

Gent.ma Dirigente Scolastica / Egregio Dirigente Scolastico,

a seguito dell'entrata in vigore del DPCM 3 novembre 2020¹, in vigore dal 6 c.m., è stato reso obbligatorio nell'Istituto da Lei gestito l'uso continuativo delle mascherine anche in condizione di staticità al banco laddove sia garantito comunque il distanziamento.

Con mero spirito collaborativo, scriviamo per segnalare che **l'utilizzo continuativo del dispositivo di protezione individuale non è espressamente previsto nel testo dell'ultimo DPCM.**

Infatti, all'art. 1, comma 9, lettera s) è riportato quanto segue: «L'attività didattica ed educativa per la scuola dell'infanzia, il primo ciclo di istruzione e per i servizi educativi per l'infanzia continua a svolgersi in presenza, con uso obbligatorio di dispositivi di protezione delle vie respiratorie salvo che per i bambini di età inferiore ai sei anni e per i soggetti con patologie o disabilità incompatibili con l'uso della mascherina».

Detto articolo deve però essere necessariamente letto ed interpretato in coerenza sia con l'antecedente **art. 1, 1° co.** del medesimo DPCM, che **espressamente fa sempre salvi i protocolli e le linee guida anti-contagio previste per le attività economiche, produttive, amministrative e sociali**, nonché le linee guida per il consumo di cibi e bevande, sia con la base giuridica da cui il DPCM stesso trae la propria efficacia, ossia il **D.L. n.125 del 7 Ottobre 2020**, che a sua volta all'art.1, comma 1, lett.b) dispone la possibilità di prevedere l'obbligatorietà dell'utilizzo di dispositivi di protezione nei luoghi al chiuso "e comunque **con salvezza dei protocolli e le linee guida anti-contagio previste per le attività economiche, produttive, amministrative e sociali**, nonché delle linee guida per il consumo di cibi e bevande".

Di precisare quali siano questi protocolli e linee guida applicabili in ambito scolastico se ne era già occupato il **Ministero dell'Istruzione** - Dipartimento per il sistema educativo di istruzione e formazione che, in seguito al D.L. del 7 ottobre 2020 n.125, che introduceva quale misura di prevenzione appunto l'obbligatorietà di "portare con sé dispositivi di protezione delle vie respiratorie, con possibilità di prevederne l'obbligatorietà dell'utilizzo nei luoghi al chiuso accessibili al pubblico, [...], aveva ritenuto necessario precisare nella **nota esplicativa n.1813 dell'8.10.20**² le indicazioni fornite dal CTS:

«Rimarcando l'importanza dell'uso di dette mascherine, si specifica che:

- *Nell'ambito della scuola primaria, per favorire l'apprendimento e lo sviluppo relazionale, la mascherina può essere rimossa in condizioni di staticità (i.e. bambini seduti al banco) con il rispetto della distanza di almeno un metro (n.d., cd. "rima buccale", ovvero distanza di un metro tra bocca e bocca) e l'assenza di situazioni che prevedono la possibilità di aerosolizzazione (es. canto)".*
- *Nella scuola secondaria, anche considerando una trasmissibilità analoga a quella degli adulti, la mascherina potrà essere rimossa in condizioni di staticità con il rispetto della distanza di almeno un metro (n.d. rime buccali, ut supra), l'assenza di situazioni che prevedono la possibilità di aerosolizzazione (es. canto) e in situazione epidemiologica di bassa circolazione virale come definita dall'autorità sanitaria».*

Nella **Nota operativa n.1990** pervenuta nella giornata del **5 Novembre** sempre dal **Ministero dell'istruzione**³, nulla viene specificato in merito a nuovi obblighi previsti per le condizioni di staticità laddove sia assicurato il distanziamento. Anzi, a pag.4 è scritto testualmente «**Nulla è innovato a riguardo dell'attività didattica ed educativa per la scuola dell'infanzia, il primo ciclo di istruzione e per i servizi educativi per l'infanzia, la quale continua a svolgersi in presenza, salvo la situazione delle "zone rosse" di cui si è trattato in precedenza**».

¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/11/04/20A06109/sg>

² <https://www.istruzione.it/rientriamoascuola/allegati/Nota%20Uso%20delle%20mascherine.pdf?fbclid=IwAR37ii7P7ccplU-Z48O1gWRbeAJNBpZgJdNoWpfp5-rDzKUPI4cz2IKFFVs>

³ <https://www.miur.gov.it/web/guest/-/dpcm-del-3-novembre-inviata-alle-scuole-la-nota-operativa>

Infatti, alla data dell'8.11.20 il sito dello stesso Ministero, alla Sezione n.1 delle "Domande e risposte"⁴, così riportava:

Domande e risposte

In questa sezione, in costante aggiornamento, sono disponibili le risposte alle vostre domande più frequenti.

- | | |
|--|---|
| 1. A scuola con la mascherina | 4. Scuola infanzia |
| 2. Organizzazione scolastica in tempo di Covid | 5. Alunni fragili |
| 3. Didattica Digitale Integrata | 6. Alunni con disabilità |
| 7. Gestione di casi sospetti e focolai | 10. App Immuni |
| 8. Lavoratori fragili | 11. Protezione dei Dati Personali |
| 9. Lavoratori in quarantena | 12. Supporto psicologico |

SEZIONE n.1: A SCUOLA CON LA MASCHERINA

Le lezioni in aula si svolgono con la mascherina?

Il Comitato Tecnico Scientifico per l'emergenza (CTS) nel [verbale n. 100 del 12 agosto 2020](#) ribadisce che, nelle situazioni in cui non sia possibile garantire il distanziamento fisico, è necessario l'utilizzo della mascherina per gli studenti di età superiore a 6 anni.

Inoltre, fondamentale importanza riveste l'**art.1 comma 6 del DPCM 3.11.20**, il quale prescrive che "Le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 sono comunque **derogabili esclusivamente con Protocolli validati dal Comitato tecnico-scientifico**". Non si conosce né è stato divulgato alcun Protocollo del CTS che abbia modificato le misure contenute nei Protocolli e nelle linee guida anti-contagio previsti per le attività sociali citati al comma 1 e specificamente per le scuole (che rientrano in codesta categoria). Anche quanto riportato dall'Associazione Nazionale Dirigenti pubblici (ANP) in merito alle dichiarazioni rese dal Dott. Miozzo in sede dell'istituto Tavolo nazionale permanente nelle giornate del 5 e 6 c.m. non trovano alcun riscontro in alcun testo ufficiale ed ufficializzato.

E ciò viene confermato nell'ulteriore "chiarimento" fornito dal **Ministero dell'Istruzione con Nota n.1994 del 9.11.20**⁵, dalla cui lettura si evince chiaramente che il CTS ha discusso la questione in oggetto solo nella seduta dell'8 Novembre (e quindi successivamente alla emanazione del DPCM in discussione) e, a conferma appunto dell'equivocità del disposto normativo, su richiesta del Ministero stesso allo scopo ultimo di attribuire un fondamento valido ad una norma che alla data del quesito era già stata emanata e pure applicata da molti Istituti scolastici. La disposizione *incriminata* indi non è frutto di un mutamento di orientamento del CTS, che non ha mai espresso la necessità di introdurre l'obbligo dell'estensione dell'uso della mascherina al banco prima del DPCM del 3.11.20.

Pertanto, sempre attenendoci a quanto riportato nella nota in esame non essendo pubblico il verbale n.124 del Comitato, tale organismo da una parte si è limitato ad offrire la personale interpretazione di una disposizione già scritta, senza avere le competenze giuridiche per farlo, e forse in contrasto con l'intento del legislatore (*rectius*, del Capo di Governo), dall'altra, ha semplicemente dichiarato che ritiene "**auspicabile e opportuna**" tale nuova misura (come dallo stesso interpretata) ... ma non certo che essa debba essere imposta come obbligatoria.

Inoltre, a voler essere pignoli, ci si domanda come abbia potuto il Dott. Miozzo rilasciare in data 5 e 6 Novembre le dichiarazioni riportate da ANP, quando sembrerebbe che il CTS si sia espresso sull'argomento solo l'8 Novembre?

Poi il redattore della Nota, Dott. Bruschi, si è ripetutamente contraddetto laddove afferma che il DPCM sia stato "*adottato sulla scorta delle indicazioni delle massime autorità sanitarie*" (a quali autorità si riferisce se il CTS è stato coinvolto solo in seguito?) e, rispetto alle precedenti dichiarazioni del Dott.

⁴ <https://www.istruzione.it/rientriamoascuola/domandeerisposte.html>

⁵ <https://www.miur.gov.it/web/guest/-/scuola-le-indicazioni-sull-uso-delle-mascherine-dopo-il-dpcm-del-3-novembre>

Miozzo che aveva sottolineato che per gli studenti era sufficiente una sola mascherina al giorno, ove scrive che “nelle sezioni di scuola primaria a tempo pieno e di scuola secondaria di primo grado a tempo prolungato è necessario prevedere la sostituzione della mascherina ... a metà giornata”.

A questo punto, **sorge forte il dubbio circa l'esistenza di un verbale del CTS e soprattutto sull'effettivo contenuto dello stesso**, e se il Ministero interessato lo abbia mai letto.

In ogni caso, **essendo l'intervento del Comitato posteriore all'adozione della norma ed in contrasto con l'art.1 comma 6 del DPCM 3.11.20 (non c'è alcun nuovo Protocollo), esso è da considerare un semplice parere, da cui non può scaturire alcun obbligo.**

Sull'argomento in oggetto è intervenuto, tra l'altro, anche il Garante per l'infanzia e l'adolescenza del Comune di Fiumicino ⁶, che, preoccupato, in una richiesta di chiarimenti inviata al Premier Conte, dichiara che “Stare per 6 od 8 ore con la mascherina è considerato nocivo. Sappiamo che la mascherina, poi, dovrebbe essere cambiata dopo alcune ore, al di là degli aspetti psicologici conseguenti”.

In conclusione, nulla essendo stato aggiunto rispetto a quanto già stabilito e specificato dal Piano Scuola 2020-21, dai Protocolli e dalle linee guida predisposte ed applicate fino ad oggi nelle scuole, si ritiene che i bambini, in condizioni di staticità al banco e nel rispetto delle distanziamento previsto, possano continuare a NON indossare la mascherina.

● Si ricorda, a tale proposito, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in un documento ufficiale pubblicato il 6 aprile 2020⁷, seguita dal ECDC (European centre for disease prevention and control) con una relazione tecnica del 9.4.20⁸, dichiarava che “... **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**”.

In un successivo documento “Consigli sull'uso di maschere per bambini nella comunità nel contesto di COVID-19”⁹ allegato alla Raccomandazione sull'uso delle maschere nel contesto del COVID-19 del 21.8.2020, l'OMS e l'Unicef proponevano l'uso delle mascherine ai minori di età compresa tra i 6 e 11 anni (solo laddove ci siano comunque determinate condizioni) e alla popolazione in generale (dai 12 anni in su) pur se sana o asintomatica laddove non si possa garantire la distanza sociale di un metro.

In quest'ultimo documento inoltre OMS, dopo aver segnalato la ridotta - se non addirittura inesistente - contagiosità (oltre - aggiungiamo noi - alla mortalità da Covid-19¹⁰) dei bambini/adolescenti come attestato da numerosi studi e dalla sorveglianza attiva di questi ultimi mesi, ha espressamente dichiarato:

- che “**l'uso e l'accettabilità dell'uso della mascherina è molto variabile tra i bambini, variando da livelli molto bassi a livelli accettabili e diminuendo nel tempo quando si indossano le mascherine**”;
- che “**Diversi studi hanno rilevato che fattori come calore, irritazione, difficoltà respiratorie, disagio, distrazione, bassa accettabilità sociale e scarsa vestibilità della mascherina sono stati segnalati dai bambini quando usano le mascherine. Finora non sono stati studiati l'efficacia e l'impatto delle mascherine per bambini durante il gioco e l'attività fisica; tuttavia, uno studio su adulti ha rilevato che**

⁶ <https://www.ilfaronline.it/2020/11/06/fiumicino-il-prof-tasciotti-scrive-a-conte-mascherina-a-scuola-si-o-no/375152/>

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 Al seguente link potrete estrarre il documento integrale: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission>

⁹ https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Children-2020.1

¹⁰ In Italia: 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 Epicentro risulta che alla data del 4 Novembre 2020 (senza alcuna variazione dal Report 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 Verbale n. 84 del 28.5.20 del CTS a pag.2; fascia 10-19: zero): <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>.

il respiratore N95 e le mascherine chirurgiche riducevano la capacità cardiopolmonare durante uno sforzo intenso”.

E quindi che:

- “I vantaggi di indossare mascherine nei bambini per il controllo del COVID-19 devono essere valutati rispetto ai **potenziali danni associati all'uso di mascherine, inclusi fattibilità e disagio, nonché problemi sociali e di comunicazione**”;
- ed ancora che negli ambienti scolastici: “Le situazioni in cui indossare una mascherina possono **interferire in modo significativo con il processo di apprendimento e avere un impatto negativo su attività scolastiche critiche** come l'educazione fisica, i programmi alimentari, il tempo di gioco e lo sport, **nonché l'apprendimento**, e richiedono una considerazione speciale”.

● Dal punto di vista scientifico, un recente esame della letteratura, in cui sono stati analizzati 17 dei migliori studi sul tema, ha concluso che: “Nessuno degli studi ha stabilito una relazione conclusiva tra l'uso di mascherina/respiratore e protezione contro l'infezione da influenza”. È interessante notare come non sia stato condotto un solo studio per dimostrare che una mascherina di stoffa o N95 abbia un qualche effetto sulla trasmissione del virus COVID-19. Le raccomandazioni devono pertanto basarsi su studi sulla trasmissione del virus influenzale. E, come ampiamente dimostrato dalla letteratura medica e come affermato anche dall'Oms nei documenti sopra citati, non ci sono prove conclusive della loro efficacia nel controllo e riduzione della trasmissione virale.

È più che lecito chiedersi se ci siano invece **dei pericoli nell'indossare una mascherina**, soprattutto per lunghi periodi. Diversi studi hanno effettivamente dimostrato come sussistano **rischi anche gravi per la salute**.

Sono ormai numerosi i medici (tra cui il Dott. Antonio Lazzarino della University College London, illustre epidemiologo e consulente del Governo inglese con un articolo sul British medical Journal¹¹, il Dott. Alberto Donzelli, specialista in igiene e medicina preventiva, in uno studio pubblicato su Repository di Epidemiologia e prevenzione) che 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) esse 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 due persone che inconsciamente tenderanno ad avvicinarsi;
- 3) facendo entrare negli occhi l'aria calda e umida che si espira, può dare **fastidio agli occhi** che spinge le persone a toccarsi col rischio di infettarsi;
- 4) generano 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 della mascherina stessa potrebbe 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

¹¹Dal 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 Epicentro risulta che alla data del 4 Novembre 2020 (senza alcuna variazione dal Report 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 Verbale n. 84 del 28.5.20 del CTS a pag.2; fascia 10-19: zero): <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>.

cronica ostruttiva, l'enfisema o la fibrosi polmonare, ed 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 maschera N95 possa causare ipossia e ipercapnia significative, ma anche un altro studio condotto sulle mascherine chirurgiche ha trovato riduzioni significative di ossigeno nel sangue.

Inoltre questi fenomeni, aumentando la frequenza e la profondità della respirazione, **agevolano il virus ad andare più in profondità nei polmoni del soggetto stesso e peggiorano anche le condizioni cliniche delle persone già infette se la respirazione potenziata spinge la carica virale in profondità nei polmoni.**

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 potrebbe essere 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 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 nel cervello¹²;

6) infine anche **l'uso improprio** della mascherina può aumentare il rischio di trasmissione. Esiste infatti il forte e assai probabile rischio di autocontaminazione, dovuto ad una rimozione e manipolazione impropria della stessa, soprattutto da parte dei soggetti giovani.

Alla luce di quanto sin qui esposto ed in base al **principio di precauzione**, l'uso della mascherina alla collettività scolastica indistintamente, senza alcuna base scientifica, non può essere consigliato né tantomeno imposto come obbligatorio.

¹² 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. Cancer9. 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.

- Quindi usare la mascherina non è sicuro a priori, e sarebbe indispensabile una preventiva consulenza medica per valutare il quadro clinico di ogni soggetto specifico. Alla presenza di una malattia che ne sconsigli l'utilizzo, la mascherina potrebbe tranquillamente essere omessa, ma come agire quando non si conosce se vi siano o meno patologie ostative ad indossarla?

Se un alunno dovesse avere un malore o sviluppare una patologia, chi sarà il soggetto chiamato a rispondere per quanto occorso?

Ricordiamo che la domanda e l'accoglimento di iscrizione alla frequentazione di una scuola "fondano un **vincolo giuridico tra l'allievo e l'istituto**, da cui scaturisce, a carico dei dipendenti di questo, appartenenti all'apparato organizzativo dello Stato, **accanto all'obbligo principale di istruire ed educare, quello accessorio di proteggere e vigilare sull'incolumità fisica e sulla sicurezza degli allievi**, sia per fatto proprio, adottando tutte le precauzioni del caso, che di terzi, fornendo le relative indicazioni ed impartendo le conseguenti prescrizioni, e da adempiere, per il tempo in cui gli allievi fruiscono della prestazione scolastica, con la diligenza esigibile dallo status professionale rivestito, sulla cui competenza e conseguente prudenza costoro hanno fatto affidamento, anche quali educatori e precettori del comportamento civile e della solidarietà sociale, valori costituzionalmente protetti, e da inculcare, senza il limite del raggiungimento della maggiore età dell'allievo" (Cass. Civ. n. 11751/2013). Gli allievi infatti sono affidati agli insegnanti tramite i provvedimenti di assegnazione dei singoli docenti alle classi e alla predisposizione dell'orario di insegnamento stabilito dai dirigenti scolastici: in ossequio a questo, i docenti sono tenuti alla sorveglianza sugli alunni e rispondono della loro incolumità nell'esecuzione degli specifici obblighi di servizio indicati contrattualmente, sia in occasione delle attività definite di insegnamento, sia nei minuti che precedono le lezioni, durante i quali gli insegnanti hanno l'obbligo di trovarsi in classe per accogliere e vigilare sugli allievi.

La responsabilità per danni provocati all'alunno è considerata di **natura contrattuale**, poiché la domanda ed il conseguente accoglimento di iscrizione a frequentare una scuola instaura un vincolo giuridico tra l'allievo e l'istituto, dal quale deriva, a carico dei dipendenti dell'istituto un **obbligo accessorio, di proteggere e vigilare sull'incolumità fisica e sulla sicurezza degli allievi**, sia per fatto proprio che per fatto di terzi (Cass. n. 22752/2013; n. 1769/2012; n. 3680/2011).

Gli insegnanti, quindi, sono soggetti alle prescrizioni dell'art. 1218 c.c., il quale stabilisce che *"il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile"*. **L'insegnante risponde, quindi, per omissione del dovere di vigilanza** quale fatto proprio, derivante dal rapporto che intercorre tra l'allievo e l'istituto scolastico e, quindi, da un contratto di protezione che trova la sua fonte nel contatto sociale. La responsabilità per **fatti imputabili ai dipendenti**, da un lato, attiene all'omissione rispetto all'obbligo di vigilanza sugli alunni (ex artt. 2047 e 2048 c.c.); dall'altro, all'omissione rispetto agli obblighi di organizzazione, di controllo e custodia (ex artt. 2043 e 2051 c.c.). In entrambi i casi, la sussistenza della responsabilità civile dell'amministrazione scolastica consegue, ex art. 28 della Costituzione, a quella dei propri dipendenti, tenuti agli obblighi suddetti in relazione ai propri doveri d'ufficio specifici.

La normativa attualmente in vigore prevede quindi la responsabilità degli insegnanti per il caso in cui l'alunno venga danneggiato da terzi o dagli stessi docenti, o per il caso in cui sia la mancata supervisione del comparto scolastico da parte del dirigente a determinare la causa del sinistro occorso all'alunno.

Alla responsabilità del personale docente può accompagnarsi quella delle autorità scolastiche laddove la mancata vigilanza derivi da carenze nel loro operato: per l'Amministrazione scolastica, l'obbligo di sorveglianza scaturisce dall'affidamento del minore per ragioni di istruzione e la responsabilità che ne discende è ravvisabile nell'eventualità in cui non possa dimostrarsi l'impossibilità di aver impedito l'evento lesivo. In seguito ad un comportamento commissivo o omissivo, che sia imputabile al soggetto sul quale grava l'onere di sorveglianza del minore, possono derivare, a seconda della norma violata, isolatamente o in concorso, responsabilità civili, penali e/o amministrativo-disciplinari.

La responsabilità per danno occorso all'alunno viene attribuita al docente vigilante senza la necessità di una relativa prova a suo carico, nel presupposto che, per il solo fatto che il danno si sia verificato, sia stata omessa la costante e dovuta vigilanza necessaria ad impedirlo.

In attenuazione al rigore di tali norme, il legislatore ha adottato, nella specie, non la presunzione assoluta, che non ammette prova contraria, bensì quella relativa che, al contrario, consente a colui contro il quale opera la presunzione di liberarsi della responsabilità mediante una prova specifica.

La sentenza della Cass. Civ. n. 232020/2015 rileva che, per superare la presunzione di responsabilità "è necessario dimostrare che sono state adottate, in via preventiva, tutte le misure disciplinari ed organizzative idonee ad evitare il sorgere della situazione di pericolo".

In un contesto scolastico ove viene imposto agli alunni di indossare per otto ore consecutive la mascherina, anche in condizioni di staticità al banco, seppur in presenza del distanziamento, quali sono le misure idonee adottate?

Nel documento "Consigli sull'uso di maschere per bambini nella comunità nel contesto di COVID-19"¹³ stilato dall'OMS in concerto con l'UNICEF¹⁴ sono presenti precise disposizioni atte a garantire il corretto utilizzo delle mascherine da parte dei bambini, in considerazione anche di fattori come i bisogni psicosociali dei bambini e le tappe dello sviluppo.

La decisione di utilizzare maschere per bambini di età compresa tra 6 e 11 anni dovrebbe essere basata sui seguenti fattori:

- la trasmissione è diffusa nell'area in cui risiede il bambino;
- il bambino ha la capacità di utilizzare in modo sicuro e appropriato una mascherina;
- accesso alle mascherine, nonché riciclaggio e sostituzione di maschere in determinati contesti (come scuole e servizi di assistenza all'infanzia);
- **adeguata supervisione di un adulto** e istruzioni al bambino su come indossare, togliere e indossare in sicurezza le mascherine (compatibilmente con la sua capacità di comprensione n.d.r.).

La problematica che emerge attualmente è dovuta al fatto che gli istituti scolastici non hanno previsto nessun protocollo in merito alla gestione del corretto utilizzo delle mascherine. I dispositivi di protezione personale utilizzati dai bambini debbono essere sostituiti con regolarità ma soprattutto quando sono umidi o sporchi. Data l'obbligatorietà di rispettare il distanziamento e visto che lo stesso documento OMS-Unicef prevede che sia l'adulto a supervisionare sul corretto utilizzo delle mascherine da parte del bambino, chi verificherà che tutto si svolga con il corretto *modus operandi*?

Ci poniamo quindi, ed inevitabilmente, alcune **domande**, che si chiede all'Ill.mo D.S. di valutare attentamente e fornirne cortese risposta:

- 1) il personale scolastico è stato formato su quelli che sono i requisiti di un corretto utilizzo della mascherina?
- 2) ogni quanto tempo è previsto che un alunno sostituisca la sua mascherina? e con quale modalità il personale scolastico verifica che un alunno vi provveda?
- 3) sono stati da Lei nominati tra gli operatori ed il personale scolastico, dei soggetti preposti a verificare che le mascherine vengano sostituite regolarmente ma soprattutto quando dovessero essere umide o sporche?
- 4) sono stati da Lei nominati tra gli operatori ed il personale scolastico, dei soggetti preposti a verificare che l'utilizzo protratto della mascherina non causi affanno o dispnea negli alunni?
- 5) i singoli docenti possiedono la competenza medica/sanitaria necessaria a riconoscere i primi sintomi di incapacità respiratoria e ad intervenire tempestivamente? Quale formazione hanno ricevuto?
- 6) i docenti vengono informati della necessità di illustrare agli alunni quali possono essere i sintomi che potrebbero verificarsi a causa dell'uso protratto delle mascherine?

¹³ https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Children-2020.1

¹⁴ <https://www.unicef.org/rosa/stories/everything-you-need-know-about-children-and-mask-use>

- 7) come interviene il personale docente nella scorretta gestione dell'utilizzo delle mascherine negli alunni più piccoli? sono stati approntati dall'Istituto protocolli sanitari da applicare allorquando un alunno accusasse un malore? i docenti ne sono stati messi a conoscenza?
- 8) cosa accadrebbe se l'alunno sviluppasse una vera e propria patologia?
- 9) in quale modo codesto Istituto verifica che nessuna patologia pregressa possa degenerare a causa dell'uso protratto delle mascherine?
- 10) l'assicurazione scolastica risponderebbe di tali danni, manlevando la Dirigenza ed i docenti interessati?

Se venisse quindi confermata l'obbligatorietà di indossare la mascherina anche in situazione statica, per tutto il tempo di permanenza a scuola, **il comparto scolastico sarebbe inevitabilmente responsabile dei malori occorsi o di altre problematiche conseguenti all'uso continuativo dei Dpi.**

Dimostrare di aver adottato in via preventiva le misure organizzative idonee ad evitare un danno, esonera da responsabilità; tuttavia imporre di indossare un presidio di protezione individuale in modo continuativo in assenza di una disposizione normativa di rango primario che lo preveda espressamente ed in modo inequivocabile per tutto il comparto scolastico, e senza contestualmente adottare tutti gli accorgimenti previsti per il buon uso delle mascherine (vedasi disposizioni OMS) pur conoscendone la potenziale pericolosità come si è suinnanzi esposto, **non costituisce comportamento legittimo, integra violazione del fondamentale diritto alla salute dei minori, e determina responsabilità per tutti i danni – fisici e psicologici – eventualmente verificatisi.**

* * *

In ossequio alle considerazioni sino a qui svolte, si ritiene atto doveroso e necessario la disapplicazione da parte del Dirigente Scolastico di codesto Istituto di qualsivoglia disposizione che imponga l'utilizzo da parte degli alunni della mascherina in ogni situazione statica, pur in presenza di altre misure di prevenzione, quali il distanziamento, per l'intera permanenza giornaliera nella struttura scolastica.

CReLDiS

Coordinamento Regionale Lombardia Diritti e Salute

CReLDiS, Coordinamento Regionale Lombardia Diritti e Salute, formatosi il 14 giugno 2019, è l'unione di persone e realtà che hanno deciso di condividere le proprie competenze per trattare temi inerenti la salute e i diritti dei cittadini, avvalendosi della collaborazione di medici, scienziati e giuristi, al fine di aiutare le Istituzioni a migliorare l'offerta dei servizi erogati sia dal punto di vista della qualità che da quello dei diritti del libero cittadino.