

Spett.le
xxxxxxx

e p.c. MIUR - UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE

e p.c. Ill.mo PRESIDENTE REGIONE

Ill.mo MINISTRO DELL'ISTRUZIONE
ON. LUCIA AZZOLINA
Viale Trastevere n. 76/a 00153 ROMA
urp@postacert.istruzione.it
segreteria.azzolina@istruzione.it

Ill.mo MINISTRO DELL'ISTRUZIONE UNIVERSITARIA
ON. GAETANO MANFREDI
segreteria.ministro@miur.it

Ill.mo MINISTRO DELLA SALUTE
ON. ROBERTO SPERANZA
Lungotevere Ripa n. 1 ROMA
segreteriaministro@sanita.it
seggen@postacert.sanita.it
gab@postacert.sanita.it
dgprev@postacert.sanita.it

OGGETTO: MODALITÀ DI RIENTRO ANNO SCOLASTICO 2020-2021 E CONTESTAZIONE DELLE SOLUZIONI PER LA SUA RIAPERTURA

Egregio _____,

in data _____ alcuni genitori di studenti della scuola _____, della quale il sottoscritto è _____ hanno inviato una lettera di diffida allo scrivente, intimando di astenersi dall'adottare presso l'istituto scolastico in parola misure coercitive e/o limitative nei confronti dei loro figli, e, in generale, incompatibili con il diritto allo studio.

In data 28.5.2020 il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) nominato dal Governo ha reso noto il documento dallo stesso approvato riportante le “*Modalità di ripresa delle attività didattiche dal prossimo anno scolastico*” che, pur risultando in alcune sue parti condivisibile, non lo è in modo categorico in altre.

Il Decreto Legge 8.04.2020 n. 22 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, Legge 6.06.2020 n. 41, c.d. Decreto Scuola, non muta sostanzialmente le prescrizioni del CTS ed implicitamente le recepisce, pur a fronte di un quadro epidemiologico progressivamente più favorevole.

Il Decreto Legge 19.05.2020 n. 34, all'art. 231, comma 5°, c.d. “Decreto Rilancio”, dispone che siano le istituzioni scolastiche ed educative per il tramite del Dirigente scolastico a provvedere entro il 30.09.2020 alla realizzazione degli interventi all'interno di ogni singolo istituto volti ad adeguare le misure specifiche per lo svolgimento dell'attività didattica in conseguenza dell'emergenza Covid.

In particolare, l'allegato 2, lett. B della Nota del Ministero dell'Istruzione emanata in pari data attribuisce alla discrezionalità del singolo Dirigente scolastico dell'istituto l'applicazione delle misure più idonee in materia di sicurezza per gli alunni e per il personale **assumendosene conseguentemente la relativa responsabilità**, trattandosi in specie di determina non soggetta al preventivo vaglio dell'organo collegiale (Consiglio d'Istituto).

Il Decreto Ministeriale 26.06.2020 ribadisce che “*il distanziamento fisico rimane un punto di primaria importanza nelle azioni di prevenzione...*” pur a fronte di un quadro epidemiologico radicalmente mutato rispetto al periodo in cui il Governo aveva sancito la interruzione della frequenza scolastica.

Le suddette linee guida precisano che la responsabilità è dei livelli decentrati dell'istruzione, seppur con dizione oltremodo generica e gravatoria:

“pertanto in questo contesto resta ferma l'opportunità per le istituzioni scolastiche di avvalersi delle ulteriori forme di flessibilità derivanti dallo strumento dell'Autonomia, sulla base degli spazi a disposizione e delle esigenze delle famiglie e del territorio, che contemplino, ad esempio:

- *una riconfigurazione del gruppo classe in più gruppi di apprendimento;*
- *l'articolazione modulare di gruppi di alunni provenienti dalla stessa o da diverse classi o da diversi anni di corso;*
- *una frequenza scolastica in turni differenziati, anche variando l'applicazione delle soluzioni in relazione alle fasce di età degli alunni e degli studenti nei diversi gradi scolastici;*

- per le scuole secondarie di II grado, una fruizione per gli studenti, opportunamente pianificata, di attività didattica in presenza e, in via complementare, didattica digitale integrata, ove le condizioni di contesto la rendano opzione preferibile ovvero le opportunità tecnologiche, l'età e le competenze degli studenti lo consentano;

- l'aggregazione delle discipline in aree e ambiti disciplinari, ove non già previsto dalle recenti innovazioni ordinamentali;

- una diversa modulazione settimanale del tempo scuola, su delibera degli Organi collegiali competenti.
- Le istituzioni scolastiche avranno cura di garantire, a ciascun alunno, la medesima offerta formativa, ferma restando l'opportunità di adottare soluzioni organizzative differenti, per realizzare attività educative o formative parallele o alternative alla didattica tradizionale".

In data 21.08.2020 è stato emanato il rapporto dell'Istituto Superiore della Sanità n. 58/2020 con le indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SAR-COV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia che sostanzialmente confermano le gravi limitazioni a carico di studenti ed insegnanti, pur a fronte di un'emergenza sanitaria che non può più definirsi tale a fronte delle recenti risultanze cliniche e di un rischio di trasmissione del contagio che tra i bambini risulta minimo.

Si tratta peraltro di invasive iniziative rilevanti per la salute fisica e mentale degli studenti e degli insegnanti sostanzialmente rimesse alla decisione di un ente monocratico, senza contraddittorio con gli organi scolastici previsti ai sensi di legge, ed in difetto di chiare indicazioni ministeriali, sia per quanto riguarda l'adozione delle specifiche misure, sia sulla reale efficacia e necessità delle medesime in termini di sicurezza.

Tutte le predette indicazioni hanno palesi e rilevanti implicazioni rispetto alla salute fisica e mentale degli studenti, ed espongono peraltro i dirigenti scolastici alle gravissime responsabilità che vi sono sottese.

Più precisamente, non soltanto non sono chiarite le modalità attuative concrete, ma nemmeno sono state fornite allo scrivente le informazioni essenziali circa la sicurezza, la necessità, oppure l'utilità delle misure che si imporranno agli studenti e alle famiglie.

Quanto alla Didattica a Distanza, le difficoltà emerse sono molteplici, a partire dall'attribuzione ai genitori di un ruolo improprio e per il quale la maggior parte di loro non ha risorse, strumenti, tempo o capacità, cioè fungere da insegnanti dei propri figli, di seguirli quotidianamente nella gestione dei compiti e degli strumenti tecnologici per poter effettuare le videochiamate. Ciò senza tacere che non tutte le famiglie italiane dispongono dei mezzi (PC, connessione internet veloce), delle competenze e del tempo necessari per svolgere in modo appropriato tale ruolo. Ancora più complesso e delicato è il caso dei molti genitori stranieri, con i quali a complicare il tutto sono subentrati anche i problemi linguistici e culturali.

Anche gli studenti con disabilità o problemi psicologici, comportamentali e relazionali, sono categorie deboli ed esposte, nei cui confronti la DaD si è rivelata del tutto inadeguata.

La didattica a distanza protratta ad oltranza anche al rientro a settembre costringerebbe gli studenti, già provati da questa modifica verificatasi *ex abrupto* nella loro vita scolastica, ad un perdurante isolamento sociale, foriero di malessere fisico e mentale (laddove questi sintomi non si siano già manifestati). Essi hanno l'assoluta necessità di relazionarsi con i coetanei e di uscire dal contesto familiare per sviluppare armoniosamente la propria personalità ed un sano profilo

psicologico. I bambini e i ragazzi confinati in casa per un così lungo periodo (circa 3 mesi) si sono mostrati insofferenti, agitati o al contrario apatici, con problematiche comportamentali di varia natura e sintomi di regressione (come emerso da un recente studio dell'Ospedale Pediatrico Gaslini di Genova¹) avendo visto rivoluzionata la scansione temporale delle proprie giornate, costretti a trascorrere moltissimo tempo davanti a uno schermo, pratica fino ad ora grandemente scoraggiata e osteggiata da qualsiasi pedagogo e psicologo infantile.

Gli effetti di quanto sopra sono già stati definiti da alcuni studiosi come “**pandemia secondaria**”, cioè danni (a volte permanenti, a volte transeunti) patiti da bambini e ragazzi, con evidenti ricadute fisiche e psicologiche (ansia e disturbi depressivi derivanti dalla mancanza di contatti e dalla paura del contagio, disagi emozionali, irritabilità, carenza di concentrazione, comportamenti regressivi, disturbi del sonno e dell'alimentazione, sedentarietà e conseguente aumento di peso, disturbi alla vista, emicranie, etc.).

Il Comitato Tecnico Scientifico, pur esordendo con considerazioni analoghe a quelle sopra esposte², contraddittoriamente le smentisce e le trascura nella parte successiva della propria relazione, **laddove si dichiara che “alla riapertura delle attività didattiche in presenza, la modalità a distanza potrà rappresentare un momento integrativo..., diversamente applicato e commisurato alle fasce di età degli studenti”, lasciando piena discrezionalità alle singole Istituzioni scolastiche di “definire, in virtù dell'autonomia didattica, modalità di alternanza / turnazione / didattica a distanza proporzionate all'età degli alunni e al contesto educativo complessivo. In particolare, per gli ordini di scuola secondaria di I e II grado, al fine di ridurre la concentrazione di alunni negli ambienti scolastici, potranno essere in parte riproposte anche forme di didattica a distanza” (pag.16).**

Inoltre i genitori lamentano, e comunque chiedono chiarimenti circa le controindicazioni e le **conseguenze fisiche derivanti dall'uso, prolungato o meno, dei videotermini** necessari per seguire le video-lezioni.

L'uso di attrezzature munite di videotermini (VDT) è disciplinato in Italia dal **Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul lavoro (D. Lgs. n.81/2008)** al Titolo VII (artt.172-178) e all'Allegato XXXIV. La normativa in questione stabilisce e prescrive in favore di lavoratori ADULTI:

- le caratteristiche che devono avere le apparecchiature in uso (schermo, tastiera, dispositivo di puntamento), la postazione (sedile, piano di lavoro) e l'ambiente nel suo complesso (illuminazione, rumori, radiazioni, microclima, areazione, pulizia);
- specifici obblighi in capo al Datore di Lavoro, tenuto ad effettuare una valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute del lavoratore, analizzando i posti di lavoro con particolare riguardo a:

¹ <https://www.primocanale.it/notizie/lockdown-sui-minori-il-gaslini-paure-ansie-e-regressioni-per-il-70--220300.html>

² Pag. 2 Documento CTS 28.5.2020: «*Tuttavia la stessa aggregazione rappresenta la forza e l'energia propulsiva del sistema educativo; la sospensione delle attività scolastiche e il successivo isolamento hanno determinato una significativa alterazione della vita sociale e relazionale dei 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 inoltre è il contesto in cui ad ogni bambino viene data la possibilità di crescere e svilupparsi in modo ottimale;...»

- i rischi per la vista e per gli occhi;
- i problemi legati alla postura ed all'affaticamento fisico o mentale;
- le condizioni ergonomiche e di igiene ambientale;

e a tal fine predisporre le seguenti dovute misure di prevenzione dei rischi:

- introdurre la sorveglianza sanitaria;
- organizzare le mansioni e i compiti lavorativi comportanti l'uso di videotermini al fine di evitare il ripetersi e la monotonia delle operazioni;
- **programmare le interruzioni dell'attività lavorativa al videoterminale (almeno 15 minuti ogni 120, ovvero 2 ore);**
- elaborare ed attuare un piano specifico di formazione ed informazione per i lavoratori addetti ai videotermini;
- sorveglianza sanitaria realizzata, ove necessario, attraverso visite mediche preventive, esami specialistici e/o controllo oftalmologico dei lavoratori; visite periodiche di controllo.

Dalla mancata osservanza di tali disposizioni possono derivare, oltre ad una responsabilità per il datore di lavoro, **effetti dannosi, anche irreparabili**, per il lavoratore, quali:

- insorgenza di disturbi muscolo-scheletrici, legati alla scorretta postura assunta;
- disturbi oculo-visivi;
- fatica mentale o stress.

Sono state richieste garanzie e informazioni allo scrivente, relativamente agli effetti della DaD sui soggetti più deboli.

I genitori lamentano altresì che il trattamento dei dati personali, loro e dei loro figli, necessario per accedere ed usufruire della piattaforma digitale non sia effettuato conformemente alle normative vigenti in tema di privacy e trattamento dati personali.

In conclusione, è stato richiesto all'esponente di accettare la ripresa delle lezioni senza imporre distanziamenti fisici né mascherine per tutto l'arco della giornata, anche alla luce delle opinioni di medici e scienziati che sostengono l'inutilità quando non la dannosità di tale presidio, il quale può persino diventare a sua volta veicolo di virus e batteri.

A latere di tutto quanto sopra, sono altresì necessarie alcune precisazioni che meglio possono inquadrare la situazione scolastica, e qui di seguito riportate.

1.1. NON CONTAGIOSITÀ DEI BAMBINI/ADOLESCENTI E RIPRESA DELL'ATTIVITÀ SCOLASTICA IN PRESENZA. ADEGUAMENTO DELLE INFRASTRUTTURE SCOLASTICHE

Dal grafico sul numero dei decessi per fascia di età contenuto nel "*Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia*" pubblicato sul sito di Epicentro³ risulta che alla data del 28 maggio 2020 nei bambini ed adolescenti fino ai 19 anni la mortalità sia bassissima (fascia 0-9: 4, tutti pazienti con gravi patologie preesistenti come anche dichiarato nel Documento del CTS a pag.2; fascia 10-19: zero).

³

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>

Riconosce testualmente il CTS a pag. 2 nel comunicato del 28.05.2020 che *“L’infezione da SARS-CoV-2 in Italia, nell’età evolutiva (0-18 anni), è stata a oggi, documentata in circa 4.000 casi: il 7% ha richiesto il ricovero ospedaliero (più numerosi nel primo anno di vita e nell’età preadolescenziale) e 4 decessi (tutti in pazienti con gravi patologie preesistenti). Nei bambini e nei ragazzi le forme cliniche sono prevalentemente paucisintomatiche, lievi e/o moderate, eccezionalmente si sono avuti 3 casi gravi che hanno necessitato di cure intensive.”* Già questi dati paiono assai espliciti ed oggettivi nel quantificare il rischio pressoché nullo di diffusione del contagio tra bambini in età scolare.

Invero, contrariamente a quanto sostenuto dal CTS senza alcun richiamo scientifico specifico (pag.2), grazie all’enorme quantità di dati raccolti ed analizzati dall’inizio della pandemia ad oggi in tutto il mondo è risultato che non si è ancora a conoscenza di alcun bambino che abbia trasmesso il virus ad un adulto e l’evidenza suggerisce che i giovani non svolgono un ruolo significativo nel contagio. Una revisione sui casi pediatrici di coronavirus⁴ ha rivelato che *“la commissione congiunta Cina/OMS non è stata in grado di richiamare episodi nella ricerca di contatti in cui la trasmissione sia avvenuta da un bambino ad un adulto”*. La revisione della letteratura pediatrica pertinente sul coronavirus, condotta dal Dott. Alasdair Munro e pubblicata in collaborazione con il RCPCH (The Royal College of Paediatrics and Child Health), ha appurato dai casi oggetto di studio (tra cui quello del bambino di 9 anni infetto nelle Alpi francesi che non ha trasmesso il virus SARS-CoV-2 a nessuno dei soggetti - ben 172 - con cui era entrato in contatto), che **i bambini hanno meno probabilità di contrarre l’infezione rispetto agli adulti e, anche in caso di contagio, la malattia viene superata in modo tranquillo o addirittura senza sintomi. Inoltre, anche se infetti, essi non sono in grado di diffondere il virus.**

Il prof. Giulio Tarro, prestigioso scienziato e virologo italiano, che, in proposito, in un’intervista rilasciata in data 11.06.2020 al dott. Pierluigi Pietricola, allineandosi con le dichiarazioni della funzionaria del gruppo tecnico dell’OMS, Maria Von Kerkhova, ha così concluso: *“Da un punto di vista scientifico, ha ragione la rappresentante dell’Oms: un asintomatico infettivo non esiste. Non avendo sintomi in quanto non ha una grande quantità di virus al suo interno, non può infettare proprio per questa ragione, come dimostrato anche dallo studio recente pubblicato su PubMed cui accennavamo le scorse volte. La Von Kerkhova, tuttavia, ha precisato che sarebbe più corretto parlare di sintomatico lieve, cioè con pochi sintomi. Lei ha tenuto a fare questa distinzione, che io trovo corretta sul piano scientifico. Se ci troviamo in una condizione di massima carica virale da parte del virus, in un certo periodo dell’anno, a determinate temperature, in alcuni luoghi chiusi sovraffollati: in questi casi, allora, le misure di distanziamento sociale e di protezione individuale hanno un senso anche nell’eventualità di incontrare un sintomatico lieve. Ma se la situazione è quella in cui ci troviamo adesso, non hanno proprio ragione di esistere.”*⁵

I ricercatori hanno aggiunto che gli studi sui “gruppi familiari multipli” a Guanzhou, in Cina, hanno suggerito che i bambini non sarebbero probabilmente il “caso indice”.

Del resto l’andamento del contagio da un punto di vista epidemiologico in Italia nei mesi di maggio e giugno 2020 conforta, numeri alla mano, queste tesi, in quanto, pur a fronte della totale riapertura delle attività sociali, il numero dei contagiati è calato in modo costante e progressivo sino

⁴ <https://dontforgetthebubbles.com/the-missing-link-children-and-transmission-of-sars-cov-2/>;
<https://adc.bmj.com/content/early/2020/05/05/archdischild-2020-319474>.

⁵ <https://fondazioneenni.blog/2020/06/11/giulio-tarro-il-sars-cov2-avra-lo-stesso-destino-della-prima-sars-ecco-lo-studio-scientifico-che-lo-dimostra/>

a giungere a numeri poco significativi e comunque accettabili in un bilanciamento necessario di valori costituzionali.

Non da ultimo, un documento di recente pubblicazione (https://rinascimentoitalia.it/wp-content/uploads/2020/08/FRI_Scuola-e-Sars-Cov-2_studi_finale.pdf) riporta i principali studi internazionali, dai quali si evince che:

- 1. I bambini hanno meno probabilità di infettarsi rispetto agli adulti e se vengono infettati, hanno meno probabilità di ammalarsi seriamente**
- 2. Anche se vengono infettati, sono molto meno propensi a trasmettere la malattia ad altri rispetto agli adulti**

Infine, in altri paesi europei le scuole riprenderanno a settembre in condizioni di completa normalità, pre COVID 19.

In diversi Stati europei (Danimarca capofila, seguita da Norvegia, Germania; mentre Islanda e Svezia non hanno mai chiuso), le scuole sono state già riaperte prevedendo lo svolgimento della didattica all'aperto anche in considerazione delle condizioni climatiche favorevoli.

“Non c'è alcuna evidenza scientifica per cui dobbiamo stare distanti”, così dichiara il Dott. Alberto Zangrillo, Primario Terapia intensiva generale e cardiovascolare del San Raffaele di Milano.⁶

Con riferimento all'utilizzo delle mascherine, la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, in un documento ufficiale pubblicato il 6 aprile 2020⁷, dichiara che *“al momento non ci sono prove che indossare una maschera (sia medica o altri tipi) da parte di persone sane in un contesto di comunità più ampio, compreso l'utilizzo diffuso nella comunità, possa impedire loro di contrarre virus respiratori, incluso il Covid-19. Le mascherine chirurgiche devono essere riservate agli operatori sanitari. L'uso di mascherine chirurgiche nella comunità può creare un falso senso di sicurezza, con l'abbandono di altre misure essenziali, come le pratiche di igiene delle mani e il distanziamento sociale”*.

Dal punto di vista scientifico, si è recentemente rilevato che: *“Nessuno degli studi ha stabilito una relazione conclusiva tra l'uso di mascherina/respiratore e protezione contro l'infezione da influenza”*.

Per contro, numerosi medici (tra cui il Dott. Antonio Lazzarino della University College London, illustre epidemiologo e consulente del Governo inglese con un articolo sul British medical Journal⁸, il Dott. Alberto Donzelli, specialista in igiene e medicina preventiva, in uno studio

⁶ https://www.liberoquotidiano.it/news/scienze-tech/22696637/alberto_zangrillo_coronavirus_falsi_miti_fase2_mascherine_distanziamento_sociale.html

⁷ [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)

⁸ <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m2003.full.pdf>

pubblicato su Repository di Epidemiologia e prevenzione) confermano come l'obbligo imposto da alcune istituzioni (in particolare in Italia) sull'uso delle mascherine trascurerebbe alcuni effetti collaterali molto dannosi, fino a complicazioni anche letali, e specificamente:

- 1) possono dare un **falso senso di sicurezza** e indurre le persone a ridurre il distanziamento sociale e il lavaggio delle mani;
- 2) **compromettono** considerevolmente **la qualità e il volume della conversazione** tra le persone, che inconsciamente tenderanno ad avvicinarsi;
- 3) facendo entrare negli occhi l'aria calda e umida che si espira, possono dare **fastidio agli occhi**, spingendo le persone a toccarsi col rischio di infettarsi;
- 4) causano mal di testa, accumulo di anidride carbonica nel sangue (c.d. ipercapnia) e riduzione dell'ossigenazione del sangue (c.d. ipossia) con conseguenti **difficoltà respiratorie e aumento della diffusione del virus**.

Per quanto riguarda la causa del mal di testa, sebbene la pressione stessa della mascherina possa avere un ruolo importante, **l'ipossia e/ o l'ipercapnia** rappresentano la causa principale. Infatti una frazione di anidride carbonica espirata in precedenza è inalata ad ogni ciclo respiratorio facendone aumentare in modo eccessivo la quantità nel sangue e riducendone contemporaneamente l'ossigenazione. È noto che la mascherina N95, se indossata per ore, può ridurre l'ossigenazione del sangue fino al 20%, il che può portare a una perdita di coscienza e causare un grave peggioramento della funzione polmonare nelle persone affette da malattie polmonari, come la BPCO - broncopneumopatia cronica ostruttiva, l'enfisema o la fibrosi polmonare, o in pazienti con cancro ai polmoni o che hanno avuto un intervento chirurgico ai polmoni.

La maggior parte degli studi concordano dunque sul fatto che la mascherina N95 possa causare ipossia e ipercapnia significative, ma anche un altro studio condotto sulle mascherine chirurgiche ha rilevato riduzioni significative di ossigeno nel sangue.

Inoltre l'uso di questo dispositivo, aumentando la frequenza e la profondità della respirazione, **spingono il virus più in profondità nei polmoni e peggiorano anche le condizioni cliniche delle persone già infette**.

L'importanza dei risultati degli studi considerati è che **un calo dei livelli di ossigeno** è associato, nel caso delle malattie infettive respiratorie, proprio a un deterioramento dell'immunità. Gli studi hanno dimostrato che l'ipossia può inibire il tipo di cellule immunitarie principali utilizzate per combattere le infezioni virali chiamate CD4+ (una sottopopolazione linfocitaria). Questo **non solo riduce le difese immunitarie verso qualunque infezione, tra cui Covid-19, ma rende le conseguenze di una qualunque infezione molto più gravi**. Basso contenuto di ossigeno promuove anche la flogosi sistemica e locale e la conseguente crescita e diffusione dei tumori. Episodi ripetuti di ipossia sono inoltre ritenuti fattori di rischio significativo per aterosclerosi, infarti cardiaci e ictus;

5) sebbene impedire la trasmissione da persona a persona sia la chiave per limitare l'epidemia, finora è stata data poca importanza agli eventi che si verificano dopo che una trasmissione si è verificata, quando l'immunità innata svolge un ruolo cruciale. Lo scopo principale della risposta immunitaria innata è prevenire immediatamente la diffusione e il movimento di agenti patogeni estranei in tutto il corpo. L'efficacia dell'immunità innata è fortemente dipendente dalla carica virale. Se le maschere facciali determinano un ambiente umido in cui il SARS-CoV-2 può rimanere

attivo a causa del vapore acqueo continuamente fornito dalla respirazione e catturato dal tessuto della maschera, determinano **un aumento della carica virale e quindi possono causare una sconfitta dell'immunità innata e un aumento di infezioni**. Questo fenomeno può anche interagire con i punti precedenti e potenziarli.

Nuove prove suggeriscono infine che in alcuni casi il virus **può penetrare anche nel cervello** attraverso i nervi olfattivi. Indossando una mascherina, i virus espirati non saranno espulsi ma si concentreranno nei passaggi nasali, entreranno nei nervi olfattivi e viaggeranno fino al cervello ⁹.

Il dott. Alberto Donzelli, specialista in igiene e medicina preventiva, in uno studio pubblicato su *Repository di Epidemiologia e Prevenzione*, evidenzia che *"...in soggetti infetti inconsapevoli, in cui l'emissione di virus è massima nei due giorni precedenti i sintomi, la mascherina obbliga a un continuo ricircolo respiratorio dei propri virus, aggiungendo la resistenza all'esalazione, con concreto rischio di spingere in profondità negli alveoli una carica virale elevata, che poteva essere sconfitta dalle difese innate se avesse impattato solo con le vie respiratorie superiori."*

Ancora il Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria ufficio 5 prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale, nella Nota n. 0010736 del 29/03/2020 ha chiarito fra l'altro che *"I dati attualmente disponibili non supportano la trasmissione per via aerea di SARS-CoV-2, fatta eccezione per i possibili rischi attraverso procedure che generano aerosol se eseguite in un ambiente inadeguato (non in stanza di isolamento con pressione negativa) e / o in caso di utilizzo di dispositivi di protezione individuali (DPI) inadeguati"*.

Lo European Centre for Disease Prevention and Control, in un suo recente documento *Using face masks in the community* del 8 aprile 2020, (<http://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-use-face-masks-community.pdf>) ha precisato che: *"Esiste il rischio che la rimozione impropria della maschera, la manipolazione di una maschera contaminata o una maggiore tendenza a toccare il viso mentre si indossa una maschera da parte di persone sane possano effettivamente aumentare il rischio di trasmissione."*

⁹ **Fonti bibliografiche:**

- Bin-Reza F et al. The use of mask and respirators to prevent1. transmission of influenza: A systematic review of the scientific evidence. *Resp Viruses* 2012;6(4):257-67.
- Zhu JH et al. Effects of long-duration wearing of N95 respirator and surgical facemask: a pilot study. *J Lung Pulm Resp Res* 2014;4:97-100.
- Ong JJY et al. Headaches associated with personal protective3. equipment- A cross-sectional study among frontline healthcare workers during COVID-19. *Headache* 2020;60(5):864-877.
- Bader A et al. Preliminary report on surgical mask induced4. deoxygenation during major surgery. *Neurocirurgia* 2008;19:12-126.
- Shehade H et al. Cutting edge: Hypoxia-Inducible Factor-15. negatively regulates Th1 function. *J Immunol* 2015;195:1372-1376.
- Westendorf AM et al. Hypoxia enhances immunosuppression by6. inhibiting CD4+ effector T cell function and promoting Treg activity. *Cell Physiol Biochem* 2017;41:1271-84.
- Sceneay J et al. Hypoxia-driven immunosuppression contributes7. to the pre-metastatic niche. *Oncoimmunology* 2013;2:1 e22355.
- Blaylock RL. Immunoexcitatory mechanisms in glioma8. proliferation, invasion and occasional metastasis. *Surg Neurol Inter* 2013;4:15.
- Aggarwal BB. Nucler factor-kappaB: The enemy within. *Cancer*9. *Cell* 2004;6:203-208.
- Savransky V et al. Chronic intermittent hypoxia induces10. atherosclerosis. *Am J Resp Crit Care Med* 2007;175:1290-1297.
- Baig AM et al. Evidence of the COVID-19 virus targeting the11. CNS: Tissue distribution, host-virus interaction, and proposed neurotropic mechanisms. *ACS Chem Neurosci* 2020;11:7:995-998.
- Wu Y et al. Nervous system involvement after infection with12. COVID-19 and other coronaviruses. *Brain Behavior, and Immunity*, In press.
- Perlman S et al. Spread of a neurotropic murine coronavirus into13. the CNS via the trigeminal and olfactory nerves. *Virology* 1989;170:556-560.

Sul punto si è espresso anche il dott. Antonio Lazzarino, epidemiologo presso l'University College London, con un articolo sul British medical Journal: <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m2003.full.pdf>: *“In conclusione, a differenza di Greenhalgh et al., Crediamo che il contesto dell'attuale pandemia covid-19 sia molto diverso da quello dei "paracadute per saltare fuori dagli aeroplani", [7] in cui la dinamica del danno e della prevenzione sono facili da definire e persino da quantificare senza la necessità di studi di ricerca. È necessario quantificare le complesse interazioni che potrebbero benissimo operare tra effetti positivi e negativi dell'uso di maschere chirurgiche a livello di popolazione. Non è tempo di agire senza prove.”*

Il rapporto pubblicato ISS COVID 19 nr. 25/2020 contenente le Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie, nella tabella a pag. 4, riporta la persistenza di particelle infettanti sulle superfici, che sullo strato esterno delle mascherine presenta il dato temporale in assoluto più alto ovvero di ben 7 giorni, confermando che la mascherina, lungi dall'essere una efficace protezione, costituisce un pericoloso veicolo di contagio.

In base al **principio di precauzione**, la dotazione in uso della stessa mascherina alla collettività scolastica indistintamente (e persino all'aperto) non può essere consigliato né tantomeno reso obbligatorio.

Dal punto di vista legale, vietare l'accesso a scuola ai bambini senza mascherina costituisce un abuso al diritto costituzionale all'istruzione che non può essere compresso per DPCM e nemmeno per decreto legge. Esiste già un precedente: il decreto Lorenzin del 2017, che inizialmente prevedeva l'esclusione da scuola anche dei bambini oltre i 6 anni privi di vaccinazione, è stato modificato in quanto lesivo del diritto costituzionale all'istruzione. Ne consegue che non si può imporre la mascherina a scuola, se non in palese violazione di diritti costituzionali inderogabili.

*** **

Per tutto quanto sopra, il sottoscritto _____ dichiara di non essere in grado di ottemperare a tutti gli adempimenti richiesti dai genitori che lo hanno diffidato, né di poter loro fornire informazioni tecnico-scientifiche o sanitarie atte a soddisfare i requisiti minimi di informazione e comunque necessarie per la prestazione del consenso a termini di legge.

Il sottoscritto dichiara altresì di non poter assumere personalmente la responsabilità civile né penale così come prospettata dai genitori dei propri alunni, e, pertanto, nel rispetto della Costituzione e delle Leggi vigenti, rifiuta di applicare misure restrittive, limitative, e comunque potenzialmente lesive di diritti costituzionali della persona, nonché qualsiasi tipo/forma di trattamento sanitario obbligatorio, ivi incluso l'obbligo di indossare presidi medico-chirurgici, quale la mascherina.

Tutto quanto sopra, nella consapevolezza di dover obbedire, sia come pubblico ufficiale, che come cittadino, prima alla Costituzione, e quindi alle Leggi, legittimamente e doverosamente astenendosi, invece, dal rispettare e/o obbligare terze parti a rispettare regole e/o condotte illegittime e *contra legem*.

Distinti saluti.
