia, di acquisizione di competenze e conoscenze, con conseguenze educative, psicologiche e di salute che non possono essere sottovalutate. La scuola è il contesto in cui ad ogni bambino viene data la possibilità di crescere e svilupparsi in modo ottimale; ancora oggi nel nostro Paese si registrano disuguaglianze che coinvolgono i bambini in particolare nelle aree gravate da disagio, degrado, povertà e difficoltà sociali. In Italia dei 9.700.000 soggetti in età compresa tra 0 e 18 anni, 1.600.000 sono in condizioni di povertà. Inoltre circa 1.000.000 di soggetti in età evolutiva hanno necessità assistenziali complesse, tra questi il 20% circa con problemi neuropsichiatrici: la Scuola rappresenta un'argine, talvolta l'unico, a queste difficoltà, in quanto luogo non solo di apprendimento, ma anche di protezione sociale, di sostegno all'alimentazione specie per alcune fasce di popolazione, di salute e di supporto emotivo. Le chiusure scolastiche globali in risposta alla pandemia hanno rappresentato un rischio senza precedenti per l'educazione, la protezione e il benessere dei bambini.

PREFAZIONE ALL'EBOOK COVID-19
(Allegato n. 1)

Siamo ormai consapevoli tutti (o dovremmo esserlo) che l'epidemia di COVID-19 non può essere considerata soltanto come un'influenza stagionale più grave delle precedenti, perché ha modificato in maniera irreversibile la nostra società, sia italiana che mondiale, ne ha fatto emergere i punti deboli e le criticità note da tempo, e li ha fatti collassare sotto la spinta di un'emergenza sanitaria che in un sistema efficiente sarebbe stata facilmente gestibile.

Lo scopo della revisione della letteratura che vi propongo è di presentare le evidenze scientifiche ad oggi disponibili per fare più chiarezza su tanti punti ancora oggetto di discussione, nella speranza di poter essere maggiormente preparati nell'eventualità che si ripresenti la medesima situazione, della quale ora possiamo cominciare ad analizzare i danni in termini di vite umane, sociali, economici e di scelte politiche più o meno criticabili.

Come ho scritto sopra, personalmente considero il cambiamento in atto irreversibile e pensare di agire (o reagire) per tornare alla normalità, intendendo per "normalità" la società esistente prima del COVID-19, non è a mio avviso realistico e nemmeno auspicabile.

Ora è necessario cambiare i paradigmi scientifici e i modelli culturali, educativi, economici e politici che hanno governato finora la nostra società in maniera fallimentare. Il collasso e la disfunzionalità di questi modelli sono sotto gli occhi di tutti nella loro drammaticità, di cui peraltro molti non hanno ancora la piena consapevolezza.

Questi sono i motivi di base che mi hanno portato a lavorare con dedizione su questo argomento tanto complesso. I vari capitoli che verranno divulgati non saranno definitivi, ma costituiranno la base per una sorta di lavoro "in progress" che spero si possa arricchire dell'esperienza di chi ha vissuto in prima persona l'evento COVID-19, e quindi sarà aperto a revisioni critiche, aggiornamenti e confronti con chi si è trovato (o potrebbe trovarsi ancora) ad affrontare l'emergenza, la cui gravità è innegabile che sia stata legata più all'incapacità di gestirla in maniera appropriata ed efficiente che alla severità della malattia in sé.

Purtroppo mancano ancora molti dati fondamentali, e quelli esistenti sono spesso contraddittori. Gran parte dell'imponente mole di letteratura scientifica disponibile è tuttora pubblicata senza revisione peer review, e quindi è molto difficile estrarre le informazioni corrette su cui poter basare delle scelte che potrebbero avere delle ricadute importanti sulla vita di tutti, tuttavia spero che quanto metterò a disposizione senza limitazioni alla divulgazione e all'utilizzo, possa contribuire a realizzare questo obiettivo.

Dopo la revisione della letteratura sul vaccino contro il COVID-19, il lavoro che presenterò si articolerà in vari capitoli che saranno divulgati nel sito di Rinascimento Italia (<https://rinascimentoitalia.it/>) man mano che saranno completati.

In particolare, l'ebook sul COVID-19 comprenderà i seguenti capitoli:

- **Capitolo 1: Presentazione clinica e immunopatogenesi**

La presentazione clinica, risultati istopatologici delle autopsie, il meccanismo d'induzione del danno dal punto di vista immunologico e nelle varie popolazioni (bambini, anziani, donne in

gravidanza, differenza di genere).

- **Capitolo 2: Patologie multiorgano**

Apparato respiratorio, apparato gastrointestinale, apparato cardiovascolare, sistema nervoso, reni, fegato, e altri organi bersaglio.

- **Capitolo 3: I fattori di rischio**

Co-patologie; fattori ambientali; fattori di predisposizione individuale.

- **Capitolo 4: Il virus SARS-Cov-2**

Genetica del virus, i test di laboratorio (RT-PCR, sequenziamento, sierologico).
Trasmissione e misure di contenimento.

- **Capitolo 5: test diagnostici e terapie**

I test per la diagnosi dell'infezione da SARS-Cov-2 e delle complicanze del COVID-19. Le terapie convenzionali e sperimentali. La prevenzione.

ESTRATTO DEL CAPITOLO 1 - PRESENTAZIONE CLINICA E IMMUNOPATOLOGIA

La stagione influenzale 2019/2020 è stata contraddistinta da un evento epidemico anomalo e che ha colto impreparata dal punto di vista organizzativo gran parte della popolazione mondiale.

Sappiamo tutti però che questo evento era già stato preannunciato da tempo e collegato alla pandemia del 1918, tristemente nota come *“la spagnola”*, che ha mietuto decine di milioni di morti, ed è rimasta nel ricordo collettivo come una delle tragedie più grandi causate da un agente infettivo pandemico.

Negli ultimi 15 anni, dopo l'epidemia di SARS e la pandemia da H1N1, i centri di ricerca e le industrie farmaceutiche hanno deciso di investire in maniera consistente nello studio dei virus pandemici e per lo sviluppo dei loro vaccini,^{lxiv} con un crescendo di allerta da parte del mondo scientifico e dei media, per l'arrivo in un futuro molto prossimo, di una pandemia simil-spagnola, con proiezioni di mortalità globali devastanti (fortunatamente finora disattese).^{lxv}

Dopo tanto lavoro di ricerca, la pandemia è (quasi) arrivata:

Il **31 dicembre 2019** la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) ha segnalato all'Organizzazione Mondiale della Sanità un cluster di casi di polmonite ad eziologia ignota nella città di Wuhan, della provincia cinese di Hubei.

Il **9 gennaio 2020**, il CDC cinese ha riferito di aver identificato un nuovo coronavirus (denominato dal Comitato internazionale per la tassonomia dei virus SARS-CoV-2: sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2) come agente causale della malattia respiratoria poi denominata Covid-19 (**CO**rona**VI**rus **D**isease **19**)

Il **30 gennaio** l'OMS ha dichiarato l'epidemia di Coronavirus in Cina un'emergenza internazionale di salute pubblica. L'OMS ha successivamente elevato la minaccia per l'epidemia di coronavirus a livello "molto alto" il 28 febbraio 2020.

L'**11 marzo 2020** il direttore generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus ha definito la diffusione del Covid-19 non più una epidemia confinata ad alcune zone geografiche, ma una pandemia diffusa in tutto il pianeta.^{lxvi}

I primi due casi di Coronavirus in Italia, una coppia di turisti cinesi, sono stati confermati il **30 gennaio** dall'Istituto L. Spallanzani di Roma, dove sono stati ricoverati in isolamento dal 29 gennaio e dichiarati guariti il 26 febbraio. Il primo caso di trasmissione secondaria si è verificato a Codogno, Comune della Lombardia in provincia di Lodi, il **18 febbraio 2020**.

Il Governo italiano ha dichiarato il **31 gennaio** lo **Stato di emergenza**, stanziato i primi fondi e nominato Commissario straordinario per l'emergenza il Capo della protezione civile Angelo Borrelli.

Con il decreto del Capo del Dipartimento della protezione civile del **5 febbraio 2020** è stato istituito un Comitato tecnico-scientifico per fronteggiare emergenza, poi ampliato con ordinanza del 18 aprile 2020.

Come previsto dal Decreto legge 18 del 2020, il Presidente del Consiglio dei Ministri con decreto del **18 marzo 2020** ha nominato Domenico Arcuri Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19.^{lxvii}

La presentazione clinica

A livello mondiale si registrano (23 giugno 2020) **473.713 decessi** e circa **9 milioni di casi totali associati al COVID-19**.

È necessario però sottolineare fin d'ora che ad oggi non è ancora possibile avere la stima esatta dei decessi associati in maniera causale all'infezione di SARS-Cov-2, come non è ancora noto quanti asintomatici (cioè persone sane alle quali è stata riscontrata la presenza del virus) sviluppano la malattia da lieve a fatale, se gli asintomatici sono contagiosi ed eventualmente con quale probabilità e modalità sono in grado di infettare.

Questa mancanza di dati fondamentali si scontra con la definizione di caso internazionale in base alla quale “viene considerato caso confermato una persona con una conferma di laboratorio del virus che causa COVID-19 a prescindere dai segni e sintomi clinici”, in quanto il test di laboratorio che permette di individuare la presenza del virus non dà alcuna informazione sulla contagiosità del virus e nemmeno se la persona sta sviluppando la malattia, e quindi si scontra anche con le misure di contenimento adottate (lockdown e quarantena, uso di dispositivi individuali di protezione) le quali sono state in parte giustificate solo inizialmente quando non erano ancora note le caratteristiche patologiche del COVID-19 e la pericolosità del virus infettivo.

Ora, qualsiasi nuova azione di contenimento va supportata con i dati mancanti, altrimenti non è più in alcun modo giustificabile.

I dati che cominciano però ad emergere sono che sul campione italiano di persone con COVID-19, esclusi i casi guariti e deceduti (20.940 casi al 16.06.2020) circa il 2% presentava la patologia con un quadro clinico critico.

Questo dato però è molto probabilmente sovrastimato perché non sappiamo il numero totale delle persone positive al SARS-Cov2, e bisognerà attendere che siano disponibili i dati accurati sulla mortalità per tutte le cause per poter sapere quanti sono stati i decessi in eccedenza associabili al COVID-19 rispetto le stagioni influenzali precedenti.

Un'altra informazione importante è che le complicazioni fatali colpiscono in gran parte i pazienti con più di 70 anni (età mediana 82 anni) e con 2-3 patologie invalidanti.^{lxviii}

Ciò sta a significare che **l'infezione virale da sola non è responsabile della complicazione severa-fatale della malattia**, ma che anzi la sola fase virale non causa alcuna patologia importante e per gran parte della popolazione è addirittura asintomatica.

Va invece presa in considerazione con urgenza nei soggetti a rischio (anziani e con patologie) la fase secondaria della malattia sintomatica, cioè la complicazione che si manifesta con un quadro clinico ora sempre più ben definito, oggetto del capitolo presentato.

Si sottolinea fin d'ora che il test del tampone (RT-PCR) **non è un test di diagnosi** della malattia, ma rileva solo la presenza del virus; cioè essere positivi al virus non significa affatto che la persona è ammalata o potrà sviluppare la malattia, né che può contagiare i suoi contatti.

Quindi i soggetti positivi sono tutti da considerarsi casi **con** il virus ma non di malattia, a meno che non sia stata fatta un'accurata diagnosi clinica e di laboratorio di COVID-19.

La criticità delle autopsie

Le cause dei decessi **non sono state confermate** dall'esito dell'autopsia e della ricerca del virus infettivo nei tessuti per la maggior parte dei deceduti.

Mancano ad oggi indici biochimici che possano essere usati come marcatori dell'infezione da SARS-Cov-2 correlati con le funzioni degli organi colpiti, cioè mancano analisi che associno la presenza del virus e la carica virale nei tessuti con la gravità della malattia.

Questi studi sono fondamentali per comprendere quanto il virus contribuisca all'insorgenza della malattia e soprattutto alle sue complicazioni gravi.^{lxi}

Il SARS-Cov-2 è stato classificato come **agente infettivo di classe 3** (patogeni che costituiscono un elevato rischio individuale e un basso rischio collettivo) e richiede un **livello di biosicurezza 3** per lo svolgimento delle autopsie (cappe di sicurezza per tutte le procedure, DPI (dispositivi di protezione individuale) speciali, accesso controllato, ventilazione senza ricircolo).

Questi requisiti così stringenti e le limitazioni raccomandate dal Ministero per precauzione al fine di ridurre il contagio degli operatori, **ha ritardato la diagnosi** approfondita del quadro clinico del COVID-19.^{lxx}

Nonostante queste criticità operative, va detto però che il COVID-19 presenta caratteristiche istopatologiche e di decorso clinico in gran parte sovrapponibili a quelle della SARS-Cov e MERS, quindi era già noto che alla base della complicazione dell'infezione c'è una risposta infiammatoria nota come **“sindrome da tempesta di citochine”**, in cui il sistema immunitario causa uno stimolo infiammatorio eccessivo che attacca le strutture dell'organismo e porta al danno multiorgano (polmoni, intestino, cuore, cervello, reni, fegato ect).^{lxxi}

Come per la SARS-Cov, anche per il COVID-19 le patologie sono:

-lesioni dell'apparato respiratorio: coinvolgono principalmente gli alveoli e sono principalmente composte da alveolite polmonare desquamativa e bronchite.

Altre lesioni sono la formazione di membrane ialine, l'essudazione massiccia di cellule infiammatorie negli alveoli, l'emorragia irregolare e la necrosi focale

-danno agli organi immunitari: necrosi massiccia nella milza e la necrosi locale nei linfonodi

-vasculite sistemica: proliferazione, rigonfiamento e apoptosi (morte cellulare programmata) delle cellule endoteliali, con infiltrazione di monociti, linfociti e plasmacellule sia attorno alla

circonferenza delle piccole vene che nelle pareti vascolari del cuore, polmone, fegato, rene, ghiandola surrenale e interstizio di muscoli striati. Necrosi e trombosi fibrinoide nelle piccole vene.

-reazioni di tossicità sistemica: degenerazione e necrosi delle cellule del parenchima nel polmone, nel fegato, nei reni, nel cuore, nella ghiandola surrenale, e delle cellule nervose nel cervello.

Oltre alla trasmissione respiratoria, la SARS-CoV può essere trasmessa attraverso il contatto con escrezioni e secrezioni del paziente (feci, urina, sudore).

In particolare, è stato dimostrato per la SARS-CoV che l'apparato gastrointestinale può essere considerato un bersaglio primario, in quanto il virus presente in alimenti e acqua contaminati, o trasmesso per contatto diretto con le secrezioni ed escrezioni del malato, può entrare nel corpo umano attraverso le cellule epiteliali che ricoprono la superficie del tratto gastrointestinale.^{lxxii}

Un numero crescente di studi rafforza l'ipotesi che il sistema gastrointestinale ha un ruolo preponderante nella patogenesi e nella trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2, e ciò è di grande rilevanza sia per quanto riguarda la modalità di contenimento e di distanziamento sociale da attuare in caso di epidemia, che per orientare la terapia verso il potenziamento dell'immunità innata intestinale come strategia efficace per superare l'insufficienza dell'immunità antivirale.^{lxxiii}

Risposta immunitaria al virus SARS-Cov-2

Il SARS-Cov-2 è un beta-coronavirus costituito da un filamento singolo di RNA con un involucro lipidico che contiene quattro componenti proteiche strutturali, di cui la più importante è la proteina S (Spike).

Questa proteina determina il tropismo del virus e la sua patogenicità, in quanto contiene il sito di legame per il recettore dell'enzima di conversione dell'angiotensina 2 (ACE2) che ne facilita l'ingresso nelle cellule che lo esprimono (in particolare le cellule dell'intestino) e costituisce il bersaglio degli anticorpi sia prodotti in seguito all'infezione naturale che alla vaccinazione.^{lxxiv}

Durante la risposta all'infezione virale da SARS-Cov-2 si possono distinguere le seguenti fasi:

Entrata del virus:

l'inizio della replicazione virale può causare la morte delle cellule infettate, perdite vascolari e rilascio di mediatori pro-infiammatori con l'attivazione di una prima ondata di mediatori dell'infiammazione.

Le citochine sono delle proteine prodotte dalle cellule in risposta all'infezione e sono implicate nella formazione di uno stato antivirale come prima linea di difesa non specifica e una successiva risposta specifica contro il virus.

Questo processo inizia attraverso il riconoscimento delle molecole virali da parte dei PRR (pattern recognition receptors – recettori dell'immunità innata), presenti come recettori transmembrana o in diversi compartimenti intracellulari.

Dopo il legame con il virus, il recettore (nel caso del SARS-Cov-2 sono i TLR 7 e 9) subisce un cambiamento strutturale che attiva una via di segnalazione nel citoplasma che a sua volta promuove l'espressione di diverse citochine.

Nel processo di infiammazione, le cellule infettate dal virus producono e secernono citochine proinfiammatorie come IL-1, IL-6, IL-8, TNF e IFN, coinvolte nella difesa precoce dell'organismo. Possono attivare le cellule presenti nel sito di infezione e reclutare cellule leucocitarie dal sistema circolante.

A seconda dell'intensità di questa prima risposta infiammatoria l'infezione può essere asintomatica

o sintomatica.

fase sintomatica dell'infezione virale:

i sintomi sono simili a quelli influenzali e durano circa 7-10 giorni.

Il sistema immunitario innato reagisce per bloccare la replicazione del virus.

Se la persona ha una risposta immunitaria efficiente l'infezione si risolve senza complicazioni.

La presentazione clinica dell'infezione da COVID-19 è più coerente con una malattia virale subacuta piuttosto che acuta.

Rispetto alle infezioni da influenza H1N1, in cui il tempo mediano di incubazione è di 2 giorni e la maggior parte dei ricoveri in unità di terapia intensiva si verifica entro 24–48 h dal ricovero, i pazienti con infezione da COVID-19 si presentano in ospedale con un tempo mediano di incubazione di 5-7 giorni e sono generalmente ricoverati in ospedale per altri 3-4 giorni prima di richiedere l'ammissione al reparto di terapia intensiva.^{lxxv}

È importante fare presente che rispetto ad altri virus respiratori, l'infezione da SARS-CoV-2 determina una **risposta antivirale inferiore** caratterizzata da bassi livelli di Interferone-I (IFN-I) e IFN-III e da un'**iperinfiammazione** dovuta all'elevata espressione di mediatori dell'infiammazione e di IL-6.

In questa fase può manifestarsi l'immunosoppressione, dovuta sia alla deplezione (eliminazione selettiva dei linfociti T che hanno reagito contro il virus) che all'esaurimento delle cellule T, e ciò può contribuire alla persistenza virale e alla mortalità da COVID-19.

La linfopenia (diminuzione, assoluta o relativa, del numero dei linfociti nel sangue circolante) è l'anomalia di laboratorio più consistente ed è importante procedere con un intervento precoce e più urgente in presenza di una conta dei linfociti T bassa, in quanto i pazienti sono più vulnerabili alle infezioni secondarie.^{lxxvi}

Quindi, in una parte di individui infetti, il SARS-CoV2 elude il riconoscimento da parte del sistema immunitario attraverso la soppressione dei meccanismi antivirali, favorendo la complicazione della malattia.

complicazione dell'infezione:

comparsa dei sintomi polmonari. Il sistema immunitario reagisce in maniera esagerata all'infezione non contenuta durante la prima fase con la produzione di alte quantità di mediatori dell'infiammazione. Se non si interviene farmacologicamente, la complicazione può progredire rapidamente alla fase più grave.

L'infiammazione del polmone è la causa principale delle complicazioni potenzialmente letali delle vie respiratorie nella fase grave, e come si è potuto dimostrare recentemente, la coagulazione intravascolare disseminata è il fenomeno che porta a morte il paziente se non trattato opportunamente nella fase iniziale.^{lxxvii}

Successivamente alla fase di immunosoppressione/iperinfiammazione, le cellule infettate subiscono la morte cellulare e rilasciano particelle di virus insieme a componenti intracellulari che innescano di nuovo i meccanismi infiammatori innati attraverso il loro riconoscimento da parte dei PRR presenti nelle/sulle cellule immunitarie innate, con la risultante espressione di citochine pro-infiammatorie (tra cui IL-1 β , IL-6, TNF- α , ecc.), e l'attivazione delle cellule immunitarie adattative che vengono così coinvolte nella difesa dell'ospite.

Quando le cellule immunitarie adattative (i linfociti T svolgono un ruolo centrale in questa fase) si

attivano, innescano una "seconda ondata" di infiammazione (sindrome da tempesta di citochine e i suoi sottotipi), che si può riscontrare nei pazienti COVID-19 che hanno un deterioramento rapido dopo 7-10 giorni di infezione.

fase molto severa/fatale:

Il deterioramento clinico improvviso e rapido si manifesta spesso come un inaspettato aggravamento dei sintomi (febbre, dispnea) ed è correlato con un aumento dei livelli di marcatori della fase acuta (ESR, CRP, ferritina), coagulopatia (titoli elevati di D-dimeri, coagulazione intravascolare disseminata) e lisi cellulare (CK, LDH).

Nei pazienti più gravi, i parametri clinici e di laboratorio sono correlati ad un aumento dei livelli di citochine proinfiammatorie (IL-1 β , IL-1Ra, IL-6, TNF- α e sIL2-R α), evocativo di una tempesta di citochine.^{lxxviii}

Queste manifestazioni sono legate all'attacco delle strutture dell'organismo da parte del sistema immunitario.

La tempesta di citochine si può verificare a causa della combinazione di una prima linea di difesa mediata dall'IFN I difettosa, o ritardata, seguita dalla produzione di livelli elevati e persistenti di citochine (ipercitochinemia) IL-6, IL-1 β e TNF- α e una risposta disfunzionale delle cellule T (generalmente di citotossicità).

Ciò si traduce in una compromissione dell'eliminazione delle cellule morte o infettate, un aumento della replicazione e diffusione virale che attiva ulteriormente i macrofagi, e culmina nel rilascio massivo di citochine multiple e nel danno multiorgano.

*Durante la complicazione la persona può andare incontro a **coinfezioni di tipo batterico** (soprattutto ospedaliere antibiotico-resistenti) che aggravano ulteriormente il quadro clinico.*

Fase post-infettiva:

sarà importante effettuare il monitoraggio dei pazienti che hanno superato le complicazioni, in quanto sono possibili reazioni autoimmuni a lungo termine.

Strategie di evasione immunitaria del SARS-Cov2

Come visto sopra, nelle **cellule epiteliali che esprimono il recettore ACE2**, la soppressione delle prime risposte pro-infiammatorie mediate dagli interferoni di tipo I (IFN) e dalle citochine IL-1, IL-6 e TNF- α ostacola il contenimento del virus.

L'induzione del danno cellulare endoteliale e vascolare e la morte cellulare a seguito della replicazione virale provocano risposte infiammatorie forti e scarsamente controllate, con conseguenti danni ai tessuti e infiammazione sistemica, che contribuiscono entrambi alla complicazione della malattia.

Nei **monociti/macrofagi tissutali** avviene invece un processo noto come potenziamento dipendente dall'anticorpo (ADE) in cui i complessi immunitari costituiti da anticorpi poco specifici contro il SARS-Cov-2 e da particelle virali possono essere inglobati dai macrofagi causando la loro infezione.

Nei macrofagi infettati, il virus anziché venire processato per essere presentato alle altre cellule del sistema immunitario, da un lato inibisce il segnale degli IFN di tipo I e dall'altro consente l'espressione pro-infiammatoria di IL-1, IL-6 e TNF- α , contribuendo alla sindrome della tempesta di citochine e al potenziamento fatale della malattia.

Questo meccanismo avviene quando all'atto dell'infezione sono presenti anticorpi IgG non neutralizzanti e in quantità sub-ottimale che si formano in conseguenza di infezioni precedenti da coronavirus stagionali, o in seguito alla vaccinazione antinfluenzale.^{lxxix}

In questi casi lo sviluppo della malattia respiratoria acuta coincide con la sierconversione IgG antivirale.

Le risposte infiammatorie correlate a COVID-19 potrebbero anche essere indotte dalla disregolazione del sistema del complemento, un componente critico dell'immunità innata dell'ospite.

È noto che un sottogruppo di pazienti con COVID-19 sviluppa **lesioni vasculitiche, occlusione dei vasi sanguigni e infarti**.

Rapporti istopatologici da sezioni di tessuto suggeriscono caratteristiche associate alla vasculite mediata dagli immunocomplessi, tra cui infiltrazione di monociti e linfociti all'interno e intorno ai vasi sanguigni, ispessimento delle pareti ed emorragia focale.^{lxxx}

Dal punto di vista del meccanismo d'induzione del danno, **le complicazioni gravi/fatali associate all'infezione da SARS-Cov-2 possono essere considerate una conseguenza dell'ADE**.

L'ADE spiega perché sono a maggior rischio gli anziani rispetto ai bambini e gli adulti sani, in quanto possiedono una quantità maggiore di anticorpi non neutralizzanti provenienti da infezioni da coronavirus o da vaccinazioni meno recenti, e presentano un sistema immunitario poco efficiente nel combattere le infezioni.

Sono suscettibili al potenziamento della malattia anche le donne in gravidanza e i neonati sotto l'anno di età, in caso di reinfezione.

Il siero iperimmune e le IVIG sono efficaci nel trattamento dei malati COVID-19 perché gli anticorpi trasfusi sono in grado di bloccare l'ingresso degli immunocomplessi virali nelle cellule del sistema immunitario.^{lxxxi}

L'ADE è un fattore di rischio importante per le vaccinazioni contro il COVID-19 e l'influenza, a causa dell'elevata variabilità dei virus che può predisporre alla produzione di anticorpi non neutralizzanti.

Risposta immunitaria, età e differenza di genere

Età pediatrica

Nel neonato è presente una ipogammaglobulinemia transitoria che esordisce all'età di 3-6 mesi e dura solitamente 6-18 mesi, causata da un deficit transitorio di produzione di anticorpi, per un fisiologico ritardo dell'inizio della sintesi anticorpale e per il calo degli anticorpi materni.

La finestra temporale in cui si ha l'ipogammaglobulinemia transitoria è detta anche "finestra di vulnerabilità" perché il neonato potrebbe essere esposto alle malattie infettive e soprattutto al rischio di complicazioni, senza un adeguato supporto da parte del sistema immunitario.

In questo periodo qualsiasi aggressione al sistema immunitario da parte di sostanze tossiche (contaminanti ambientali, negli alimenti, farmaci, vaccini ect) ed agenti infettivi, può comportare ad un aumento del rischio di sviluppare successivamente malattie infettive croniche, cancro, allergia, autoimmunità e patologie dei sistemi neurologico, riproduttivo ed endocrino.^{lxxxii}

Gli anticorpi materni sono molto efficaci nel proteggere neonati e bambini dalla maggior parte delle malattie infettive durante i primi 6-12 mesi di vita, tuttavia è noto che si manifesta un'inibizione della produzione di anticorpi vaccinali nei neonati che presentano ancora gli anticorpi materni per un blocco dell'attivazione delle cellule B.^{lxxxiii}

Inoltre, gli anticorpi non neutralizzanti materni di origine naturale (cioè provenienti da infezioni contratte prima della gravidanza dalla madre), o di origine vaccinale se la madre è stata vaccinata in

gravidanza, sono stati implicati nel potenziamento della malattia che si verifica nei bambini di età inferiore a 1 anno nati da madri immuni esposti all'infezione.^{lxxxiv}

Le vaccinazioni di massa hanno notevolmente ridotto la trasmissione di anticorpi protettivi e hanno creato una finestra di vulnerabilità molto più ampia nei neonati.

Tale fenomeno innaturale, creato dall'uomo, può essere considerato di fatto una **reazione avversa da vaccino molto grave**, le cui conseguenze nei paesi industrializzati possono essere mitigate dal fatto che le malattie infettive sono un fattore di rischio trascurabile rispetto ad altre patologie, ma possono avere un impatto di grande rilievo nei paesi in via di sviluppo in cui invece la mortalità infantile per malattie infettive è ancora molto alta.

Per quanto riguarda le donne in gravidanza, sulla base della conoscenza che nel loro primo e terzo trimestre presentano uno stato pro-infiammatorio, va tenuto presente che la tempesta di citochine indotta dalle infezioni (come il COVID-19^{lxxxv}) e dalle vaccinazioni ^{lxxxvi} può potenziare ulteriormente lo stato infiammatorio con conseguenze molto gravi sia nella madre che nel feto^{lxxxvii}, e successivamente nel neonato.

Le donne in gravidanza possono mostrare remissioni di malattie autoimmuni, ma diventano più suscettibili alle gravi complicanze dell'influenza e altre infezioni^{lxxxviii}, e per la stessa ragione, la risposta sierologica ai vaccini (es. vaccino antinfluenzale inattivato^{lxxxix}) è particolarmente ridotta.

Per quanto riguarda i rischi delle vaccinazioni sono legati al potenziamento della malattia in caso di infezione postvaccinale e di reazioni avverse alla risposta infiammatoria da tempesta di citochine indotta dai vaccini.

Età avanzata

Con l'avanzare dell'età, il sistema immunitario subisce un profondo rimodellamento e declino, con grande impatto sulla salute e sopravvivenza.^{xc}

Questa senescenza immunitaria predispone gli anziani ad un rischio più elevato di infezioni virali e batteriche acute. I tassi di mortalità di queste infezioni sono tre volte più elevate nei pazienti anziani rispetto agli adulti più giovani.

Durante una normale stagione influenzale, circa il 90% dei decessi in eccesso si verificano nelle persone di età superiore ai 65 anni. Inoltre, le scarse risposte immunitarie spiegano la ridotta efficacia dei vaccini.^{xc}

Il cambiamento più critico dovuto all'invecchiamento nel sistema immunitario innato è l'aumento delle citochine pro-infiammatorie IL-1 β , IL-6 (la citochina dei geriatrici), IL-18 e TNF α , il quale porta all'insorgenza di uno stato infiammatorio di basso grado che probabilmente contribuisce all'aterosclerosi, alla demenza e al cancro.^{xcii}

"Il fenotipo dell'invecchiamento", compresa l'immunosenescenza è il risultato di uno squilibrio tra meccanismi infiammatori e antinfiammatori con la conseguenza di uno stato definito come "inflamm-aging".

L'inflamm-aging è dovuto alla stimolazione cronica antigenica che si verifica nel corso della vita e allo stress ossidativo che comporta la produzione di radicali liberi dell'ossigeno e prodotti tossici. Gli agenti nocivi sono prodotti dall'organismo come conseguenza dei normali processi metabolici (inevitabili) (ad es. specie reattive dell'ossigeno, ROS, da metabolismo ossidativo) o derivanti dall'esposizione a una varietà di fattori fisici (ad esempio raggi UV dall'esposizione solare) o agenti biologici (virus, batteri, parassiti).

Gli anziani hanno meno probabilità di beneficiare delle vaccinazioni come misure preventive contro

le malattie infettive a causa dell'incapacità del sistema immunitario di attivare una difesa efficace. Pertanto, si ritiene che l'invecchiamento riduca l'efficacia dei vaccini in conseguenza di un declino associato all'età nell'immunogenicità indotta dalla vaccinazione, e predisponga maggiormente al potenziamento della malattia mediata da anticorpi provenienti da infezioni o vaccinazioni precedenti.

La fascia di popolazione più anziana è più suscettibile alle complicazioni da COVID-19 anche a causa di una maggiore frequenza di disbiosi intestinale, dovuta all'invecchiamento e/o all'uso continuativo di farmaci che modificano il microbiota e ad una dieta scorretta^{xciii}, in particolare negli anziani lungodegenti in comunità.

Differenza di genere

Dai dati finora disponibili emerge che l'intera popolazione con SARS-CoV-2 è composta per il 58% da soggetti maschili. Una maggiore letalità è a favore dei soggetti maschili in tutte le fasce d'età.

Una predisposizione maggiore di rischio per il genere maschile si verifica quando le risposte immunitarie deboli sono alla base di un danno significativo ai tessuti da parte dell'infezione virale, mentre una predisposizione maggiore di rischio femminile si verifica quando le risposte immunitarie forti promuovono il danno dei tessuti.

Si è visto che nel caso di infezioni da coronavirus gli estrogeni hanno un effetto protettivo, in quanto aumentano la produzione iniziale di interferoni di tipo I ad attività antivirale necessaria per bloccare la replicazione del virus, e stimolano l'attività di riparo, mentre gli androgeni hanno effetti immunosoppressivi.

Ne segue che negli uomini la scarsa risposta immunitaria comporta un maggiore danno dei tessuti grave.

I geni regolatori immunitari codificati dal cromosoma X nel genere femminile causano livelli di carica virale più bassi e meno infiammazione rispetto all'uomo, mentre le cellule T CD4⁺ sono più alte con una migliore risposta immunitaria.

Inoltre, le donne generalmente producono livelli più elevati di anticorpi che rimangono più a lungo in circolo. Nelle donne la produzione di IL-6 infiammatoria dopo l'infezione virale è inferiore rispetto agli uomini ed è spesso correlata a una migliore longevità.

Le differenze sessuali nel microbioma intestinale sono parzialmente guidate dagli ormoni sessuali, che a loro volta contribuiscono alle differenze sessuali nell'immunità e nella suscettibilità a una moltitudine di infezioni e malattie croniche^{xciv}.

Il **microgenderoma** definisce l'interazione tra microbiota, ormoni sessuali e sistema immunitario e comporta interazioni bidirezionali tra microbiota, ormoni, immunità e suscettibilità alla malattia.^{xcv}

La sindrome autoimmune/infiammatoria

Un sistema immunitario può essere considerato efficace solo quando può identificare e distruggere le cellule infettate dagli agenti patogeni, pur distinguendo tali cellule da quelle sane.

In caso di rottura della tolleranza immunitaria, il sistema immunitario non riesce a discriminare tra auto-antigeni e antigeni estranei, e si ha la manifestazione della malattia autoimmune, cioè una distruzione indesiderata delle cellule sane.

La presenza di autoanticorpi in pazienti che hanno sviluppato il Covid-19 causata dalla similarità della sequenza (mimetismo molecolare) tra autoantigeni e le proteine del SARS-CoV-2 può suggerire che un meccanismo autoimmune/infiammatorio possa essere un ulteriore evento che determina la severità della malattia.^{xvii}

“Alla luce delle informazioni sopra discusse sulla reattività crociata delle proteine SARS-CoV-2 con i tessuti umani e sulla possibilità di indurre autoimmunità, esacerbando condizioni già esistenti di salute precaria oppure determinando conseguenze imprevedute, sarebbe molto prudente fare ricerche più approfondite sulla capacità degli antigeni del SARS-CoV-2 di indurre reazioni autoimmuni.

La promozione e l'implementazione di un programma di "passaporto immunitario" così aggressivo in tutto il mondo in assenza di studi di sicurezza approfonditi e meticolosi può comportare un costo monumentale per l'umanità sotto forma di un'altra epidemia, questa volta di una marea crescente di malattie autoimmuni e dell'aumento degli anni di sofferenza che le accompagneranno.” (Vojdani A, Kharrazianb D)^{xviii}

oooooooooooo

Per visionare i dati sull'impatto dell'epidemia Covid 19 sulla mortalità totale della popolazione residente nel periodo gennaio- maggio 2020 si rinvia al rapporto Istat del 09 Luglio 2020 (**Allegato n. 2**)

D – SEZIONE STUDENTI

AUTORE: Antonio Falliti (Liceo “Emilio Ainis” di Messina)

Per una scuola sempre in presenza, lettera di uno studente

Libertà, spensieratezza, confronto, dialogo, una scuola che forma, che scolpisce l’allievo nella sua totalità, nel complesso delle sue forme, nella sua più dolce e spontanea sensibilità.

Una società dinamica, frenetica, sempre più veloce e complessa, un mondo sempre più freddo e lontano dal vero cuore dell’essere umano, costretto a fuggir via da se stesso per trovare pace, serenità, amore. Sono più importanti i numeri, i dettagli, in un mondo in cui l’uomo è costretto a farsi macchina. Sembrano non contar più nulla le emozioni, i sorrisi, le preoccupazioni, le ansie, passate in secondo piano in un mondo ormai completamente incentrato sul fine, sul numero, più che sul mezzo, sul risultato piuttosto che l’uomo.

Arriviamo alla scuola, dunque, culla di cultura, d’amore e di civiltà, centro vitale di un uomo che vuol rimanere uomo, linfa per il pensiero, la riflessione e la comprensione di sé e del nostro mondo. Un’arte, questo è la scuola, o meglio, questo dovrebbe essere, elemento al di fuori dalle strutture e le convenzioni del suo tempo, lontano dai suoi difetti e al di sopra delle sue drammatiche contraddizioni.

Ci ritroviamo oggi, ahimè, in una scuola che molto spesso dimentica la propria stessa identità, avvicinandosi ed abbracciando la società nei suoi enormi difetti ancor più dei suoi reali protagonisti: noi studenti. In un periodo di profonda crisi, quale sono stati gli ultimi mesi di Covid-19 e distanziamento, la scuola ha portato alla luce i suoi più grandi difetti, venuti a palesarsi maggiormente dall’impossibilità di una didattica in presenza, vera e grande risorsa custodita nella mani di tutti quegli insegnanti che non vogliono farsi trascinare nell’abisso del numero e del far lezione *perché si deve fare*. L’esperienza della didattica a distanza, oltre ad aver insegnato a noi studenti come utilizzare le più svariate piattaforme di telecomunicazione, di videochiamate, nuove ed estreme tecniche per mascherare gli occhi pieni di sonno da Webcam accese già alle 8,30 del mattino, ha dimostrato a noi ragazzi l’inefficienza di una scuola sempre più cruda, settorializzata e lontana dal cuore di noi studenti. Scadenze da rispettare che diventano più importanti di come viene svolta una determinata consegna, prove di verifica fittizie per inseguire necessariamente l’agognato numero di voti necessari per quadrimestre, e ancora, disconnessioni di rete, Webcam e microfoni spenti ed una voce, quella dei nostri insegnanti, divenuta terrificantemente elettronica, svuotata del suo calore e della sua forza coinvolgente, ammaliante, formativa. Una didattica che diventa profondamente individuale e nemica, in conclusione, della più importante risorsa e del più alto valore della scuola, moderna e passata, romana e medioevale, primitiva e rinascimentale: la libertà, la spensieratezza, il confronto, il dialogo.

“Il compito principale dell’educazione è soprattutto quello di formare l’uomo, o piuttosto di guidare lo sviluppo dinamico per mezzo del quale l’uomo forma se stesso ad essere un uomo.”

Jacques Maritain

Didattica a distanza, videolezioni e quant’altro, misure eccezionali in un periodo di profonda crisi, con la speranza che, davvero, rimangano come tali e prevalga oggi più che mai il buon senso, l’unanime ed appassionata voce di professori e studenti e, soprattutto, la Scuola Vera, in presenza.

ELENCO REDATTORI DEL DOCUMENTO CONGIUNTO

Proposta della consulta dei genitori:

EMILIANO DE LUCA,
tecnico radiologo, residente a Rieti (Amministratore gruppo La scuola che vogliamo)

A SEZIONE INSEGNANTI

PROF. CESARE NATOLI,
docente di filosofia e storia presso il liceo " Emilio Ainis " di Messina;
(Amministratore del gruppo Scuola in presenza)

B SEZIONE GENITORI

1.ELENA IZZO,
impiegata,residente a Roma;
(Amministratore del gruppo A scuola senza bavaglio)

2.EZIO BARRACO,
cameriere, residente a Marsala.
(Amministratore del gruppo A scuola senza bavaglio)

C SEZIONE MEDICA

1.PROF. PASQUALE MARIO BACCO,
medico ricercatore e professore a contratto presso la School of Management dell'Università Lum
Jean Monnet di Bari;

2. DOTT. SERGIO CONTI NIBALI,
medico pediatra presso l'Asp n° 5 di Messina e direttore di "UPPA Magazine", rivista specializzata
in genitorialità e infanzia;

3.DOTT.SSA LORETTA BOLGAN
Dottore in chimica e tecnologia farmaceutiche, dottorato in scienze
farmaceutiche, consulente scientifico;

D SEZIONE ALUNNI

ANTONIO FALLITI,
V A del Liceo delle scienze umane "Emilio Ainis " di Messina ;

NOTE

i

Il contenuto della breve premessa e della conclusione del presente contributo riprendono la prima e l'ultima parte di un articolo che lo scrivente ha pubblicato per la testata on line "Messinatoday": C. NATOLI, *Stop alla didattica a distanza, il prof. Natoli dà vita a un movimento con cinque comandamenti*, in "Messinatoday", 8 giugno 2020 (ultima consultazione 11/07/2020)

ii

M. RECALCATI, *La Scuola in terapia intensiva*, "La Repubblica", 19 giugno 2020 (ultima consultazione 10/07/2020 in <http://www.flcgil.it/rassegna-stampa/nazionale/la-scuola-in-terapia-intensiva.flc>)

iii

Ibidem

iv

Cfr. *Documento per la pianificazione delle attività scolastiche, educative e formative in tutte le Istituzioni del Sistema nazionale di Istruzione* (ultima consultazione 10/07/2020 in <https://www.miur.gov.it/web/guest/-/scuola-presentate-le-linee-guida-per-settembre>)

v

C. PALMA, *"Ce lo dice la scienza". Il principio di autorità come alibi autoritario*, in "Strade. Verso luoghi non comuni", 27 maggio 2020, (ultima consultazione 11/07/2020 in <https://www.stradeonline.it/scienza-e-razionalita/4227-ce-lo-dice-la-scienza-il-principio-di-autorita-come-alibi-autoritario#>)

vi

Ibidem

vii

Ibidem. Evitiamo, in questa sede, di soffermarci sui rilievi di incostituzionalità mossi all'Esecutivo nei mesi scorsi da parte di illustri giuristi e presidenti emeriti della Corte Costituzionale. Si tratta di una prospettiva che ci porterebbe fuori tema. Sulla politica che non si assume la responsabilità della scelta mi limito a rimandare il lettore a quanto scrive lo stesso Carmelo Palma in *L'alibi e l'espertocrazia. La politica decida e non appalti il suo potere agli scienziati*, "Linkiesta", 20 aprile 2020 (ultima consultazione 12/07/2020 in <https://www.linkiesta.it/2020/04/coronavirus-italia-comitato-tecnico-scientifico/?fbclid=IwAR3gDTUw3ESvY98rWpBUx7rYYhpdRTqZs4sN49cvY5UBrGE0nmbxoy0HjIE>)

viii

G. AGAMBEN, *Requiem per gli studenti*, in "Diario della crisi", a cura dell'Istituto Italiano per gli Studi Filosofici, 23/05/2020 (ultima consultazione 11/07/2020 in https://www.iisf.it/index.php/attivita/pubblicazioni-e-archivi/diario-della-crisi/giorgio-agamben-requiem-per-gli-studenti.html?fbclid=IwAR3NAOWn-o-2E0mNzY58_jjp6UMICW_4tBII92s4MmPNNCh_wzz_YIzWsbI)

ix

Ibidem

x

ID. in "Quodlibet", 22 aprile 2020 (ultima consultazione 11/07/2020 in <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-nuove-riflessioni?fbclid=IwAR1sqXliOuvXQKsJRDH8AyCpak2qYdhhrRv8GK5oYa2CxO5yAZUiuScX0sQ>)

xi

G. DE RITA, *Comunicare la paura ha accentrato il potere*, in "huffingtonpost.it", 12 maggio 2020 (ultima consultazione 11/07/2020 in https://www.huffingtonpost.it/entry/giuseppe-de-rita-comunicare-la-paura-ha-accentrato-il-potere_it_5eba4114c5b687934c596f70?fbclid=IwAR1G9C2cdwVkt0tAEF7qec2jYyWApEZnWlXIsrjDw7sEqNQ3qv)

xii

P. CREPET, Intervista radiofonica a La 7, disponibile in (<https://www.la7.it/coffee-break/video/scuola-i-docenti-in-protesta-al-ministero-bocciano-la-ministra-azzolina-09-06-2020-329372>, ultima consultazione 11/07/2020)

xiii

L'allarme di psicologi e psichiatri, Maggio 2020 (ultima consultazione 12/07/2020 in <https://comunicatopsi.files.wordpress.com/2020/05/comunicatopsi.pdf>)

xiv

Ibidem

xv

Ibidem

xvi

Ibidem

xvii

Ibidem

xviii

M. FLORITA, C. MASPERO, L. LIETTI, G. PETRILLI, V. PIRRO, G. TONETTO, A. MERISIO, C. PROSERPIO, S. ZANOLINI, M. MALLARDI, *Alcune riflessioni sul ritorno a scuola dei bambini*, 6 luglio 2020 (ultima consultazione 12/07/2020 in https://psicoanalisimilano.it/manifesto-scuola-psicologia-bambini/?fbclid=IwAR2xjbdwf2Zs6qFYqV_HT5FjMaK6UJ3br8f4CJeixj1HOOhrmR4OrWZqeU8). Di tale contributo appare utile riportare anche la relativa bibliografia e nella formattazione editoriale originaria, per facilitare la eventuale consultazione degli addetti ai lavori: https://acp.it/assets/media/download/Quaderni_acp_2020_272_PE_am1.pdf, Tezer H, Bedir Demirdağ T. Novel coronavirus disease (COVID-19) in children; Turk J Med Sci 2020;50(SI-1):592–603. doi: 10.3906/sag-2004-174; CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus disease 2019 in children – United States, February 12–April 2, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69(14):422–26. doi: 10.15585/mmwr.mm6914e4; <http://www.rfi.fr/en/france/20200604-french-covid-19-study-finds-children-far-less-contagious-than-adults>; Supinda Bunyavanich, MD, MPH; Anh Do, PhD; Alfin Vicencio, MD. Nasal Gene Expression of Angiotensin-Converting Enzyme 2 in Children and Adults. JAMA. Published online May 20, 2020. doi:10.1001/jama.2020.8707; 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

xix

Ibidem

xx

Ibidem

xxi

Ibidem

xxii

R. LIBRANDI, C. GIOVANARDI, F. SABATINI, *Documento per la ripresa della vita scolastica*, 24 aprile 2020, (ultima consultazione 11/07/2020 in <https://accademiadellacrusca.it/it/contenuti/documento-per-la-ripresa-della-vita-scolastica/7925>)

xxiii

S. CONTI NIBALI, *Riapertura delle scuole: cosa dicono gli studi*, in “Uppa.it” (ultima consultazione 10/07/2020 in <https://www.uppa.it/educazione/scuola/riapertura-delle-scuole-cosa-dicono-gli-studi/?fbclid=IwAR1QOiBWLd5jdDdVNNIOVXGoi201P6YMEh1NgV10gZw5ZH29z9owvnuVC80>). Un lavoro che, peraltro, nella versione che Sergio Conti Nibali mi ha personalmente fatta pervenire come documento di supporto del

gruppo facebook “Scuola in presenza”, rimanda a una serie di riferimenti bibliografici che mi sembra opportuno elencare di seguito e nella formattazione editoriale originaria, per gli stessi motivi spiegati alla nota 18: 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; Luo L, Liu D, Liao X, et al. Modes of contact and risk of transmission in COVID-19 among close contacts. *medRxiv* 26 March 2020; Choi SH, Kim HW, Kang JM, Kim DH, Cho EY. Epidemiology and clinical features of coronavirus disease 2019 in children. *Clin Exp Pediatr.* 2020;63(4):125-132; Zhu Y, Bloxham CJ, Hulme KD, et al. Children are unlikely to have been the primary source of household SARS-CoV-2 infections SARS-CoV-2. *medRxiv* 2020: 2020; Viner RM, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreak including Covid-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4 (5):397-404; Danis K, Epaulard O, Benet T, et al. Cluster of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in the French Alps, 2020; National Center for Immunization Research and Surveillance. COVID-19 in schools: the experience in New North Wales, April 26 2020 (<http://ncirs.org.au/covid-19-in-schools> consultato il 28 maggio), 2020; <https://dontforgetthebubbles.com/evidence-summary-paediatr.../>; Gudbjartsson DF, et al. Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic population. *N Engl J Med* 2020, April 14 [Epub ahead of print]; Bunyavanich S, Do A, Vicencio A. Nasal Gene Expression of Angiotensin-Converting Enzyme 2 in Children and Adults. *JAMA*. Published online May 20, 2020; <https://acp.it/it/2020/05/pagine-elettroniche-di-qacp-2020-272.html>; <http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-dir.../articolo.php...>

xxiv

Ibidem

xxv

Emblematico il seguente passaggio, in tal senso: “Sono ormai numerosi i report che descrivono una molto ridotta possibilità di trasmissione del virus tra bambini e da bambini a adulti: in Francia, un bambino di 9 anni che, con i sintomi di COVID-19, aveva frequentato 3 diverse scuole non ha contagiato nessuno dei suoi 112 contatti scolastici. Un altro studio realizzato in Australia ha descritto il caso di 9 studenti delle scuole primarie e superiori e di 9 insegnanti con infezione da COVID-19 che hanno avuto contatti con 735 studenti e 128 dipendenti: solo 2 bambini hanno contratto la malattia, e nessun insegnante. In Svezia, dove le scuole non sono state chiuse, non ci sono notizie di focolai di COVID-19 all’interno delle comunità scolastiche” (ibidem)

xxvi

Ibidem

xxvii

Ibidem

xxviii

Ibidem

xxix

M. FLORITA, C. MASPERO, L. LIETTI, G. PETRILLI, V. PIRRO, G. TONETTO, A. MERISIO, C. PROSERPIO, S. ZANOLINI, M. MALLARDI, *Alcune riflessioni sul ritorno a scuola dei bambini*, cit.

xxx

S. CONTI NIBALI, *Riapertura delle scuole: cosa dicono gli studi*, in “Uppa.it”, cit.

xxxi

Ibidem

xxxii

Se ne possono leggere i risultati sintetici in *Didattica a distanza a causa del Covid-19. Strumento adatto a tutti?* 10 luglio 2020 (ultima consultazione 12/07/2020 in <https://www.marionegri.it/magazine/didattica-a-distanza>)

xxxiii

Ibidem

xxxiv

Ibidem

xxxv

Ibidem

xxxvi <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4209>

xxxvii Poiché essa presuppone la mancanza di immunizzazione dell'uomo verso un patogeno altamente virulento. Si veda comunque la documentazione dell'ISTAT:

<https://www.istat.it/it/Jiles//2020/03/>

Nota_Tavole_Regionali_cause_morte_1marzo_30Aprile-2017_e_2020.pdf e <https://www.istat.it/it/archivio/241428>

xxxviii

Cfr. <https://repo.epiprev.it/index.php/2020/05/12/andamento-della-mortalita-giornaliera-sismg-nelle-citta-italiane-in-relazione-allepidemia-di-covid-19-report-1-febbraio-2-maggio-2020-settimo-rapporto/> - Cfr. il sito ufficiale ISTAT: «Per la produzione del dato statistico, l'Istat effettua la codifica de"e patologie e individua la "causa iniziale di morte", ovvero que"a direttamente responsabile del decesso. A tal fine, l'Istat si avvale de"e regole dettate da"Organizzazione Mondiale de"a Sanità; la causa iniziale di morte viene poi utilizzata per le statistiche ufficiali a live"o nazionale e internazionale. Ad esempio, nel caso de"lInfluenza, essa risulta conte\$ata in queste statistiche se e solo se è stata certificata dal medico e se risulta essere la "causa iniziale di morte" in base a"e regole internazionali di codifica. Se l'Influenza è presente sul certificato ma non è selezionata come causa iniziale di morte, viene codificata come "causa multipla" ovvero tra le cause che hanno contribuito al decesso», <https://www.istat.it/it/archivio/240401#Rilevazioniindettaglio-2>

xxxix

Si vedano le dichiarazioni del prof. Ricciardi: «O\$ì in tutto il mondo abbiamo test non perfetti dal punto di vista de"a sensibilità perché messi a punto in poco tempo e devono essere perfezionati. Quindi c'è un'ampia possibilità di sovrastimare le positività», <https://www.corriere.it/cronache/20-febbraio-27/coronavirus-ricciardi-la-prossima-settimana-capiremo-se-italia-1-emergenza-comincia-rientrare-43c9a4fa-58cd-11ea-8e3a-a0c8564bd6c7.shtml> - Cfr. anche

<https://archive.st/archive/2020/3/www.ncbi.nlm.nih.gov/i8vf/www.ncbi.nlm.nih.gov/>

pubmed/32133832.html - Ha suscitato un certo scalpore anche la notizia recente della Nuova Sardegna sui 17 sanitari risultati falsi positivi al Covid: <https://www.lanuovasardegna.it/nuoro/cronaca/2020/05/21/news/nuoro-falsi-positivi-al-covid-i-17-sanitari-presunti-contagiati-a-marzo-1-38872367> - <https://www.ilgiornale.it/news/cronache/30-dei-tamponi-mente-ecco-tutti-i-limiti-1861344.html> - <https://www.recnews.it/2020/03/11/tra-i-contagiati-da-covid-19-ci-sono-circa-la-meta-di-falsi-positivi/> - <http://www.agrigentonotizie.it/cronaca/agrigento-asp-tamponi-falsi-positivi-calano-contagi-bollettino.html> - <https://www.dire.it/19-05-2020/462162-coronavirus-lesperto-test-sierologico-non-infallibile-rischio-falsi-negativi/>

1 xl Si veda anche il recente studio del prof. Didier Sornette, cfr. https://www.swissinfo.ch/ger/covid-19-pandemie_schweizer-wissenschaftler-streiten-ueber-nutzen-des-lockdowns/45759526

2 xli Cfr. <https://nypost.com/2020/04/06/nyc-doctor-says-coronavirus-ventilator-settings-are-too-high/>

3 xlii Cfr. <https://www.ilrestodelcarlino.it/pesaro/cronaca/terapia-plasma-coronavirus-burioni-1.5139624> ed anche <https://biomedicalcue.it/burioni-differenze-plasma-terapia-vaccino/19267/>

xliii

4 Cfr. https://bergamo.corriere.it/notizie/cronaca/20_maggio_04/coronavirus-papa-giovanni-aut-ops-ie-quas-i-vietat-e-d-ecis-ive-s-copr-ire-r-ischio-trombosi-e656185a-8dd1-11ea-b08e-d2743999949b.shtml e https://www.corriere.it/cronache/20_maggio_23/coronavirus-gruppo-rib-el-e-medici-leg-al-if-a-teci-fa-re-autopsie-14d0f37e-9d10-11ea-a31e-977f755d9d62.shtml?cmpid=tbid_91305292Bp - https://palermo.repubblica.it/cronaca/2020/02/05/23/ne-w-s/coronavirus_catania_gli_scenziati_denunciano_errore_l_assenza_di_autopsie_per_morti_d_covid_-257456802/ - <https://www.ansa.it/sicilia/notizie/2020/05/22/covid-medici-errore-non-fare->

autopsie_3fea6611-194d-4771-8a59-c3f42235be76.html - <https://www.ilriformista.it/divieto-di-autopsia-ai-morti-di-coronavirus-la-bufala-contro-il-governo-che-vuole-insabbiare-la-verita-96531/> - Si veda inJine l'opinione del prof. Klaus Puschel: «Autopsie di fatto "vietate" nel nostro Paese da una fo"e circolare che le ritiene superflue quando risultati verosimile – e solo verosimile – il motivo del Covid-19 come possibile causa del decesso. Il direttore de" Istituto di Medicina Forense de" Università di Amburgo, Klaus Puschel, ha infatti appena pubblicato un dettagliato studio che fa luce su molte cose. Ne"o studio sono riportate le conclusioni degli esami autoptici svolti da" a sua equipe. Da esse si evince con estrema chiarezza che "tutte le persone esaminate avevano altre gravissime patologie" e quindi non sarebbero morte di coronavirus. Il quadro clinico dei pazienti si presentava "gravemente compromesso" e le condizioni di salute erano estremamente precarie. Puschel arriva al punto sostenere di non aver alcun dubbio nel confermare che ad Amburgo non è morta una sola persona senza precedenti, gravi patologie. Ecco le sue precise parole: "Tutti que"i che abbiamo esaminato finora avevano il cancro, o una malattia polmonare cronica, erano forti fumatori o fortemente obesi, so(ivano di diabete o avevano malattie cardiovascolari". [...] E poi: "Sono convinto che la mortalità Corona non si farà nemmeno sentire come un picco ne" a mortalità annuale". Parole che pesano come macigni per valutare, in tutta la sua reale portata, la pandemia. Sottolinea il medico legale tedesco. "Il Covid-19 è una malattia mortale solo in casi eccezionali, ma ne" a ma\$ior parte dei casi è un'infezione da virus per lo più innocua"»,

<http://www.lavocedelle voci.it/2020/05/15/covid-19-dalla-germania-i-risultati-choc-delle-autopsie/> - E ancora: <https://www.ilgiornale.it/news/cronache/coronavirus-autopsie-dei-medici-trombosi-causa-principale-1861127.html> - <https://www.secoloditalia.it/2020/05/sui-morti-di-covid-nessuna-autopsia-la-circolare-del-ministero-ci-ha-fatto-perdere-tempo-prezioso/>

xliv Cfr. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32405162/?Jbclid=IwAR0ZoTcLVYbIM_m2Rw8k-jnptW1-YR5mymAos8fZZAnGN2KIUi4o4b0BVaY

xlv «Quest'anno l'Osservatorio suicidi per motivazioni economiche de" a Link Campus riporta 72 decessi, di cui 25 ne" e settimane del lockdown forzato e 16 nel solo mese di aprile, ai quali si a\$iungono 36 tentati suicidi, 21 dei quali ne" e settimane di isolamento forzato. Più de" a metà de" e vittime è costituita da imprenditori. «Questa impennata risulta ancora più preoccupante se conontiamo il dato 2020 con que"o rilevato appena un anno fa - sottolinea Nicola Ferrigno, direttore de" Osservatorio -: nei mesi di marzo-aprile 2019 il numero de" e vittime si assestava a 14, e il fenomeno dei suicidi registrava la prima battuta d'arresto dopo anni di costante crescita». O\$ì gli imprenditori e i lavoratori sono di nuovo tornati a" anno zero ». Cfr. <https://www.ilsole24ore.com/art/isolamento-e-crisi-economica-ondata-mondiale-suicidi-coronavirus-ADPF71P>

xlvi Cfr. in primo luogo lo studio A(ontare la salute mentale e gli aspetti psicosociali de" epidemia di COVID-19 pubblicato da codesto Ministero lo scorso Febbraio, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5373_10_Jfile.pdf - Si veda inoltre: <http://www.reportdifesa.it/covid-19-conseguenze-psicologiche-a-breve-e-lungo-termine/> - <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4299-covid-19-conseguenze-benessere-psicoJisico-operatore-sanitario-medico-infermiere-oss-salute-mentale-coronavirus-distress-psicologico.html> - <https://www.focus.it/comportamento/psicologia/dopo-la-covid-19-un-epidemia-diricadute-psicologiche> - <https://www.lastampa.it/topnews/primopiano/2020/04/18/news/urgono-studi-speciJicisul-covid-e-gli-effetti-sulla-salute-mentale-1.38733054> - Sull'impatto psicologico del Covid: https://www.repubblica.it/cronaca/2020/05/09/news/coronavirus_effetto_lockdown_ansia_e_depressione_per_1_85_dei_giovani-256134039/

¹³ xlvi Si veda principalmente Covid-19, il Report ECDC su"uso de" e mascherine facciali ne" a comunità, pubblicato dal Ministero della Salute: «A supporto de" uso di mascherine non mediche come mezzo di contro"o de" a fonte di infezione esistono evidenze scientifiche indirette e limitate»,

«Le raccomandazioni su"uso de" e mascherine facciali ne" a comunità dovrebbero tenere attentamente conto de" e lacune de" e prove di efficacia, de" a situazione de" offerta e dei potenziali effetti co"aterali negativi». Cfr. <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4501> - Cfr. anche https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=84689 - InJine:

«Chi non ha sintomi non deve usare la mascherina. Mentre le persone che non hanno sintomi non devono indossare le mascherine perché non ci sono prove che siano efficaci come protezione personale...», cfr. <https://www.galileonet.it/coronavirus-mancanza-mascherine-uso-corretto/>

xlviii Cfr. <https://www.ilriformista.it/malore-durante-educazione-Jisica-morti-due-studenti-cinesi-e-stata-la-mascherina-100279/> e <https://www.orizzontescuola.it/mascherine-contro-coronavirus-accusate-di-essere-causa-morte-due-studenti/>

xlix Cfr. <https://www.greenme.it/vivere/salute-e-benessere/correre-mascherina-pericoloso/>

1 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
- li Luo L, Liu D, Liao X, et al. Modes of contact and risk of transmission in COVID-19 among close contacts. *medRxiv* 26 March 2020
- lii Choi SH, Kim HW, Kang JM, Kim DH, Cho EY. Epidemiology and clinical features of coronavirus disease 2019 in children. *Clin Exp Pediatr.* 2020;63(4):125-132.
- liiii Zhu Y, Bloxham CJ, Hulme KD, et al. Children are unlikely to have been the primary source of household SARS-CoV-2 infections SARS-CoV-2. *medRxiv* 2020: 2020
- liv Zhu Y, Bloxham CJ, Hulme KD, et al. Children are unlikely to have been the primary source of household SARS-CoV-2 infections SARS-CoV-2. *medRxiv* 2020: 2020
- lv Viner RM, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreak including Covid-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4 (5):397-404.
- lvi Danis K, Epaulard O, Benet T, et al. Cluster of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in the French Alps, 2020
- lvii National Center for Immunization Research and Surveillance. COVID-19 in schools: the experience in New North Wales, April 26 2020 (<http://ncirs.org.au/covid-19-in-schools> consultato il 28 maggio), 2020.
- lviii <https://dontforgetthebubbles.com/evidence-summary-paediatr.../>
- lix Gudbjartsson DF, et al. Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic population. *N Engl J Med* 2020, April 14 [Epub ahead of print].
- lx Bunyavanich S, Do A, Vicencio A. Nasal Gene Expression of Angiotensin-Converting Enzyme 2 in Children and Adults. *JAMA.* Published online May 20, 2020
- lxi COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673)
- lxii <https://acp.it/it/2020/05/pagine-elettroniche-di-qacp-2020-272.html>
- lxiii <http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-dir.../articolo.php...>
- lxiv <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158580/>
Simpson S, Kaufmann MC, Glzman V, Chakrabarti A. Disease X: accelerating the development of medical countermeasures for the next pandemic. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(5):e108-e115. doi:10.1016/S1473-3099(20)30123-7
- lxv <https://www.centerforhealthsecurity.org/event201/scenario.html>
- lxvi <https://covid19.who.int/>
- lxvii <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/homeNuovoCoronavirus.jsp>
- lxviii <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati>
- lxix Sapino A, Facchetti F, Bonoldi E, Gianatti A, Barbareschi M; Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia - SIAPEC.
The autopsy debate during the COVID-19 emergency: the Italian experience. *Virchows Arch.* 2020;476(6):821-823. doi:10.1007/s00428-020-02828-2
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7190281/>
- lxx Pomara C, Li Volti G, Cappello F.
COVID-19 Deaths: Are We Sure It Is Pneumonia? Please, Autopsy, Autopsy, Autopsy!
J Clin Med. 2020;9(5):1259. doi:10.3390/jcm9051259
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7287760/>
- lxxi Ye Q, Wang B, Mao J.
The pathogenesis and treatment of the 'Cytokine Storm' in COVID-19.
J Infect. 2020;80(6):607-613. doi:10.1016/j.jinf.2020.03.037
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7194613/>
- lxxii Ding Y, He L, Zhang Q, et al.
Organ distribution of severe acute respiratory syndrome (SARS) associated coronavirus (SARS-CoV) in SARS patients: implications for pathogenesis and virus transmission pathways.
J Pathol. 2004;203(2):622-630. doi:10.1002/path.1560
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7167761/pdf/PATH-203-622.pdf>
- lxxiii Cimolai, Nevio.
Features of enteric disease from human coronaviruses: Implications for COVID-19.
Journal of medical virology, 10.1002/jmv.26066. 28 May. 2020, doi:10.1002/jmv.26066
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7283829/>

- lxxxiv <https://www.unisr.it/en/news/2020/3/viaggio-al-centro-del-virus-come-e-fatto-sars-cov-2>
- lxxxv Zhou F, Yu T, Du R, et al.
Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study [published correction appears in *Lancet*. 2020 Mar 28;395(10229):1038] [published correction appears in *Lancet*. 2020 Mar 28;395(10229):1038].
Lancet. 2020;395(10229):1054-1062. doi:10.1016/S0140-6736(20)30566-3
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270627/>
- lxxxvi Front. Immunol. 11:827. (2020) doi: 10.3389/fimmu.2020.00827
Reduction and Functional Exhaustion of T Cells in Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Diao B, Wang C, Tan Y, Chen X, Liu Y, Ning L, Chen L, Li M, Liu Y, Wang G, Yuan Z, Feng Z, Zhang Y, Wu Y and Chen Y
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.00827/full>
- lxxxvii *J Clin Virol*. 2020 Apr 9;127:104362. doi: 10.1016/j.jcv.2020.104362.
Coagulation disorders in coronavirus infected patients: COVID-19, SARS-CoV-1, MERS-CoV and lessons from the past.
Giannis D1, Ziogas IA2, Gianni P3.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7195278/pdf/main.pdf>
- lxxxviii *Clin Immunol*. 2020 Apr 27;215:108448. doi: 10.1016/j.clim.2020.108448.
COVID-19: Immunology and treatment options.
Felsenstein S1, Herbert JA2, McNamara PS2, Hedrich CM3.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185015/pdf/main.pdf>
- lxxxix Cegolon L, Pichierri J, Mastrangelo G, et al.
Hypothesis to explain the severe form of COVID-19 in Northern Italy.
BMJ Glob Health. 2020;5(6):e002564. doi:10.1136/bmjgh-2020-002564
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295427/>
- lxxx
Xu Z, Shi L, Wang Y, et al.
Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome [published correction appears in *Lancet Respir Med*. 2020 Feb 25]. *Lancet Respir Med*. 2020;8(4):420-422. doi:10.1016/S2213-2600(20)30076-X
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164771/pdf/main.pdf>
- lxxxix Rojas M, et al.
Convalescent plasma in Covid-19: Possible mechanisms of action
Autoimmun Rev. 2020;102554. doi:10.1016/j.autrev.2020.102554
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7198427/>
- lxxxii *J Toxicol Environ Health B Crit Rev*. 2008;11(8):660-680. doi:10.1080/10937400802370923
Potential for early-life immune insult including developmental immunotoxicity in autism and autism spectrum disorders: focus on critical windows of immune vulnerability.
Dietert RR, Dietert JM.
- lxxxiii Niewiesk S.
Maternal antibodies: clinical significance, mechanism of interference with immune responses, and possible vaccination strategies.
Front Immunol. 2014;5:446. doi:10.3389/fimmu.2014.00446
<https://academic.oup.com/tropej/article/49/5/302/1690003>
- lxxxiv *Virology*. 2016 Apr;491:79-88. doi: 10.1016/j.virol.2016.01.015.
Heterologous challenge in the presence of maternally-derived antibodies results in vaccine-associated enhanced respiratory disease in weaned piglets.
Rajao DS, Sandbulte MR, Gauger PC, Kitikoon P, Platt R, Roth JA, Perez DR, Loving CL, Vincent AL.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825855/>
- lxxxv Liu H, Wang LL, Zhao SJ, Kwak-Kim J, Mor G, Liao AH.
Why are pregnant women susceptible to COVID-19? An immunological viewpoint.
J Reprod Immunol. 2020;139:103122. doi:10.1016/j.jri.2020.103122
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7156163/>
- lxxxvi Hervé C, Laupèze B, Del Giudice G, Didierlaurent AM, Tavares Da Silva F.
The how's and what's of vaccine reactogenicity.
NPJ Vaccines. 2019;4:39. doi:10.1038/s41541-019-0132-6
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6760227/>
- lxxxvii Garcia-Flores V, et al. Inflammation-Induced Adverse Pregnancy and Neonatal Outcomes Can Be Improved by the Immunomodulatory Peptide Exendin-4. *Front Immunol*. 2018;9:1291. doi:10.3389/fimmu.2018.01291

- _____ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6015905/>
lxxxviii Influenza Other Respir. Viruses 2013. 7, 1033–1039. doi:10.1111/irv.12055
Influenza in pregnancy.
Memoli MJ, Harvey H, Morens DM, Taubenberger JK
_____ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3582707/>
lxxxix PLoS One. 2013;8(4):e56700. doi:10.1371/journal.pone.0056700
Altered response to A(H1N1)pnd09 vaccination in pregnant women: a single blinded randomized controlled
trial.
Bischoff AL et al.
_____ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3630160/>
- xc
Transpl Int. 2009;22(11):1041-1050. doi:10.1111/j.1432-2277.2009.00927.x.
The aging of the immune system
Weiskopf D, Weinberger B, Grubeck-Loebenstien B.
_____ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1432-2277.2009.00927.x>
- xcii Sci Transl Med. 2013;5(171):171ra19. doi:10.1126/scitranslmed.3004794 [published correction appears in Sci
Transl Med. 2013 Jul 10;5(193):193er8].
Lineage structure of the human antibody repertoire in response to influenza vaccination
Jiang N, He J, Weinstein JA, et al.
_____ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699344/>
- xciii Mech Ageing Dev. 2007;128(1):92-105. doi:10.1016/j.mad.2006.11.016
Inflammaging and anti-inflammaging: a systemic perspective on aging and longevity emerged from studies in
humans.
Franceschi C, et al.
_____ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17116321/>
- xciv Nagpal R, et al.
Gut microbiome and aging: Physiological and mechanistic insights.
Nutr Healthy Aging. 2018;4(4):267-285. doi:10.3233/NHA-170030
_____ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6004897/>
- xcv Galligan C.L., Fish E.N. (2015) Sex Differences in the Immune Response. In: Klein S., Roberts C. (eds)
Sex and Gender Differences in Infection and Treatments for Infectious Diseases. Springer, Cham
- xcvi
Elderman M, de Vos P, Faas M.
Role of Microbiota in Sexually Dimorphic Immunity.
Front Immunol. 2018;9:1018. doi:10.3389/fimmu.2018.01018
_____ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5992421/>
- xcvii
Autoimmun Rev. 2020 Mar 24:102524. doi: 10.1016/j.autrev.2020.102524 Could Sars-coronavirus-2 trigger
autoimmune and/or autoinflammatory mechanisms in genetically predisposed subjects?
Caso F1, Costa L2, Ruscitti P3, Navarini L4, Del Puente A2, Giacomelli R3, Scarpa R2.
_____ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7271072/>
- xcviii
Vojdani A, Kharraziab D.
Potential antigenic cross-reactivity between SARS-CoV-2 and human tissue with a possible link to an increase
in autoimmune diseases [published online ahead of print, 2020 May 24]. Clin Immunol. 2020;108480.
doi:10.1016/j.clim.2020.108480
_____ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246018/>