

Alla CA INAIL
Presidente Franco Bettoni
PEC: presidenza@postacert.inail.it
Alla CA Direzione centrale rapporto assicurativo
Responsabile Agatino Cariola
PEC: dcra@postacert.inail.it
Alla CA Dipartimento di medicina, epidemiologia,
igiene del lavoro e ambientale
Direttore Stefano Signorini
PEC: dmil@postacert.inail.it
Alla CA UNI - Ente Italiano di Normazione
Direttore Generale Ruggero Lenzi
EMAIL: direzione@uni.com
Alla CA Accredia
Vice Direttore del Dipartimento Laboratori di prova
Dott. Federico Pecoraro
PEC: dl_accredia@legalmail.it
Alla CA Ministro della Salute
Dott. Roberto Speranza
Alla CA Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche
attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza
in materia di salute e sicurezza sul lavoro
PEC: gab@postacert.sanita.it
ISS - Istituto Superiore di Sanità
Presidente Dott. Silvio Brusaferrò
PEC: protocollo.centrale@pec.iss.it

PER SEGNALAZIONE:

Al Dirigente scolastico/RSPP
Dott/Dott.ssa xxxxx
PEC: xxxxxx
Alla CA Ministro dell'Istruzione (MI)
Dott. Patrizio Bianchi
PEC: uffgabinetto@postacert.istruzione.it
All'Ufficio Legislativo Ministero Istruzione
Capo Ufficio Legislativo: Prof. Lorenzo Saltari
PEC: uffleg-segr@postacert.istruzione.it
The current Chairperson Ms. Theoni KOUFONIKOLAKOU
Deputy Ombudswoman for Children's Rights
e-mail: secretariat@ombudsnet.org

Oggetto: Istanza per l'accesso civico ai sensi del FOIA

Il/La sottoscritt xxxx xxxxx nat* a xxxxx (xx) il 00/00/1900 ed Il/La sottoscritt xxxx xxxxx nat* a xxxxx (xx) il 00/00/1900, tutori del* minore xxxx xxxxxxxxxxxx nat a xxxxx (xx) il 00/00/1900, tutti residenti a xxxxxx in via xxxxx n. 00, a xxxx (xx), in virtù di quanto previsto dall'articolo 5 del d.lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016, con la presente intende esercitare il proprio diritto.

PREMESSO CHE:

Per l'anno scolastico 2022/2023, cioè il terzo consecutivo di imposizioni Covid-19 nelle scuole vorremmo fare delle precisazioni. Troviamo ancora vigente il DECRETO-LEGGE 16 giugno 2022, n. 68 - Disposizioni urgenti sull'utilizzo di dispositivi di protezione delle vie respiratorie - che, all'art. 11, modifica: "1. All'articolo 10-quater del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, lettera a):

1) all'alinea, le parole «15 giugno 2022» sono sostituite dalle seguenti: «30 settembre 2022»;

2) il numero 1 e' abrogato;

b) al comma 2, secondo periodo, le parole «15 giugno 2022» sono sostituite dalle seguenti: «30 settembre 2022»", dove risulti chiaro che all'art. 10-quarter troviamo: "1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 3 per il sistema educativo, scolastico e formativo, e' fatto obbligo di indossare i dispositivi di protezione delle vie respiratorie di tipo FFP2 nei seguenti casi:

a) fino al 30 settembre 2022, per l'accesso ai seguenti mezzi di trasporto e per il loro utilizzo: 7) mezzi di trasporto scolastico dedicato agli studenti di scuola primaria, secondaria di primo grado e di secondo grado;" ricordando che il tempo utilizzato sul trasporto scolastico viene considerato come

autonomia e crescita del minore, quindi educazione, se nonché socializzazione ed inclusione.

Per l'anno scolastico 2022/2023 sono uscite delle linee guida con il DPCM 26 luglio 2022 - Linee guida sulle specifiche tecniche in merito all'adozione di dispositivi mobili di purificazione e impianti fissi di aerazione e agli standard minimi di qualità dell'aria negli ambienti scolastici e in quelli confinati degli stessi edifici (22A04476) – dove riassumiamo: “Per migliorare la gestione degli ambienti scolastici e contenere i possibili rischi per la salute è importante garantire una buona qualità dell'aria negli ambienti scolastici, prestando attenzione alle fonti degli inquinanti chimici e dei patogeni, sia interne che esterne, alla gestione delle attività, al numero di occupanti, alla natura e configurazione degli spazi, alle misure preventive in atto, ecc.[...] L'utilizzo dei predetti apparecchi, quindi, non comporta, di per sé e in via automatica, l'adozione di ulteriori misure sanitarie anti-contagio (quali dispositivi di protezione delle vie aeree, distanziamento, ecc...), la cui previsione rimane demandata ad espresse disposizioni da parte delle autorità competenti, in relazione all'andamento del quadro epidemiologico.[...] Le raccomandazioni sui dispositivi di sanificazione, igienizzazione e purificazione dell'aria e delle superfici degli ambienti interni, sono finalizzate alla tutela della salute degli utilizzatori e degli astanti e anche a evitare una pubblicità ingannevole. Infatti, qualora vengano rivendicate attività non dimostrate, l'utilizzatore - dal dirigente scolastico al personale operante nelle scuole fino agli studenti - nella convinzione di essere protetto con l'uso dei soli apparecchi, potrebbe essere indotto in errore alleggerendo le altre misure di prevenzione, quali la distanza interpersonale, l'uso di dispositivi di protezione individuale (DPI), il ricambio dell'aria, ecc., contribuendo alla diffusione piuttosto che al contenimento delle infezioni.[...] Inoltre, sul piano operativo è utile ricordare che l'ottimizzazione dei ricambi dell'aria e, più in generale, della ventilazione, sebbene faccia parte della generale strategia di prevenzione, è solo una delle azioni da intraprendere, e da sola incide solo parzialmente nel ridurre il rischio di contaminazione e trasmissione del virus, se non vengono rispettate tutte le altre azioni personali di prevenzione e riduzione del rischio, ed in primis , il distanziamento fisico, l'uso delle mascherine (controllo alla sorgente), il lavaggio delle mani, l'etichetta respiratoria per la tosse e gli starnuti, la sanificazione delle superfici. La riduzione del rischio di contaminazione e diffusione si basa proprio sull'attuazione integrata ed organica di queste misure personali e collettive, che rimangono tuttora efficaci”. Con la frase: “La pandemia COVID-19 ha introdotto un nuovo rischio infettivo che ha richiesto misure aggiuntive per la limitazione della trasmissione del virus indoor (Dispositivi di protezione individuale, distanziamento, sanificazione superfici, igiene delle mani, miglioramento dei ricambi dell'aria) e ulteriori valutazioni per il contenimento dei rischi” si può solo intendere un rischio da valutare come ambiente lavorativo e che, eventualmente è da imporre al personale scolastico, e non agli alunni.

E' uscito anche un protocollo del Ministero della Salute con titolo: "Indicazioni strategiche ad interim per preparedness e readiness ai fini di mitigazione delle infezioni da SARS-CoV-2 in ambito scolastico (a.s. 2022 -2023) Versione 5 agosto 2022" dove si può notare che: "Sebbene la situazione epidemiologica sia diversa da quella del 2021 e si caratterizzi attualmente per un impatto clinico dell'epidemia contenuto, attribuibile all'aumento progressivo dell'immunità indotta da vaccinazione/pregressa infezione oltre che alle caratteristiche della variante Omicron, non è possibile prevedere quale sarà la situazione alla ripresa delle attività scolastiche; pertanto non è possibile decidere fin d'ora se e quali misure implementare. E' necessario tenere conto della possibilità di variazioni del contesto epidemiologico e attuare un'azione di preparedness e readiness che possa garantire la risposta degli Istituti Scolastici ad un eventuale aumento della circolazione virale o alla comparsa di nuove varianti in grado di determinare un aumento di forme gravi di malattia, in assenza di vaccini che possano mitigarne l'impatto. Fattori determinanti da tenere in considerazione nella definizione delle misure sono rappresentati, in sintesi, dall'intensità della circolazione virale, dalle caratteristiche delle varianti virali circolanti, dalle forme cliniche che esse possono determinare in età scolare e non, dalla copertura vaccinale anti COVID-19 e dal grado di protezione nei confronti delle infezioni, delle forme severe di malattia e dei decessi conferito dalle vaccinazioni e dalla protezione indotta dalle pregresse infezioni, dalla necessità di proteggere soggetti fragili a maggior rischio di malattia severa. Risulta pertanto opportuno, nell'identificazione delle misure di mitigazione e controllo che possono essere implementate in ambito scolastico, attuare una pianificazione di possibili interventi da modulare progressivamente in base alla valutazione del rischio, prevedendo un'adeguata preparazione degli istituti scolastici. Allo stato attuale delle conoscenze e della situazione epidemiologica si prevedono quindi misure standard di prevenzione da garantire per l'inizio dell'anno scolastico e possibili ulteriori interventi da modulare progressivamente in base alla valutazione del rischio, prevedendo un'adeguata preparazione degli istituti scolastici che renda possibile un'attivazione rapida delle misure al bisogno".

Si divide in "Tabella 1. Misure di prevenzione non farmacologiche di base per l'A.S. 2022 – 2023 - La presente tabella riporta schematicamente le misure di prevenzione di base per il setting scolastico ed è da intendersi come strumento utile per la pianificazione dell'A.S. 2022 – 2023" dove si legge che "Gli studenti con sintomi respiratori di lieve entità ed in buone condizioni generali che non presentano febbre, frequentano in presenza, prevedendo l'utilizzo di mascherine chirurgiche/FFP2 fino a risoluzione dei sintomi, igiene delle mani, etichetta respiratoria" e "Utilizzo di dispositivi di protezione respiratoria (FFP2) per alunni a rischio di sviluppare forme severe di COVID-19". Quindi ricapitolando, gli alunni sui mezzi di trasporto scolastici obbligati fino al 30 settembre alla FFp2, gli studenti con il moccio o raffreddore con la

FFp2 ed i bambini fragili con la FFp2, come se non spettasse al pediatra prescriverla eventualmente, quindi in assenza di PRESCRIZIONE DEL DISPOSITIVO MEDICO il dirigente scolastico non può scegliere chi fragile o meno, e tutti gli altri no, buttando all'aria l'inclusione e creando di certo dei pregiudizi.

Mentre la "Tabella 2. Eventuali ulteriori misure di prevenzione non farmacologiche per l'A.S. 2022 – 2023 - La tabella 2 riporta ulteriori misure di prevenzione aggiuntive singole o associate da valutare in relazione al contesto epidemiologico e alle disposizioni nazionali e da implementare, in aggiunta alle misure di base elencate in tabella 1, sulla base di eventuali esigenze di sanità pubblica di contenimento della circolazione virale/protezione dei lavoratori, della popolazione scolastica e delle relative famiglie e, analogamente alla tabella 1, è da intendersi come strumento utile per la pianificazione dell'A.S. 2022 – 2023" ci dice che "Utilizzo di mascherine chirurgiche, o di dispositivi di protezione respiratoria di tipo FFP2, in posizione statica e/o dinamica (per gli studenti e per chiunque acceda o permanga nei locali scolastici, da modulare nei diversi contesti e fasi della presenza scolastica)". Quindi la situazione sembra davvero confusa e si potrebbe presupporre che anche per quest'anno gli studenti, prima o poi, verranno obbligati alla mascherina per poter accedere e frequentare le scuole.

CONSIDERATO CHE:

Chiunque viva in Italia è ben conscio che il Governo ha già apposto come obbligatori dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) sui cittadini, ad esempio le cinture di sicurezza come il casco, per proteggerli individualmente ma, questi dispositivi, devono essere adeguati alla loro funzione, conformi a tutti i cittadini e devono avere un'attenta valutazione rischio/beneficio perché niente e nessuno può creare un danno ad un cittadino, neanche a fin del suo bene. Ed è qui che cominciano le anomalie. Appurato che non sono DPI le "mascherine chirurgiche" o "igieniche" sprovviste di filtro di cui alla norma UNI EN 14683, comunemente impiegate in ambito sanitario e nell'industria alimentare. Queste infatti appartengono alla categoria dei dispositivi medici (in genere) che, indicati dai Regolamenti (UE) 2017/745 e 2017/746 ed in base all'art. 15 della Legge 22 aprile 2021, n. 53, è in elaborazione l'atto di adeguamento della normativa italiana al dettato del regolamento per la disciplina degli aspetti di interesse sanitario, dalle indagini cliniche fino alle attività di sorveglianza post-commercializzazione, vigilanza e sorveglianza del mercato e si applica alla maggior parte dei prodotti reperibili sul mercato.

Le mascherine chirurgiche non possano rientrare, per loro caratteristiche intrinseche, tra i dispositivi di protezione individuali o i dispositivi di protezione collettiva, ma che restino dispositivi medico chirurgici, come disposto da Regolamento 2017/745/UE e che solo il Medico di Medicina Generale od un medico Specialista può prescrivere ad un paziente che ne necessitasse per motivi di comprovata salute, anche per non violare l'Art. 5, Legge 22 maggio 1975 n. 152, mod. da Legge n. 533 dell'8 agosto 1977 e D.L. 27 luglio 2005, n. 144, convertito, con modificazioni, dalla L. 31 luglio 2005, n. 155 che cita testualmente che girare col volto mascherato è illegale ma non è reato. Per legge, per chi viola il divieto di comparire mascherato in un luogo pubblico è prevista la sanzione amministrativa da 10 a 103 euro. Solo la prescrizione medica omette l'obbligo di Legge e solo la prescrizione medica mette il dirigente scolastico nelle condizioni di permettere allo studente di indossare il DM consigliato. Le mascherine facciali di tipo chirurgico hanno lo scopo di evitare che chi le indossi contami l'ambiente, in quanto limitano la trasmissione di agenti infettivi, e sono utilizzate in ambiente ospedaliero e in luoghi ove si presti assistenza a pazienti. Infatti anche nella GUIDA OPERATIVA PER L'APPLICAZIONE DELLE MISURE DI ISOLAMENTO PRESSO TUTTE LE STRUTTURE DI CURA SANITARIA con base del Ministero della Sanità Decreto 28.09.1990 - Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private - dove si mira a migliorare la sicurezza delle cure sanitarie e fornire metodi per ridurre la trasmissione interpersonale di agenti patogeni noti e/o sospetti. La mascherina chirurgica viene definita: Dispositivo Medico atto a proteggere il paziente dall'esposizione ad agenti infettivi che colonizzano la bocca e/o il naso degli operatori sanitari. Le misure aggiuntive sono adeguate a prevenire la trasmissione per via aerea; droplet/goccioline; contatto diretto ed indiretto. Le Precauzioni basate sulla modalità di trasmissione (Precauzioni Aggiuntive) sono indicate per pazienti con infezione accertata, sospetta o per pazienti colonizzati da patogeni altamente trasmissibili o epidemiologicamente importanti per i quali sono necessarie, per interrompere la catena di trasmissione nei REPARTI INFETTIVI e dovrebbe essere confinato solo lì, come lo è sempre stato. In presenza di vero rischio biologico documentato. In ospedale, se sei malato e ricoverato, non al bar od al supermarket, men che meno a scuola e sul lavoro nelle attività a rischio generico. Come ben specificato anche dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel pubblicare la circolare n. 15 del 27 giugno 2012, con la quale ha fornito risposta ai numerosi quesiti concernenti l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per la protezione delle vie respiratorie. Le valutazioni espresse nella circolare, in relazione ai Dispositivi di protezione individuale per il rischio biologico, sono formulate di intesa con il Ministero per lo Sviluppo Economico, il Ministero della Salute e l'INAIL. Riportiamo la circolare del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Direzione Generale delle Relazioni Industriali e dei Rapporti di Lavoro già Direzione Generale della Tutela delle Condizioni di Lavoro, circolare 27

giugno 2012, n. 15 - Dispositivi di Protezione Individuale per la protezione delle vie respiratorie da agenti biologici aerodispersi Oggetto: Dispositivi di Protezione Individuale per la protezione delle vie respiratorie da agenti biologici aerodispersi - "A seguito di numerosi quesiti concernenti l'uso dei dispositivi di protezione individuale specificati in oggetto, di intesa con la Direzione Generale per il Mercato, la Concorrenza, il Consumatore, la Vigilanza e la Normativa Tecnica del Ministero dello Sviluppo Economico, con la Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute e con l'INAIL si esprimono le valutazioni di seguito esposte. Si fa riferimento alla pubblicazione di alcuni documenti ex ISPESL, ora INAIL, in cui viene suggerito l'uso di facciali filtranti dotati di "certificazione di Tipo emessa dall'Organismo Notificato che attesti la protezione da agenti biologici del gruppo 2 e 3, ai sensi della Direttiva 54/2000 CE" quali dispositivi in grado di garantire la necessaria efficacia contro i suddetti agenti, senza che siano menzionati anche i facciali filtranti dichiarati conformi alla norma europea armonizzata EN 149. In particolare, nel documento ex ISPESL "Criteri procedurali per la scelta e caratterizzazione dei Dispositivi di Protezione Individuale per il rischio biologico in attuazione degli adempimenti del D.Lgs. 81/2008 e smi", relativamente all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale per la protezione specifica delle vie respiratorie da agenti biologici, quali i facciali filtranti e i filtri da collocare sulle semimaschere e/o sulle maschere a pieno facciale, viene testualmente riportato: "I DPI per la protezione specifica delle vie respiratorie da agenti biologici, quali facciali filtranti e filtri da collegare sulle semimaschere o sulle maschere a pieno facciale, sono caratterizzati da una certificazione di Tipo emessa dall'Organismo Notificato che attesti la marcatura CE come dispositivo di protezione individuale in III categoria secondo la Direttiva 686/89 CE e attesti la protezione da agenti biologici del gruppo 2 e 3, ai sensi della Direttiva 54/2000 CE". Si ritiene utile precisare che la certificazione CE dei dispositivi di protezione individuale deve essere esclusivamente effettuata in conformità a quanto disposto dalla Direttiva 89/686/CEE, recepita in Italia con il Decreto Legislativo 475/92 e successive modifiche e integrazioni e che per questa certificazione possono essere utilizzate le norme armonizzate pubblicate nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea e riprese in quella italiana in quanto assicurano presunzione di conformità ai requisiti essenziali richiesti dalla direttiva europea. Occorre quindi evidenziare che l'uso dei dispositivi per la protezione delle vie respiratorie conformi alla norma europea armonizzata EN 149 e certificati CE ai sensi della Direttiva 89/686/CEE, è ritenuto idoneo anche per la protezione da agenti biologici aerodispersi in numerosi documenti sia nazionali (prodotti ad esempio dal Ministero della Salute e dallo stesso ex ISPESL) che internazionali (prodotti ad esempio dall'Organizzazione Mondiale della Sanità - WHO e dal NIOSH). Pertanto, ne deriva che solo i dispositivi di protezione delle vie respiratorie provvisti di certificazione CE di Tipo secondo la Direttiva 89/686/CEE possono essere liberamente commercializzati e che sarà compito del fabbricante dei

dispositivi di protezione individuale dichiararne la conformità ai requisiti dall'Allegato II della direttiva succitata, dopo che sullo stesso è stato emesso da un Organismo Notificato un attestato di esame del Tipo conseguente a specifiche prove di laboratorio, fermo restando che l'utilizzo della norma europea armonizzata EN 149 assicura presunzione di conformità ai requisiti di cui all'Allegato II citato anche per quanto riguarda la protezione da agenti biologici. Stante quanto sopra esposto, si conclude che risultano idonei per la protezione da agenti biologici, in ambienti a rischio biologico ACCERTATO, sia i dispositivi di protezione delle vie respiratorie provvisti di certificazione CE di cui al Capitolo II della Direttiva 89/686/CEE, che attestano la protezione da agenti biologici dei gruppi 2 e 3 così come definiti nella Direttiva 2000/54/CE, sia quelli provvisti di certificazione CE di cui al Capitolo II della Direttiva 89/686/CEE, basata sulla norma europea armonizzata EN 149". Gli studenti non sono lavoratori né dipendenti e, seppur un'aula scolastica può essere definita un posto al chiuso ed affollato per più ore, gli stessi dipendenti scolastici non rientrano nel rischio biologico SENZA la valutazione del rischio certo ambientale, restando a rischio generico e, quindi, senza imposizioni Covid-19 nel Dgls 81/08.

Infatti è il Ministero della Salute che, probabilmente rendendosi conto del grossissimo errore di imporre la mascherina chirurgica senza prescrizione, quindi in probabile usurpazione di funzioni pubbliche e violenza privata, nel nuovo protocollo non ne fa più cenno. Si parla solo di Ffp2 che, per la loro fattispecie, non sono costruite per gli under 16, cioè create solo per i lavoratori che ne necessitano come da Dgls 81/08. Seppur il protocollo non abbia base legislativa chiunque imponga obbligatoriamente una Ffp2 su un minore over6 anni dovrebbe comprendere che se ne sta assumendo completamente la responsabilità civile e penale, che sia personale scolastico od il dirigente stesso.

Infatti la questione Ffp2 sui minori è stato anche dibattuto pubblico che ha sollevato parecchie perplessità. In data 22 gennaio 2022 il Corriere della Sera pubblicava una notizia: "[...]le Ffp2 altro non sono che dispositivi di protezione individuale (Dpi) certificati ai sensi di uno standard europeo – l'EN 149:2019 + A1:2009 – concepito per i lavoratori, dunque per adulti con specifiche capacità respiratorie. Non a caso, come precisato qui, «non esistono delle vere e proprie "Ffp2 per bambini" ma modelli in taglia small per chi ha un viso più piccolo». Per questo molti genitori stanno avanzando perplessità in merito alla sicurezza di simili mascherine per la salute dei propri figli. D'altronde era stato nientemeno che il Comitato tecnico scientifico, con il verbale numero 10 del 21 aprile 2021, a esprimere «parere contrario sull'ipotesi di prescrivere l'uso, da parte degli studenti, dei dispositivi Ffp2, non essendo consigliabile l'uso continuato di tali dispositivi per lungo tempo». Come stanno quindi le cose? «Anche gli ultimi decreti del governo, più recenti rispetto al verbale del 21 aprile 2021, sono basati su pareri del

Comitato tecnico scientifico. Non c'è ragione di credere che non sia così»: lo afferma al Corriere Federico Pecoraro, vicedirettore del Dipartimento Laboratori di prova di Accredia, unico ente designato dall'esecutivo ad accreditare gli organismi di certificazione italiani (anche di Dpi) –. «Evidentemente – prosegue – è stata quindi fatta una nuova valutazione del rischio, con il probabile supporto di ulteriori esperti in materia. Peraltro l'obbligo di utilizzo delle Ffp2 è previsto solo in questa fase di picco pandemico e, nella maggior parte dei casi, per attività non particolarmente prolungate. Fatte queste premesse, non vi sono ad oggi dati a supporto del fatto che possano provocare danni alla salute della popolazione studentesca». Ed è qui che come tutori del minore vogliamo intervenire. Seppur l'utilizzo delle FFP2 potrebbe, e non capiamo come, subire una forzatura sulla fascia 6-16 anni pretendiamo comunque una seria ed attenta valutazione rischio/beneficio sull'utilizzo in ambienti scolastici per più o meno tempo prolungato.

Quando viene scritto "utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie" è lapalissiano che si possa parlare esclusivamente di Dispositivi di Protezione delle vie respiratorie, i DPI delle vie respiratorie, definiti anche Apparecchi di Protezione delle Vie Respiratorie (APVR), sono dispositivi destinati a proteggere da sostanze pericolose allo stato aeriforme (particelle, vapori, gas) mediante il meccanismo della filtrazione non si può parlare di sciarpina o di mascherine di comunità, di stoffa od altri materiali. La protezione è garantita dalla capacità filtrante dei dispositivi in grado di trattenere le particelle aerodisperse, per lo più in funzione delle dimensioni, della forma e della densità, impedendone l'inalazione. I microrganismi sono trasportati in aria adesi a particelle solide o liquide (bioaerosol) in grado di rimanere in sospensione per periodi di tempo variabili a seconda delle dimensioni. Pertanto, nello svolgimento di attività lavorative che potrebbero causare dispersione di bioaerosol, è necessario utilizzare i DPI per le vie respiratorie per prevenire il rischio di esposizione agli agenti biologici patogeni. Alcuni esempi di attività lavorative a rischio sono: le attività sanitarie a contatto con pazienti affetti da malattie infettive a trasmissione aerea, le attività zootecniche, alcune procedure condotte nei laboratori biologici e microbiologici, il lavoro presso impianti di trattamento di rifiuti solidi o liquidi e la manutenzione e bonifica di impianti idrici e di climatizzazione. I DPI più utilizzati per la protezione delle vie aeree sono le semimaschere filtranti monouso che soddisfano i requisiti richiesti dalla norma tecnica UNI EN 149:2001 (Semimaschere filtranti antipolvere - Requisiti, prove, marcatura). Questi sono dispositivi muniti di filtri che proteggono bocca, naso e mento; si suddividono in tre classi in funzione dell'efficienza filtrante: FFP1, FFP2 e FFP3. Ma qui abbiamo un serio problema dato che le mascherine FFP2 sono ad esclusivo utilizzo degli adulti e in particolare dei lavoratori, quindi non utilizzabili dai soggetti minori. Non è raccomandato lavorare più di tre ore con le maschere con filtro senza supporto di ventilazione. Per le

attività che richiedono l'uso di dispositivi di protezione delle vie respiratorie devono essere previste delle pause fisse, di almeno mezz'ora. Quindi obbligatoria per le mascherine FFP2 un'attenta valutazione rischio/beneficio e non applicabili come DPI a chiunque. Le lettere FF sono l'acronimo di "facciale filtrante", P indica la "protezione dalla polvere", mentre i numeri 1, 2, 3 individuano il livello crescente di protezione (bassa > 80%, media > 94% e alta > 99%). In presenza di contaminazioni elevate o di agenti biologici estremamente pericolosi come quelli di gruppo 4 (per es. virus delle febbri emorragiche), potrebbe essere necessario isolare completamente l'operatore dall'ambiente esterno impiegando autorespiratori che forniscono aria diversa da quella dell'ambiente di lavoro. In virtù del fatto che, in mancanza di una norma specifica, sono riconosciute valide le certificazioni di Tipo CE rilasciate da un Organismo Notificato, attualmente sono disponibili dispositivi per la protezione delle vie aeree dagli agenti biologici di gruppo 2 e 3, come DPI di III categoria che non rispondono alla norma UNI EN 149, ma sono dotati di certificazione di Tipo CE. Per le attività sanitarie (rischio biologico), veterinarie o di laboratorio e, comunque in presenza di pazienti, animali o campioni biologici potenzialmente infetti da microrganismi a trasmissione aerea responsabili di patologie gravi quali meningite, tubercolosi ecc., è raccomandato l'utilizzo di maschere intere con protezione P2, aventi capacità filtrante pari almeno al 95%, perdita di tenuta non superiore al 10% ed efficienza di filtrazione dei microrganismi del 94%. Nell'esecuzione di particolari procedure assistenziali che possono aumentare il rischio di dispersione nell'aria di secrezioni respiratorie (es. broncoscopie, aerosolterapie) è raccomandabile dotarsi di protezioni aventi efficienza filtrante P3. Al termine della procedura di valutazione del rischio, nel DVR dovrà essere indicato il DPI da indossare (facciale filtrante, semimaschera, maschera a pieno facciale, autorespiratore). I facciali filtranti monouso non dovrebbero essere riutilizzati e devono essere scartati se danneggiati, sporchi o contaminati da sangue o altri fluidi biologici; quelli riutilizzabili devono essere sanificati prima di essere nuovamente indossati.

Il 15 febbraio 2021 l'INAIL emette un documento: "Scelta, uso e manutenzione di DPI per la protezione delle vie respiratorie: sintesi della norma UNI 11719:2018" dove leggiamo nella prefazione: "Nel 2018 è stata pubblicata la norma italiana UNI 11719 che riguarda la scelta, l'uso e la manutenzione degli apparecchi di protezione delle vie respiratorie. Si tratta di una guida redatta in applicazione della EN 529:2006, secondo cui è possibile produrre documenti nazionali fondati sulle indicazioni in essa contenute. La norma UNI 11719 descrive un approccio sistematico – scelta, addestramento, uso, manutenzione - alla gestione dei DPI; è indirizzata ai datori di lavoro, su cui ricade direttamente la responsabilità della scelta e, poi, della gestione dei DPI. La norma approfondisce, dettaglia e schematizza i processi inerenti la scelta, l'uso e la manutenzione dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie (indicati di seguito con l'acronimo APVR)

adottando criteri aggiornati e in linea con le evoluzioni tecniche e gestionali più recenti. Il campo di applicazione è esteso a tutti gli APVR, ad esclusione di quelli utilizzati per immersione o per pressioni diverse dalla normale pressione atmosferica". Di seguito si legge: "Innanzitutto, va precisato che la decisione di utilizzare DPI deve essere seguente all'attuazione di una serie di misure tecniche e organizzative, quindi l'APVR deve essere adeguato per il tipo di rischio residuo presente e in grado di ridurre l'esposizione del lavoratore e di proteggerne la salute; contemporaneamente l'APVR deve essere idoneo per l'uso previsto e in grado di fornire un'adeguata protezione allo specifico lavoratore che lo indossa. Occorrono, cioè, sia una valutazione dei rischi al momento della scelta sia uno specifico controllo sul lavoratore. La scelta di un APVR necessita quindi di una conoscenza approfondita delle condizioni presenti nell'ambiente di lavoro e di un'analisi dei rischi, con particolare riguardo a: identificazione della natura degli inquinanti che possono essere costituiti da materiale particellare (polveri, fibre) o aeriforme (gas o vapori); verifica della sufficienza di ossigeno presente nell'aria; identificazione qualitativa e quantitativa degli inquinanti.

La norma UNI 11719:2018 approfondisce e precisa due concetti: adeguatezza dell'APVR ed idoneità dell'APVR. L'adeguatezza è legata al rischio presente nel luogo di lavoro e un APVR adeguato rappresenta una valida protezione del lavoratore; l'adeguatezza è valutata al momento della scelta dell'APVR ed è legata alla valutazione del rischio. L'idoneità è invece un concetto legato al singolo lavoratore che dovrà indossare l'APVR; è valutata in sede di scelta ma anche in un momento successivo specifico, coinvolgendo proprio il lavoratore che dovrà indossare l'APVR tramite le prove di adattabilità. Inoltre, la scelta del tipo di APVR deve tener conto di altre condizioni e necessità ad esempio di libertà di movimento, campo visivo, comunicazione tra gli operatori, condizioni climatiche estreme, protezione da altri rischi, atmosfere potenzialmente esplosive o che presentano un immediato pericolo per la vita o la salute, insorgenza di un'emergenza, possibilità di esposizione a fiamma e calore, protezione acquisita e tempo di indossamento. Sulla base delle informazioni assunte è possibile stabilire quale apparecchio di protezione può essere necessario, discriminando tra quelli che purificano l'aria ambiente da respirare utilizzando filtri in grado di rimuovere le sostanze contaminanti nell'aria (APVR filtranti) e quelli che forniscono al portatore gas respirabile (per esempio aria compressa) da una sorgente incontaminata (APVR isolanti). L'individuazione dell'APVR adeguato passa attraverso la valutazione della concentrazione dell'inquinante nell'ambiente di lavoro. La scelta è infatti basata sul calcolo del "fattore di protezione necessario" (FP_{nec}), dato dal rapporto tra la concentrazione dell'inquinante nell'ambiente di lavoro e la concentrazione massima ammessa all'interno del facciale, che generalmente è pari al limite di esposizione professionale. Il fattore necessario va quindi confrontato con il "fattore di protezione operativo" (FPO), tabellato per ogni APVR. L'FPO

rappresenta il fattore di protezione delle vie respiratorie che, in maniera realistica, si può prevedere di ottenere nel posto di lavoro dalla maggior parte dei lavoratori adeguatamente istruiti e controllati, che utilizzano un APVR correttamente funzionante, adeguatamente mantenuto e indossato secondo le istruzioni del fabbricante. Quindi, prima di indossare una mascherina, il dipendente e il datore di lavoro devono essere sicuri che si adatti al viso del dipendente. Il datore di lavoro lo fa eseguendo un test di adattamento (fit test) sul dipendente mentre indossa la stessa marca, modello e dimensione della mascherina che utilizzerà sul posto di lavoro. In questo modo, sai che gli sta bene e può proteggerlo, purché la usi correttamente. Un “fit test” verifica l’aderenza tra la mascherina facciale ed il viso. Una mascherina è efficace solo quanto la sua aderenza al viso. Non dovrebbero esserci spazi vuoti lungo il lato, intorno al naso o sotto il mento, in quanto consentirebbero all’aria e alle goccioline di bypassare il mezzo filtrante. La maschera deve sempre essere regolata correttamente per coprire completamente sia la bocca che il naso. Una maschera ben aderente rimane in posizione sopra il naso e le guance e anche una maschera normale eviterà l’appannamento degli occhiali, se si adatta correttamente. Per una buona aderenza, il nasello di una maschera ffp2 o ffp3 dovrebbe modellarsi sul naso e sulle guance e mantenere la sua forma nel tempo. Non deve piegarsi o rompersi quando viene regolato. Gli individui con facce più larghe devono scegliere una maschera che assicuri una copertura completa sul viso e sotto il mento. La cravatta superiore deve trovarsi sulla sommità della testa e la cravatta inferiore va legata dietro il collo per tenere i lati della maschera contro il viso per evitare eventuali spazi vuoti. Sulle mascherine ffp2 (cioè N95) e ffp3 (cioè N99), che coprono solo la bocca e il naso, viene effettuato un test di adattamento qualitativo. Questo test qualitativo sul dipendente è un metodo di test di superamento/fallimento che utilizza il senso del gusto o dell’olfatto o la sua reazione a un aerosol per rilevare perdite per una scarsa aderenza al viso della mascherina; non misura, quindi, l’entità effettiva della perdita. In casa, può essere effettuato ad es. sbucciando un mandarino o diffondendo del fumo irritante. Non tutti possono essere adatti a una mascherina specifica. Se quest’ultima non supera il test di adattamento, è necessario provare una mascherina di un’altra marca, modello, stile o dimensione fino a quando non ne viene trovata una più adatta. Pertanto, il datore di lavoro deve fornire una ragionevole scelta di dimensioni e modelli tra cui scegliere. Dopo aver completato il processo di test di adattamento, si saprà quale marca, modello, stile e dimensioni di mascherine si adattano correttamente al viso di ogni dipendente. Il test di adattamento (fit test) non deve essere confuso con il test di sigillatura (seal test) dell’utente. Un controllo della tenuta della mascherina indossata da parte dell’utente rispetto a infiltrazioni d’aria laterali, dall’alto o dal basso è un test rapido eseguito da chi la indossa ogni volta che la mascherina viene indossata, per determinare se la mascherina è posizionata correttamente sul viso o va riadattata. Chissà come dei bambini

potrebbero essere ligi nell'utilizzo della mascherina, infatti non sono previsti e si capisce bene il perchè.

Se andiamo ad analizzare il protocollo per gli operatori sanitari con identificazione del rischio biologico, esposti a Covid-19, ci possiamo rendere facilmente conto del perché non è possibile utilizzare solo la chirurgica o FFp2, anche per i lavoratori. La selezione del tipo di DPI deve tenere conto del rischio di trasmissione di COVID-19 ed i DPI per la gestione di patologie ad alta contagiosità comprendono: Occhi/ Occhiali (DPI II cat.)-Occhiali a maschera (DPI III cat.); Occhi e mucose/Visiera (DPI III cat.); Vie respiratorie/Semimaschera filtrante-Semimaschera e quarti di maschera; Corpo/Indumenti di protezione (DPI III cat); Mani/Guanti monouso (DPI III cat); Arti inferiori/Calzari (DPI I, II, III cat.). Anche la procedura di vestizione e svestizione presenta delle sequenze precise per evitare il rischio di contagio. Nel rimuovere la mascherina FFp2 va assolutamente smaltita nel contenitore RSP-I (RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO [RSP-I]) che mancano totalmente nelle scuole.

Il dirigente scolastico dovrebbe tenere conto che lo schema di DM "Documento per la pianificazione delle attività scolastiche, educative e formative in tutte le Istituzioni del Sistema nazionale di Istruzione per l'anno scolastico 2021/2022" (Nr. Registro 0032144 del 27/07/2021) che l'Adozione del "Documento per la pianificazione delle attività scolastiche, educative e formative in tutte le Istituzioni del Sistema nazionale di Istruzione per l'anno scolastico 2021/2022" (Nr. 0000257 del 06/08/2021) ed il Piano scuola 2021-2022 - Documento per la pianificazione delle attività Scolastiche, educative e formative nelle istituzioni del Sistema nazionale di Istruzione - sembrerebbero NON solo NON conformi alla normativa vigente sugli studenti di ogni ordine e grado, sui dipendenti scolastici ma neanche è un Decreto Ministeriale visto che manchi di protocollo della Corte dei Conti e della pubblicazione in Gazzetta Ufficiali rendendolo INESISTENTE, quindi rimane una comunicazione, un mero protocollo, che non corrisponderebbe alle reali indicazioni per gestire un'emergenza sanitaria, che riguarderebbe solo le aziende sanitarie ed ospedaliere e non tocca assolutamente le scuole. I DPCM, regolamentati da LEGGE 23 agosto 1988, n. 400 all'articolo 18 comma 2, ci mostrano chiaramente che sono esclusivamente atti di alta amministrazione, utilizzati per la nomina di alte cariche dirigenziali. Diversi sono i Decreti del Presidente della Repubblica, come i Decreti Ministeriali od i Decreti linterministeriali. Con specifico riferimento alla potestà regolamentare dei singoli ministeri, in base all'art. 17, commi 3 e 4 della legge n. 400/1988, con decreto ministeriale possono essere adottati REGOLAMENTI nelle materie di competenza del ministro o di autorità sottordinate al ministro, quando la legge espressamente conferisca tale potere. Tali regolamenti, per materie di competenza di più ministri, possono essere adottati con decreti interministeriali, ferma restando la necessità di apposita autorizzazione da

parte della legge. I regolamenti ministeriali ed interministeriali diventano fonti secondarie e non possono dettare norme contrarie a quelle dei regolamenti emanati dal Governo in quanto organo collegiale e devono essere comunicati al Presidente del Consiglio dei ministri prima della loro emanazione. Anche i regolamenti ministeriali ed interministeriali, come quelli governativi sono adottati previo parere del Consiglio di Stato e sottoposti al visto ed alla registrazione della Corte dei conti e pubblicati nella Gazzetta Ufficiale. Seppur richiamati dal DL 25 marzo 2020, n. 19, convertito in Legge 22 maggio 2020, n. 35, dove all'Art. 2 - Attuazione delle misure di contenimento – comma 1. Le misure di cui all'articolo 1 sono adottate (N.d.R dal Sindaco) con uno o piu' decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, sentiti il Ministro dell'interno, il Ministro della difesa, il Ministro dell'economia e delle finanze e gli altri ministri competenti per materia, nonche' i presidenti delle regioni interessate, nel caso in cui riguardino esclusivamente una regione o alcune specifiche regioni, ovvero il Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome, nel caso in cui riguardino l'intero territorio nazionale” non modificano la loro funzione ad atto di nomina di alta amministrazione e non di regolamento se non come decreto interministeriale. Infatti non hanno conferito al Presidente del Consiglio dei ministri una funzione legislativa in violazione degli artt. 76 e 77 Cost., né tantomeno poteri straordinari da stato di guerra in violazione dell'art. 78 Cost., ma hanno ad esso attribuito unicamente il compito di dare esecuzione alla norma primaria mediante atti amministrativi sufficientemente tipizzati. Quindi non solo non ci sentiamo obbligati da nessuna imposizione emessa con i DPCM ma, se anche avessero la funzione di regolamenti e non ce l'hanno, dato che le limitazioni previste nei DL non potevano rivolgersi direttamente ai cittadini, i sindaci devono, qualora ne sussistano i presupposti di necessità e urgenza dovrebbero recepire i DPCM con ordinanza contingibile e urgente applicativa di una o più misure, per poter forse aver forza di Legge e forse comminare la sanzione amministrativa prevista per la violazione della stessa ma, in base alla Legge 241/90 le ordinanze DEVONO avere base legislativa per poter essere emesse quindi i DPCM non soddisfano questi requisiti obbligatori. Nemmeno possono produrre la base legislativa per il trattamento dei dati sensibili sanitari dei cittadini. Un obbligo fatto passare come tale ma che non lo è. Una specie di finto scudo penale che poco regge se un cittadino ne diventa consapevole. Solo il Sindaco, come massima autorità sanitaria, può decidere, in base all'emergenza epidemiologica, al limite di chiudere le scuole ma non assolutamente mettere DPI o dispositivi medici sui cittadini.

Chiediamo anche l'intervento di INAIL visto che l'assicurazione scolastica è uno strumento molto importante che pochi conoscono. Serve per integrare la copertura già attivata dall'istituto scolastico e proteggere i ragazzi da tutti gli incidenti che possono verificarsi durante le lezioni. L'assicurazione stipulata con l'Inail copre gli studenti da tutti gli infortuni che possono accadere

all'interno della scuola durante l'attività scolastica, che si tratti di lezioni classiche, attività fisica oppure laboratori di ogni tipo. Chiaro che noi genitori, di fronte a possibili danni derivati da un DPI illecito, siamo consapevoli che si potrebbe anche innescare un rifiuto del risarcimento, sia da INAIL che dall'assicurazione facoltativa privata. Crediamo che sulla questione FFp2 ed under16 non c'è da scherzarci.

E' bizzarro che troviamo facilmente la valutazione rischio/beneficio delle cinture di sicurezza sottolineando che il loro utilizzo non implica danni sull'organismo, dove leggiamo sul sito dell'ISS: "Da numerosissimi studi epidemiologici svolti negli ultimi 50 anni è emerso che, in media, l'uso della cintura di sicurezza dimezza la probabilità di morire in un incidente stradale. Per velocità all'impatto significative ma ancora contenute questo vantaggio può crescere notevolmente. Come si osserva dal grafico, il rischio indotto dal mancato uso delle cinture, quantificato dal rischio relativo (RR), non è uniforme con la velocità d'impatto, ma ha un massimo pari a 10 tra i 40-50 km/h. In altre parole, chi non porta le cinture ha in questa fascia di velocità di impatto una probabilità di morire 10 volte più grande di quella relativa a chi le indossa. A 30 km/h, come pure a 60 km/h il rischio è invece di 4 volte. Indipendentemente dalla velocità di impatto, gli studi epidemiologici mostrano che detto rischio è mediamente intorno a due". La stessa documentazione della valutazione rischi/benefici è accessibile per il casco, dove sempre sul sito dell'ISS troviamo: "Nel trattare il tema in relazione a quanto rilevato in Italia, riteniamo opportuno sottolineare un aspetto che non è stato sufficientemente considerato, anche a livello internazionale, aspetto da tenere in conto prima, durante e dopo l'introduzione di una legge sull'uso obbligatorio del casco di protezione per gli utenti delle due ruote motorizzate: la netta distinzione che deve farsi tra l'efficacia del dispositivo (casco) e l'efficienza delle azioni che ne impongono l'uso (leggi). E' bene ricordare che l'efficacia del casco nella prevenzione dei traumi alla testa delle due ruote è stata valutata positivamente in termini di biomeccanica, di epidemiologia analitica e con studi mirati e controllati, tipo prima-dopo, né sono stati mai dimostrati effetti collaterali non desiderati[...]In conclusione, mentre le considerazioni contro l'uso del casco o non sono verificate o sono addirittura contraddette dalla realtà delle cose, l'efficacia del dispositivo stesso nel ridurre consistentemente mortalità, morbosità e gravità delle lesioni alla testa, e di conseguenza i costi a queste associati, è largamente supportata dalla letteratura specialistica", dove risulti chiara che si discuta se l'utilizzo del casco, si protegga da lesioni, ma non deve creare un danno a chi lo utilizza. Oltretutto sono DPI che non vanno indossati tutto il giorno tutti i giorni ma solo nel momento che si sale in macchina/moto e possa esserci davvero un rischio concreto di incidenti. Invece sulle FFp2 sugli under6 non si riesce a trovare nulla. Confermato l'anno scorso dal Direttore Generale dell'ISS, Dott. Giovanni Rezza che, su richiesta con FOIA della valutazione rischio/beneficio delle mascherine sui

minori sopra i 6 anni, che ammette: “Oggetto: Riscontro istanza di accesso civico generalizzato - rapporto rischi/benefici obbligo delle mascherine in classe per i minori - Si riscontra l’istanza di cui all’oggetto, con la quale la S.V. chiede copia della documentazione “che attesti studi e rischi/benefici calcolati sulla base dell’utilizzo giornaliero prolungato di suddetto APVR imposto sui minori dai 6 anni di età, che possa dimostrare l’utilità del dispositivo senza avere ripercussioni sulla salute psico-fisica”. Al riguardo si rappresenta che questa Amministrazione per quanto di competenza non è in possesso della specifica documentazione richiesta” (All.1). A questo punto sembrerebbe rimanere solo un’imposizione politica, applicata anche in maniera approssimativa e senza valutazioni, ma che potrebbe trasformarsi in un dramma ed è qui che vogliamo intervenire. Ma non come “nomask” che vedono le mascherine inutili (per noi sono utili alle persone predisposte al loro utilizzo); dannose (per noi solo se con documentazione medica oppure esami anche specialistici che lo dimostrino); un simbolo di sottomissione (per noi invece un DPI non adeguato e non conforme ad un minore che nessuno e nessuna Legge può imporre) ma come tutori responsabili e consapevoli dei diritti del minore in questione.

Risulta chiaro che molti credono di applicare comportamenti giusti come applicare una legge a tutela della salute collettiva, come potrebbe essere quella anti fumo (Legge Sirchia 2003 “Tutela della salute dei non fumatori”) ed è lapalissiano che si possa impedire l’accesso agli studenti con la sigaretta in bocca e quindi si creda, allo stesso modo, di poter impedire l’accesso agli studenti senza mascherina. Ma è qui che chiediamo l’esercizio del pensiero critico perché non è la stessa cosa. Gli effetti sulla salute del fumo passivo sono ben più gravi di quanto si pensasse. Il fumo passivo contiene infatti più di 50 sostanze cancerogene, che vengono inalate dai non fumatori quasi nelle stesse quantità che assorbe chi fuma. E poiché l’organismo dei bambini e degli adolescenti è ancora in via di sviluppo, sono proprio i più piccoli i più vulnerabili rispetto agli effetti del fumo passivo, infatti il divieto è anche previsto nelle dimore private come in macchina. L’esposizione a fumo passivo può essere facilmente evitabile con ambienti completamente liberi da fumo (“smoke free”) che costituiscono soluzioni semplici, testate ed efficaci per la prevenzione dei danni da fumo. Anche i sistemi di ventilazione più sofisticati, infatti, non possono eliminare completamente il fumo passivo: solo gli ambienti smoke-free assicurano una protezione totale ai non fumatori. Ecco perché impedire l’accesso ai luoghi pubblici agli strumenti che creano fumo passivo nocivo, e non ai fumatori a prescindere, è corretto e conforme. Ma qui allora vanno chiariti e divisi i due concetti. Od è un DPI per la propria sicurezza personale od una specie di TSO (dispositivo medico imposto) per tutelare la salute degli altri. Costituzionalmente possiamo dire che il sacrificio dell’autodeterminazione di ciascuno si giustifica proprio e solo in presenza di reali rischi per gli altri e dopo attenta valutazione rischio/beneficio per tutelare comunque il singolo.

Ma devono essere rischi concreti e documentati, come il visibile e respirabile fumo passivo, non un virus che non si sa se c'è o meno in quel momento e stabilito sulla positività ad un tampone PCR o rapido che, senza ulteriori esami, non rileva neanche il Sars Cov-2. Infatti se andiamo a leggere le istruzioni di alcune marche di tamponi rapidi possiamo leggere: "Test rapido per la rilevazione degli antigeni nucleocapsidici SARS-CoV-2 in campioni di tampone nasale anteriore. Solo per uso diagnostico in vitro. Per l'autotest. Il test rapido per l'antigene SARS-CoV-2 è un test a flusso laterale per la rilevazione qualitativa dell'antigene nucleocapside da SARS-CoV-2 in campioni di tampone nasale anteriore direttamente da individui sospettati di COVID-19 entro i primi sette giorni dall'inizio dei sintomi. Il test può essere usato per analizzare campioni di soggetti asintomatici. Non distingue tra SARS-CoV e SARS-CoV-2. I risultati riguardano l'identificazione dell'antigene di SARS-CoV-2. Tale antigene si riscontra generalmente nei campioni prelevati dal tratto respiratorio superiore durante la fase acuta dell'infezione. I risultati positivi indicano la presenza di antigeni virali, ma per determinare lo stato dell'infezione sono necessarie l'anamnesi e altri diagnostici personali. I risultati positivi non escludono la presenza di infezioni batteriche o l'infezione simultanea con altri virus. L'agente patogeno rilevato potrebbe non essere la causa esatta della patologia. I risultati negativi ottenuti su soggetti con sintomi comparsi da oltre sette giorni dovrebbero essere trattati come probabili negativi. Se occorre, cercare la conferma attraverso un'analisi molecolare. I risultati negativi non escludono l'infezione da SARS-CoV-2. Il test antigenico rapido per SARS-CoV-2 è destinato all'uso come supporto per la diagnosi dell'infezione da SARS-CoV-2" dove, se cerchiamo SARS CoV troviamo: "Il coronavirus da sindrome respiratoria acuta grave, abbreviato in SARS-CoV o SARS-CoV-1 (dall'inglese Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 1), è un ceppo virale della specie SARS-related coronavirus, appartenente al genere dei Betacoronavirus, sottogenere Sarbecovirus. I Betacoronavirus (β -CoV) sono il secondo di quattro generi: alfa, beta, gamma e delta, della sottofamiglia Orthocoronavirinae nella famiglia dei Coronaviridae, dell'ordine Nidovirales. Si ritiene che i coronavirus causino una percentuale significativa di tutti i raffreddori comuni negli adulti e nei bambini. I sintomi che si riscontrano più frequentemente sono febbre e adenoidite acuta con maggior incidenza durante l'inverno e l'inizio della primavera. In molti casi i coronavirus possono causare polmonite, polmonite virale diretta o polmonite batterica secondaria; inoltre possono portare anche allo sviluppo di bronchite, bronchite virale diretta o bronchite batterica secondaria. I ceppi causa delle principali patologie che interessano l'uomo appartengono al genere Betacoronavirus. I coronavirus sono stati responsabili delle gravi epidemie di SARS del novembre 2002, di quella della MERS del 2012 e della pandemia di COVID-19 del 2020. Quando un virus si replica o crea copie di se stesso a volte cambia leggermente. Questi cambiamenti sono chiamati "mutazioni". Un virus con una o più nuove mutazioni viene indicato come una "variante" del virus originale. Finora sono state identificate in tutto il mondo centinaia di

varianti di questo virus ma che non sono uguali al SARS CoV2. L'OMS e la sua rete internazionale di esperti monitorano costantemente le modifiche in modo che, se vengono identificate mutazioni significative, l'OMS può segnalare ai Paesi eventuali interventi da mettere in atto per prevenire la diffusione di quella variante. Ecco in sintesi una breve descrizione di tutte le varianti definite preoccupanti “variants of concern” (Voc) dall'OMS ma che non sono state normate né inserite nell'allegato del D.lgs 81/08:

- Variante Omicron (Variante B.1.1.529) rilevata per la prima volta in Sud Africa il 24 novembre 2021. Attualmente predominante in Italia ed Europa.
- Variante Delta (Variante VUI-21APR-01, nota anche come B.1.617) rilevata per la prima volta in India.
- Variante Gamma (Variante P.1) con origine in Brasile.
- Variante Beta (Variante 501Y.V2, nota anche come B.1.351) identificata in Sud Africa.
- Variante Alfa (Variante VOC 202012/01, nota anche come B.1.1.7) identificata per la prima volta nel Regno Unito.

Dato che nei tamponi rapidi troviamo scritto chiaramente: “I risultati positivi indicano la presenza di antigeni virali, ma per determinare lo stato dell'infezione sono necessarie l'anamnesi e altri diagnostici personali. I risultati positivi non escludono la presenza di infezioni batteriche o l'infezione simultanea con altri virus. L'agente patogeno rilevato potrebbe non essere la causa esatta della patologia” ed ecco forse risolto il mistero di chi si ammala più volte con positività a tampone, non si sa a cosa a questo punto, o del perché si sia ammalato anche chi vaccinato con tre dosi.

E' necessario fare, a tal proposito, alcune precisazioni e mettere al loro posto le figure che gravitano attorno ai minori. Come cittadini e come genitori, nonché responsabili della tutela del diritto soggettivo del minore in questione, vediamo applicarsi azioni che non sembrerebbero conformi alla normativa vigente, dove potrebbe essere seriamente valutata la responsabilità civile o penale. Stiamo assistendo da due anni ad una conversione dalle scuole a reparti ospedalieri pediatrici dove, il diritto all'istruzione, socializzazione ed inclusione viene prevalicato dal diritto alla salute collettiva, che non esiste ma possono esserci problemi di salute pubblica, ricordando che la salute non è solo fisica, dove anche l'OMS dichiara: “La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia”. Le scuole si prendono cura della mente e dello spirito degli alunni, dove sia facile trovare uno psicologo supportato dalla pedagogia non l'infermiera od il medico, hanno l'obbligo della tutela psico-fisica (impedire che subiscano violenza fisica, verbale o psicologica) mentre hanno in deroga

da parte dei genitori l'obbligo di sorveglianza (impedire che si facciano del male o che ci siano delle condizioni esterne tali da creare loro un danno) ma NON possono occuparsi della loro salute. La cura del minore è un obbligo in capo esclusivo alla responsabilità genitoriale. Prima il pediatra e poi le scuole sono sì osservatori della responsabilità genitoriale ma subentrano, come segnalatori e non esecutori, su questioni gravissime e documentate di incuria, indigenza e violenza. Infatti le scuole possono fare "potenziamento delle discipline motorie e sviluppo di comportamenti ispirati a uno stile di vita sano, con particolare riferimento all'alimentazione, all'educazione fisica e allo sport" ma non consigliare o promuovere prodotti farmaceutici, oltretutto vietato dalla delicata legge della pubblicità occulta sui medicinali, od esami medici. Se vogliono parlare di farmaci preventivi, come lo sono le vaccinazioni, oppure esami medici come il tampone devono invitare esclusivamente noi genitori e non di certo ammorbare i minori con argomenti che non li riguardano. Come anche la prescrizione del pediatra sulla mascherina chirurgica. Se non c'è nessuno può obbligare il minore a portarla. E non si parla di fantascienza ma di normativa vigente. La scuola si occupa di istruzione e non di salute. Quindi le scuole possono certamente promuovere buone abitudini come starnutire nel gomito, usare fazzoletti usa e getta, lavarsi spesso le mani, aerare i locali spesso, invitare i genitori a tenere a casa i bambini se presentano malessere ma nulla più. Promuovere non obbligare. Se un bambino è in grado, in base al suo stato di salute, di frequentare un'aula scolastica ha diritto a farlo. Lo stato di salute di un altro bambino, anche se fosse tutta la classe a parte lui, non può prevaricare il suo diritto all'istruzione. Il dirigente scolastico non può imporre Dispositivi Medici sui cittadini per contenere l'epidemia oppure DPI che necessitano un'accurata valutazione rischi/benefici seppur ci sia una Legge, palesemente non conforme, ad indicarlo. Non può certo fare le veci del Medico di Medicina Generale o del Pediatra visto che potrebbe portare ad usurpazione di funzioni pubbliche se non abuso di ufficio. Non solo potrebbero portare ad un reato di violenza privata con l'aggravante sui minori ma anche a lesioni personali colpose nel caso in cui si riscontrassero problematiche dovute al loro uso prolungato. Nessun dispositivo medico può essere imposto ad un paziente senza previa diagnosi medica e rimane personale poi scegliere di seguire il consiglio medico come ben normato con la Legge 219/2017, come per il tampone che rimane una scelta personale che non deve uscire dallo studio del medico. Questo non può essere considerato un'azione di tutela della salute pubblica ma un vero attacco all'autodeterminazione del cittadino come azione politica repressiva.

Le modificazioni della fisiologia respiratoria legate alla FFp2, reputati DPI pesanti e che necessitano di giusta ed approfondita valutazione, possono avere un effetto negativo sull'emogasanalisi di chi lo indossa in modo subclinico e in alcuni casi anche clinicamente manifestato e, quindi, avere un effetto negativo sulla base di tutta la vita aerobica, della respirazione esterna

e interna, con un'influenza su un'ampia varietà di sistemi di organi e processi metabolici con conseguenze fisiche, psicologiche e sociali per l'individuo umano. Non serve la laurea in medicina per poter leggere le considerazioni di medici e specialisti, basta la quinta elementare. Ecco perché è obbligatoria la prescrizione del medico del paziente. Non si risolve con un "Massi è solo una mascherina, che male fa?". Come non serve la laurea in giurisprudenza per comprendere le probabili violazioni del diritto soggettivo del minore. Comunque se anche non ci fosse il danno biologico od esistenziale tramite certificazione medica, si può sempre portare il danno morale con il grave disagio personale dato che gli effetti negativi derivanti dall'uso delle mascherine possono riassumersi in:

- Sensazione di scomodità
- Irritazione della pelle e sudorazione eccessiva
- Senso di claustrofobia oppure mancanza di respiro

Disagio personale che potrebbe creare anche lesioni personali colpose più avanti e, questione altrettanto importante, potrebbe aver interferito con la concentrazione allo studio dello studente procurando interruzione (disturbo) di pubblico servizio.

Vogliamo puntualizzare che non ci siamo accaniti contro le mascherine, il problema di base è proprio l'approccio e l'imposizione di tutte le regole contro il Covid-19 come probabile abuso sul minore che sta presumibilmente creandogli un danno. Infatti nel protocollo si specifica che: "Permanenza a scuola non consentito in caso di: sintomatologia compatibile con COVID-19, quale, a titolo esemplificativo: sintomi respiratori acuti come tosse e raffreddore con difficoltà respiratoria, vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere), diarrea (tre o più scariche con feci semiliquide o liquide), perdita del gusto, perdita dell'olfatto, cefalea intensa e/o temperatura corporea superiore a 37.5°C e/o test diagnostico per la ricerca di SARS-CoV-2 positivo". Questo perché dove venga normato solo il Sars Cov2 a biorischio 3, elevato rischio individuale, basso rischio collettivo, senza menzione per le molteplici varianti con nomi fantasiosi che viene trattato con il vecchio, e sempre vigente, D.M. 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse" che, con il Regolamento Pediatrico Sanitario è ancora Legge Secondaria. Ben al di sopra di circolari o verbali del CTS. L'allontanamento dalla collettività di nidi e materne (0-6 anni), a causa di una malattia, si rende necessario non solo ai fini di prevenire il contagio ad altri bambini, ma per tutelare il bambino malato. I piccoli di questa fascia di età, infatti, necessitano in ogni situazione di malessere, indipendentemente dalla contagiosità, della presenza di una figura parentale di riferimento. Premesso quanto sopra, gli operatori e gli educatori, devono provvedere ad avvisare

tempestivamente i familiari e allontanare al più presto il bambino che presenta i seguenti segni o sintomi, utilizzando il formale modulo di allontanamento:

- Febbre, se supera i 38° C
- Tosse persistente con difficoltà respiratoria
- Diarrea o vomito (3 episodi nella stessa giornata)
- Sospetta congiuntivite in presenza di secrezione purulenta
- Esantema diffuso o eruzione cutanea ad esordio improvviso
- Stomatite con abbondante salivazione e/o difficoltà di alimentazione
- Pianto persistente inusuale per quel bambino
- Inusuale apatia, scarsa reattività

Si parla di febbre sopra i 38° perchè al di sotto è febbricola. Con il termine "febbricola" s'intende un lieve rialzo della temperatura corporea, che sale al di sopra dei valori normali (36.4/37.2°C) rimanendo al di sotto dei 38°C. Generalmente, si considera "febbre" qualsiasi innalzamento termico corporeo al di sopra dei valori normali, di cui la febbricola, superando appena i valori fisiologici, rappresenta la variazione minima. Tuttavia, è bene puntualizzare che nel corso della giornata l'organismo può subire alcune lievi modulazioni termiche legate, in particolar modo, alla secrezione di alcune sostanze, favorita dai ritmi circadiani: sembra che la temperatura più bassa sia raggiunta alle 4 del mattino (36.4°C), mentre il picco superiore a metà pomeriggio (circa 37.5°C). Almeno l'ECDC dettaglia meglio i sintomi con tosse, febbre ($\leq 38^\circ$), difficoltà respiratoria, Anosmia (perdita del senso dell'olfatto per lesione delle vie o dei centri olfattivi), Ageusia (perdita del senso del gusto dovuta a lesione delle vie o dei centri gustativi), e Disgeusia (distorsione o indebolimento del senso del gusto) oltre a sintomi secondari oppure atipici.

Per la fascia 6-16 anni neanche è previsto l'allontanamento solo per la febbre, men che meno 37,5°. E' lo studente che denuncia il suo stato di salute e manifesta il desiderio di tornare a casa. Solo se ha una condizione che non gli permette di stare in classe (diarrea incontrollabile). Lo stato di salute dello studente non può precludere il suo diritto all'istruzione come lo stato di salute di uno studente non può precludere il diritto all'istruzione degli altri.

Partiamo con ordine per provare a ripristinare un po' di legalità e serietà di questa classe politica che gioca con i diritti dei cittadini, anche con quelli dei più piccoli ed indifesi.

ASSENZA PER MOTIVI FAMILIARI - Per la scuola le assenze devono essere giustificate. Sia l'avviso da parte dei genitori che il certificato di buona salute servono essenzialmente per questo. Giustificare l'assenza. Qualsiasi assenza che non riguardi lo stato di salute del minore non necessita di niente se non l'avviso, orale o scritto, da parte dei genitori. Se si tratta di un'assenza prolungata e programmata basta avvisare prima la scuola anche per far preparare compiti od altro. Nella fascia 6-16 anni sono previsti un tot massimo di giorni d'assenza per non precludere, a causa del pregiudizio dei genitori, l'istruzione obbligatoria al minore e per evitare l'abbandono scolastico.

ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE - Se un alunno si ammala sta a casa con la sua mamma e babbo. I genitori giustificano l'assenza a scuola del minore con la "malattia" senza essere tenuti a specificare neanche quale. Se la malattia è trattabile non si è costretti a contattare un medico. Se invece c'è un preoccupante peggioramento e i malesseri persistono, anche per non rischiare l'incuria, ci si rivolge al Pediatra di Base. La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità. Qui potrebbe non solo consigliare farmaci o trattamenti per curare i sintomi ma anche esami per certificare la probabile patologia e consigliare una cura più mirata. Quindi spetterebbe al Pediatra consigliare il tampone molecolare od antigenico e prescriberlo. Al paziente o, nel caso dei genitori che fanno le veci del minore, spetta la sua consapevole adesione (o meno) al trattamento sanitario che il medico gli propone per curare la patologia, esplicazione del principio costituzionale secondo cui nessuno può essere obbligato a subire un determinato trattamento sanitario. Tutto quello che avviene nello studio del medico è protetto da segreto professionale, tutelato da privacy. La scuola può ricevere, dopo una lunga malattia, il certificato di rientro senza conoscere patologia, cure od esami. Quindi chiedere l'esito del tampone per rientrare a scuola è assolutamente illecito. Al momento non esiste un obbligo di legge che imponga di esibire il certificato medico per un'assenza lunga. Quindi si non esiste obbligo di Legge perchè la scuola è aperta a tutti, anche ai bimbi con moccio o febbre, e può solo allontanare i bambini che presentano preoccupanti sintomi generici per cui non esiste l'impedimento d'accesso per questioni di salute del minore. Soprattutto se il bimbo non ha sintomi e può frequentare. Presentare il certificato dopo 6 giorni d'assenza, non lavorativi, diventa quindi una questione regionale seppur molte Regioni lo avessero proprio tolto.

OBBLIGO DI DIMORA PER GLI INFETTI E MALATI COVID CERTIFICATI -

Sempre nelle scuole, in collaborazione con l'ASL, stanno avvenendo azioni verso i minori poco trasparenti. Vediamo di mettere ordine. Ad un minore viene fatto fare il tampone e risulta positivo, seppur non diagnostico ad infezione a Sars Cov2 senza ulteriori esami. L'asl dovrebbe contattare il Sindaco per applicare la limitazione prevista nel DL 25 marzo 2020, n. 19, convertito in Legge 22 maggio 2020, n. 35 dove troviamo all'articolo 2: "e) divieto assoluto di allontanarsi dalla propria abitazione o dimora per le persone sottoposte alla misura della quarantena perché risultate positive al virus" perchè, per l'Art. 254 TULLSS 1265/34, il sanitario che nell'esercizio della sua professione sia venuto a conoscenza di un caso di malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, deve immediatamente farne denuncia al podestà e all'ufficiale sanitario comunale e coadiuvarli, se occorre, nella esecuzione delle disposizioni emanate per impedire la diffusione delle malattie stesse e nelle cautele igieniche necessarie. Questo vuol dire che il Sindaco deve emettere Ordinanza Comunale, ad personam al soggetto positivo, in collaborazione con ASL ma non può farlo direttamente l'asl od il dirigente. Quanti giorni? Quanti necessari, di solito si parla di 11 come media. Poi valuterà l'ASL. L'Ordinanza vale come certificato sia per la scuola che per la malattia per i dipendenti, come anche la giustificazione per l'assenza dal lavoro dei genitori. Se si è malati, perchè positivi, non è prevista la DaD. Finito l'obbligo di dimora si torna alla vita normale. Ed il tampone? Non è previsto nelle limitazioni imposte al Sindaco quindi NON è obbligatorio ma rimane un esame consigliato che spetta al paziente decidere di fare. Il dirigente scolastico può essere allertato? Sì e no. Cioè non sarebbe tenuto a conoscere le motivazioni dell'assenza dello studente ma un elemento da considerare è costituito dal possibile insorgere di casi acuti di malattie di cui si sospetti la natura infettiva nell'ambito di collettività: una situazione di particolare allarme è quella costituita dalle scuole. In tali situazioni può essere il Dirigente scolastico il primo ad apprendere, dalla famiglia o diretti conoscenti, di casi di malattia infettiva di particolare gravità. Se pure non sia evidentemente possibile includere i Dirigenti scolastici tra i soggetti con titolarità alla segnalazione di malattia infettiva, tuttavia, allo scopo di migliorare ulteriormente soprattutto la tempestività della sorveglianza sanitaria e, in taluni casi, anche l'estensione della griglia di osservazione, è da prevedere che, nei casi in cui essi vengano a conoscenza di casi per cui sia stato posto da un medico il sospetto di malattia infettiva, ne diano comunicazione all'ASL, per i successivi approfondimenti, fermo restando la responsabilità e titolarità della indagine e delle eventuali disposizioni comunque in capo alle ASL. Chiaro che non sia lui a mettere in quarantena la classe o la scuola ma spetta al Sindaco altrimenti il dirigente rischierebbe di commettere usurpazione di funzioni pubbliche, violenza privata ed interruzione di pubblico servizio.

QUARANTENA PRECAUZIONALE PER CHI A CONTATTO CON POSITIVO

- Seppur lo stato di salute di un alunno positivo non potrebbe precludere l'istruzione di un altro è stata applicata la quarantena a tutta la classe in assenza totale di sintomi. Ed è qui che cominciamo ad avere delle serie perplessità. Sempre come responsabilità del Sindaco, all'articolo 1 del DL 19/2020 troviamo: "d) applicazione della misura della quarantena precauzionale ai soggetti che hanno avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva o che ((entrano nel territorio nazionale)) da aree ubicate al di fuori del territorio italiano". Qui non si parla più di positività a virus Sars Cov-2 ma di diagnosi certificata di patologia Covid-19. Per capire come possa essere applicata la quarantena va prima letta la Legge 9 febbraio 1982, n. 106 "Approvazione ed esecuzione del regolamento sanitario internazionale, adottato a Boston il 25 luglio 1969, modificato dal regolamento addizionale, adottato a Ginevra il 23 maggio 1973" che dice all'articolo 1: ["Quarantena (in)" indica la condizione o la situazione di una nave, aeromobile, treno, veicolo stradale, altro mezzo di trasporto o container nel periodo in cui un'autorità sanitaria applica nei suoi confronti le misure atte a prevenire la diffusione di malattie, di focolai di malattie o di vettori di malattie]. Quindi a cosa possiamo collegare la quarantena, la quale non prevede un'aula scolastica come un ufficio? A chi rientra da viaggi all'estero dalle zone aeroportuali e frontaliere. Infatti viene specificato che l'applicazione della misura della quarantena precauzionale può essere applicata ai soggetti che hanno avuto contatti stretti (minimo 15 minuti, faccia a faccia, senza dispositivi di protezione individuale o distanziamento) con casi confermati di malattia infettiva diffusiva o (ovvero – di chi) ((entra nel territorio nazionale)) da aree ubicate al di fuori del territorio italiano". A questo punto abbiamo 3 osservazioni basate su fatti oggettivi. Il minore non è positivo a Sars Cov-2, non ha avuto contatti stretti con un malato certificato di Covid-19 e certamente non era su un mezzo di trasporto che è rientrato in Italia ma si ritrova comunque in quarantena precauzionale, oltretutto in grave condizione di pregiudizio per la diversa gestione in base allo status vaccinale, senza aver ricevuto ordinanza del Sindaco. Non passando neanche dal pediatra ma in complicità tra ASL e dirigente scolastico

Neanche il Sindaco ha le basi legislative, come richiesto nella Legge 241/90, per emettere ordinanza su soggetti sani, cioè in assenza di rischio/emergenza documentabile. Mai può permettersi di limitare od impedire l'accesso scolastico senza fatti oggettivi, ad obbligare uno studente ad un esame medico in assenza totale di ogni sintomo che potrebbe ricondurre ad una patologia certificata. Lo stato di salute di una persona positiva a tampone (alunno od insegnante che sia) non può comprimere il diritto all'istruzione, socializzazione ed inclusione di altri come ben rilevato anche dalla normativa emessa per gestire l'emergenza e, seppur si sia cercato di imporre la Didattica a Distanza, non può compensare a pieno quel diritto. Anche la Didattica a Distanza (DaD) sembrerebbe presentare delle

connotazioni illecite e con difetto di costituzionalità. Lo Stato DEVE garantire sì istruzione ma anche socializzazione ed inclusione e, purtroppo, con le lezioni individuali ed online non vengono garantiti. La DaD NON può essere decisa dal dirigente scolastico nè per tutti gli studenti. È collegata all'ordinanza di chiusura delle scuole quindi decisa assieme al Sindaco, non in autonomia, per il tempo necessario dell'ordinanza. In VERA e DOCUMENTATA emergenza. La DaD costituisce da sempre uno degli strumenti fondamentali utilizzati dai docenti impegnati nei servizi di Scuola In Ospedale e l'Istruzione Domiciliare. Solo perché lo studente regolarmente iscritto, per SUOI problemi di salute, non può frequentare l'aula. Il servizio è erogato per gli alunni che, a causa della temporanea malattia, non possono frequentare la scuola per più di 30 giorni. L'istruzione domiciliare è attivata, a seguito della richiesta della famiglia, dalla scuola dell'alunno secondo i requisiti e le modalità che sono specificati di seguito. Il servizio di istruzione domiciliare, che lo si concepisce come temporaneo, trova il suo presupposto nel principio costituzionale della concretizzazione del diritto allo studio per tutti gli alunni; tuttavia, esso costituisce una "doverosa eccezione" rispetto alla regola, per non privare il processo formativo dell'indispensabile valore aggiunto dell'apprendere nel gruppo classe, organizzazione strutturata per la formazione e per l'educazione delle persone. Le patologie che consentono l'attivazione dell'istruzione domiciliare, dopo il ricovero in ospedale, sono quelle qui di seguito elencate:

- patologie onco-ematologiche
- patologie croniche invalidanti, che comportano allontanamento periodico dalla scuola
- malattie o traumi acuti temporaneamente invalidanti
- patologie o procedure terapeutiche prolungate, oltre al periodo di ospedalizzazione, che impediscono una normale vita di relazione. Non su TUTTI gli alunni sani ai quali è stato IMPEDITO fisicamente di accedere a scuola e deciso arbitrariamente dal dirigente scolastico come se fosse il proprietario della scuola od il tutore del minore.

Stesso discorso per il distanziamento. Può esistere una postazione dei banchi di scuola, un segno per terra per ordinare una fila ma nessuno può impedire ad un altro essere umano di avvicinarsi a chi lo voglia. L'antropologo Edward T. Hall elaborò il modello delle distanze interpersonali, che racchiudono le 4 tipologie di distanze che le persone assumono nei rapporti sociali:

- Distanza intima (0 – 45 cm) Questo spazio può essere violato solo da persone con cui si ha un rapporto molto intimo e affettivo, come ad esempio un familiare o il partner.

- Distanza personale (45 – 120 cm) Nel mondo occidentale rappresenta la distanza ideale per buona parte delle interazioni, e coincide con la distanza necessaria per una stretta di mano. Solitamente indica che tra i due interlocutori esiste un rapporto di amicizia e confidenza.
- Distanza sociale (120 – 300 cm) Sono le distanze da adottare quando discuti con una persona con cui hai un rapporto formale e permette di trovare una situazione di comfort quando ti ritrovi a dover parlare a colloqui di lavoro o a trattative importanti.
- Distanza pubblica (oltre 3 m) E' la distanza che viene adottata nelle conversazioni in pubblico in cui è praticamente impossibile interagire con il singolo. Esempi di conversazioni che usano questa distanza sono i comizi, oppure gli spettacoli.

Impedire alle persone di abbracciarsi, oppure ai bambini di avere contatti stretti con altri bambini, dovrebbe essere definito un crimine contro l'umanità. La Prosemica indica lo spazio che viene adottato dalle persone quando si relazionano e può dare importanti informazioni sul tipo di rapporto che esiste fra i due interlocutori, rapporto che non può essere deciso dal Governo o da ordinanze del Sindaco, men che meno da terze persone se non in violenza privata, con tutto giustificato dall'emergenza Covid-19 che sta durando il triplo della peste a Milano (629-630) in un periodo storico dove non c'erano aspirina, antibiotici e vaccini ed accesso alle strutture sanitarie, ancora prima di avere acqua potabile e sistema fognario, oltre alla dieta mediterranea.

Come dovere civico da cittadino e per evitare di alimentare la psicosi di massa inerente alla gestione del Covid-19 comunque il minore ha accettato di aderire alle varie imposizioni senza contestare. Andare in giro senza febbre oppure sintomi, starnutire nel gomito, usare fazzoletti usa e getta, igienizzarsi le mani o lavarsele frequentemente, indossare una mascherina se si hanno sintomi influenzali o meglio rimanere isolato a casa anche per rispetto verso gli altri. Mai avrebbe immaginato che da questo si potesse passare alla perdita della sua dignità e partecipazione alla società. Dopo tre anni scolastici irrimediabilmente persi (pensiamo alle scuole di secondo grado rovinare totalmente) sta diventando imbarazzante e lesivo per la nostra intelligenza. Il danno morale più grave è stato senz'altro dato dal diniego d'accesso di varie attività, seppur sano come un grillo, se non indossava un dispositivo medico senza prescrizione medica, se non assumeva un farmaco senza prescrizione medica oppure non faceva un esame in eccesso a pagamento senza prescrizione medica. Tre condizioni vietatissime in Italia ma che sembra tutto giustificato da un'emergenza che non c'è e che sta durando anche troppo. Il minore, fino al compimento della maggiore età, è soggetto alla responsabilità dei genitori e l'interesse del minore è alla base della disciplina della rappresentanza legale dei genitori. Un minore dovrebbe

essere tutelato, anche da azioni governative, che lo potrebbero porre in grave condizione di pregiudizio su scelte genitoriali che non gli spettano. Nella DICHIARAZIONE UNIVERSALE DEI DIRITTI DEL FANCIULLO (Dichiarazione di New York 1959) troviamo che nello Statuto, i popoli delle Nazioni Unite hanno riaffermato la loro fede nei diritti fondamentali dell'uomo e nella dignità e nel valore della persona umana, e che essi si sono dichiarati decisi a favorire il progresso sociale e a instaurare migliori condizioni di vita in una maggiore libertà. Il fanciullo deve godere di tutti i diritti enunciati nella presente Dichiarazione. Questi diritti debbono essere riconosciuti a tutti i fanciulli senza eccezione alcuna, e senza distinzione e discriminazione fondata sulla razza, il colore, il sesso, la lingua, la religione o opinioni politiche o di altro genere, l'origine nazionale o sociale, le condizioni economiche, la nascita, o ogni altra condizione, sia che si riferisca al fanciullo stesso o alla sua famiglia. Il fanciullo deve beneficiare di una speciale protezione e godere di possibilità e facilitazioni, in base alla legge e ad altri provvedimenti, in modo da essere in grado di crescere in modo sano e normale sul piano fisico intellettuale morale spirituale e sociale in condizioni di libertà e di dignità. Nell'adozione delle leggi rivolte a tal fine la considerazione determinante deve essere del fanciullo. Il fanciullo deve essere protetto contro le pratiche che possono portare alla discriminazione razziale, alla discriminazione religiosa e ad ogni altra forma di discriminazione Deve essere educato in uno spirito di comprensione, di tolleranza, di amicizia fra i popoli, di pace e di fratellanza universale, e nella consapevolezza che deve consacrare le sue energie e la sua intelligenza al servizio dei propri simili ma non annientarsi per gli altri. Noi possiamo assicurare che non porteremo i figli a scuola se malati.

Dato il caso di pubblico interesse, visto potrebbe interferire anche con il diritto all'istruzione, trattandosi di azioni verso i minori, dove il bambino deve godere di tutti i diritti ed in ogni legge, provvedimento, iniziativa pubblica o privata e in ogni situazione problematica, l'interesse del bambino deve avere la priorità, chiedo l'avvio di procedimenti di valutazione, dettagliati e documentati, dalle figure istituzionali coinvolte ricordando che "anche il silenzio-assenso è stato qualificato non compatibile in presenza di procedimenti complessi in cui, per garantire effettività agli interessi tutelati, è necessaria una espressa valutazione amministrativa: in questi casi, ammettere tale comportamento della P.A. significherebbe legittimare la medesima a non svolgere quella attività istruttoria imposta a livello comunitario per la tutela di particolari valori e interessi (Corte Giust. CE 28-02-1991, C-360/87)".

INOLTRE CHIEDIAMO:

Copia della documentazione, non Link o FAQ, che attesti studi e rischi/benefici calcolati sulla base dell'utilizzo giornaliero prolungato di suddetto APVR imposto sul minore dai 6 anni di età, che possa dimostrare l'utilità del dispositivo senza avere ripercussioni sulla sua salute psico-fisica, in formato digitale all'indirizzo di posta PEC/Email xxxxxxxxxxxx

Con la presente diffidiamo gli organi istituzionali competenti e li invitiamo ad adempiere ai propri obblighi di legge ed a rispondere alla nostra richiesta entro e non oltre i termini di 5 giorni dalla ricezione della stessa visto l'urgenza, trattandosi sempre di tutela della salute su minori che sembrerebbe sempre in cima alla lista delle priorità del Governo ma solo nella forma della vaccinazione, omettendo invece che la salute sia uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia, qualunque essa sia.

Firma

Xxxx xxxx

Xxxxx xxxx

Allegati:

- documento d'identità