

CESP - Centro Studi per la Scuola Pubblica

ENTE FORMATORE Dir. MIUR n. 170/2016

viale Manzoni 55, 00185 Roma tel. 06 70452452 fax 06 77206060

cesp@centrostudi-cesp.it

SEZIONE REGIONALE SICILIANA

piazza Unità d'Italia n. 11 - Palermo tel. 091 349192

cobasscuolapalermo.com/cesp-sicilia/ sicilia.cesp@gmail.com

LA SCUOLA AL TEMPO DELLE PANDEMIE

le misure adottate e quelle in vigore: effetti e conseguenze

mercoledì
23 novembre 2022
ore 8.30/14.00

ISS "Damiani Almeyda
-Crispi" - largo Mineo
(ex piazza Campolo)
Palermo

Attività di Formazione per il personale
Docente e Ata di ruolo e precario
della Scuola pubblica statale
di ogni ordine e grado
Il personale docente e ATA fruiscie
dei permessi retribuiti previsti
dall'art. 64 del CCNL 2006/2009

PROGRAMMA

ore 8.30 - Registrazione delle presenze

ore 9.00 - Relazioni e dibattito

Premessa e intervento introduttivo

**Gli effetti sulla comunità scolastica
delle misure di emergenza**

Dott.ssa Francesca Giammanco

Psicologa e psicoterapeuta

Quale inclusione durante l'emergenza?

Maria Cristina Caruso

Docente di sostegno, Scuola Secondaria II grado

**La salute individuale e collettiva,
aggiornamenti sanitari utili sulla Covid19**

Dott. Ciro D'Arpa

Medico, ricercatore sulla Covid19

**Diritto e diritti durante la pandemia,
risvolti costituzionali**

Avv. Giuseppe Nobile

Ufficio legale COBAS Scuola

Dopo ogni intervento si prevede uno spazio
per le domande ed il dibattito.

Partecipazione gratuita: in presenza per chi risiede a Palermo, e a distanza per chi proviene da altri comuni. È indispensabile iscriversi alla pagina web
<https://cobasscuolapalermo.com/iscrizione-convegno-cesp-palermo-23-11-2022/>
inserire i dati richiesti e un indirizzo mail personale funzionante a cui sarà spedito l'attestato di partecipazione. Il link alla videoconferenza sarà inviato agli indirizzi mail di coloro che parteciperanno a distanza entro il 22.11.2022

Convegno: LA SCUOLA AL TEMPO DELLE PANDEMIE - materiali di discussione

*"... stiamo sperimentando l'emergenza permanente...
E lo stato d'emergenza - strumento eccezionale per tempi eccezionali -
è divenuto una routine, il nuovo abito delle nostre istituzioni. Con quali conseguenze?*

Primo: la rottura degli argini temporali eretti dall'ordinamento...

Secondo: la stagione del disordine, nelle regole e nelle competenze...

Terzo: l'emorragia di regole e precetti...

Quarto: la paura...

*Da qui la militarizzazione del dibattito pubblico,
da qui l'antico riflesso d'affidare la salvezza a un dictator, a un capo militare"*

MICHELE AINIS, *Repubblica* 22.4.2022

Quasi tre anni di pandemia Covid hanno sottoposto la comunità scolastica a tante misure spesso complicate, a volte non comprensibili, calate dall'alto. Ne siamo usciti/e frastornati/e. Riteniamo che occorra una riflessione comune e pacata sulle misure, sulla loro efficacia e sulle conseguenze che hanno prodotto tra lavoratori e lavoratrici, tra alunni e alunne per ricostruire un clima di ascolto e fiducia reciproca in difesa del diritto alla salute e al lavoro. Insieme a una psicologa, una docente, un medico ed un avvocato che se ne sono occupati/e, proponiamo una discussione libera, uno *"spazio per visioni complesse (e anche fra loro differenti) di corpo, cura e medicina. Visioni nelle quali chi scrive può anche non sempre identificarsi, ma la cui dignità è fondamentale riconoscere in un dibattito plurale e articolato, troppo spesso mancato negli ultimi due anni"* (VITTORIO AGNOLETTI, prefazione a *Dissenso informato. Pandemia: il dibattito mancato e le alternative possibili*, Castelvevchi 2022)

Di seguito una sintesi per punti:

1. INFORMAZIONE INDIPENDENTE E COMUNICAZIONE

2. EMERGENZA, PANDEMIA E LOCKDOWN

3. CRONACHE SCOLASTICHE:

3.1. Chiusura scuole, DaD e DDI

3.2. Obbligo Green Pass

3.3. Obbligo vaccinazione

3.4. Utilizzazione docenti non vaccinat* riammessi al lavoro

4. IL CGA DELLA SICILIA E LE CRITICITÀ COSTITUZIONALI DELL'OBBLIGO VACCINALE

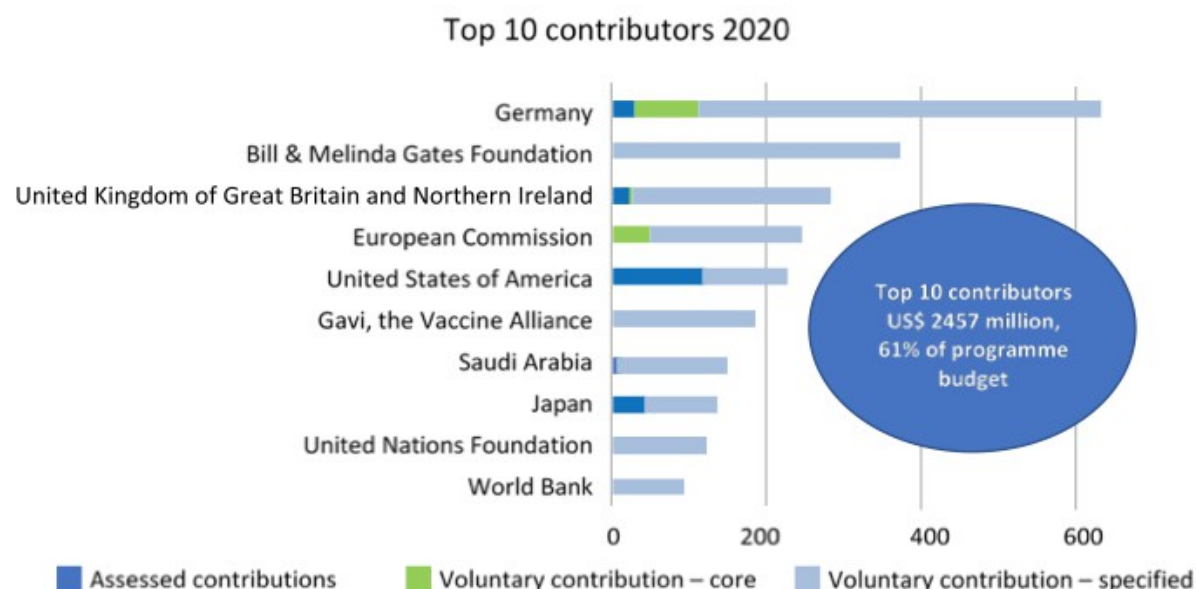
1. INFORMAZIONE INDIPENDENTE E COMUNICAZIONE. Come purtroppo ben sappiamo in Italia gli organi di stampa non brillano per libertà e indipendenza (*RSF* ha retrocesso l'Italia al 58° posto - su 180 - nel 2022), ma più in generale il caso del rapporto dell'OMS Europa *An unprecedented challenge. Italy's first response to COVID-19*, pubblicato e poi immediatamente ritirato nel maggio 2020, è chiarificatore riguardo al modo in cui è stata gestita l'informazione e la trasparenza fin dall'inizio dell'emergenza. Secondo Francesco Zambon, che ne aveva

coordinato la redazione, la non ripubblicazione del testo – dopo eventuali legittime correzioni – dimostrerebbe: “la non indipendenza dell'OMS; la non trasparenza della stessa; accordi impropri tra funzionari dell'OMS e funzionari del governo italiano; il tradimento dell'OMS nei confronti del proprio mandato, cioè avere come obiettivo primario la salute globale [...]”. E Zambon ci ricorda anche che “a oggi l'OMS è finanziata solo per il 20 per cento dai contributi obbligatori degli stati membri. Il resto viene da fondazioni volontarie dove spicca la Fondazione Bill & Melinda Gates, che da sola finanzia l'organizzazione per oltre il 12 per cento”. Una dipendenza dai finanziamenti privati (quasi sempre vincolati verso gli specifici obiettivi dei donatori) rispetto a cui l'ultima assemblea mondiale dell'OMS del 25.5.2022 promette di ristabilire un equilibrio col bilancio 2030/2031 (sic!) per “ridurre al minimo la dipendenza da una base ristretta di donatori e consentendo alle risorse di essere allineate al budget del programma”. Di seguito due Tabelle dall'ultimo *Audit Financial Statements* dell'OMS 2021, che illustrano l'aumento del peso dei contributi volontari e i 10 maggiori finanziatori.

Table 1. Financial highlights, all funds, years 2020 and 2019 and the biennium 2018–2019 (US\$ millions)

Description	Total 2020	Total 2019	Total 2018–2019
General Fund			
Assessed contributions	466	490	991
Voluntary contributions – programme budget	3 655	2 447	4 690
Total contributions – programme budget (GF)	4 121	2 937	5 681
Member States – other and Fiduciary Funds			
Other revenue – programme budget	39	32	184
Non-programme budget revenue	139	147	152
Total revenue (all sources)	4 299	3 116	6 017
Expenses – programme budget	3 063	3 022	5 314
Expenses – non-programme budget and other	498	66	123
Total expenses (all sources)	3 561	3 088	5 588
Finance revenue	86	61	102

Fig. 5. Top 10 contributors to WHO for 2020, assessed and voluntary contributions (US\$ millions)



Questa tardiva (nonché procrastinata al prossimo decennio) promessa di riequilibrio, conferma le critiche che da più parti sono rivolte all'OMS riguardo la sua mancanza di autonomia decisionale e – di fatto – la sua dipendenza da ibride organizzazioni sovranazionali (come GAVI e CEPI) i cui interessi spesso confliggono con l'obiettivo della tutela della salute generando insanabili conflitti di interesse e riducendo il ruolo dell'OMS a semplice esecutore di politiche approvate altrove.

In questo contesto, è significativo il ribaltamento in corsa della definizione di "immunità di gregge" operato dall'OMS:

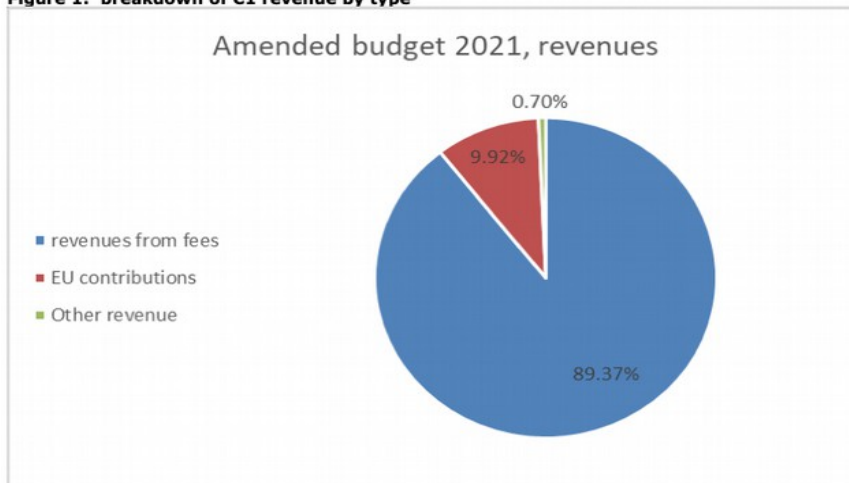
- fino a novembre 2020, *"L'immunità di gregge è la protezione indiretta da una malattia infettiva che si verifica quando una popolazione è immune attraverso la vaccinazione o l'immunità sviluppata attraverso una precedente infezione. Ciò significa che anche le persone che non sono state infettate, o in cui un'infezione non ha innescato una risposta immunitaria, sono protette perché le persone intorno a loro che sono immuni possono fungere da tampone tra loro e una persona infetta. La soglia per stabilire l'immunità di gregge per COVID-19 non è ancora chiara"*;

- da novembre 2020 diventa: *"Immunità di gregge", nota anche come "immunità di popolazione", è un concetto utilizzato per la vaccinazione, in cui una popolazione può essere protetta da un determinato virus se viene raggiunta una soglia di vaccinazione. L'immunità di gregge si ottiene proteggendo le persone da un virus, non esponendole ad esso. [...] Man mano che più persone in una comunità vengono vaccinate, meno persone rimangono vulnerabili e c'è meno possibilità di trasmettere l'agente patogeno da persona a persona. L'abbassamento della possibilità che un patogeno possa circolare nella comunità protegge dalla malattia colpita dal vaccino coloro che non possono essere vaccinati a causa di altre gravi condizioni di salute. Questo è chiamato "immunità di gregge". L'"immunità di gregge" esiste quando viene vaccinata un'alta percentuale della popolazione, il che rende difficile la diffusione di malattie infettive, perché non ci sono molte persone che possono essere infettate. [...] Raggiungere l'immunità di gregge con vaccini sicuri ed efficaci rende le malattie più rare e salva vite. [...]"*.

Un cambiamento di definizione che, come scrive Mariano Bizzarri (professore di Patologia Medica alla Sapienza e segretario del *World Association of societies of Pathology and Laboratory Medicine*) è *"Una vera rivoluzione copernicana in due frasi che sottintendono come l'essere umano sia sprovvisto di un vero sistema immunitario ma debba affidarsi ai vaccini di Big Pharma per conseguire la protezione. Con questa nota, il WHO cancella secoli di scienza medica e di concreta esperienza nella gestione delle pandemie"*, affidando così la risposta contro la pandemia esclusivamente al vaccino.

Anche l'European Medicines Agency - EMA (come l'Agenzia Italiana del Farmaco - AIFA) soffre di questa dipendenza, visto che le entrate del suo bilancio dipendono in massima parte (89,37%) da quanto incassato dalle aziende farmaceutiche in termini di diritti per le domande di autorizzazione all'immissione in commercio di prodotti farmaceutici e per attività post-autorizzazione.

Figure 1: breakdown of C1 revenue by type



D'altro canto, i filantropici finanziamenti di questi donatori privati hanno ulteriori effetti collaterali indesiderati. Come denuncia da tempo Vandana Shiva, sembra definirsi un nuovo progetto di colonizzazione della stessa vita, attraverso l'imposizione di agende di priorità orientate agli interessi di questi munifici soggetti privati sovranazionali. Come sottolinea Peter Gøtzsche (medico danese cofondatore nel 1993 della *Cochrane*

Collaboration, da cui è stato espulso nel 2018 per le sue posizioni contrarie agli interessi finanziari dell'industria farmaceutica), soprattutto a proposito degli interventi mirati della *Bill & Melinda Gates Foundation* e della partner

Global Alliance for Vaccine Immunization - GAVI (finanziata anche dal nostro MEF con oltre 1 mld di euro), "focalizzare l'attenzione sulle vaccinazioni può farla distogliere da altre importanti questioni sanitarie come l'inquinamento, l'acqua contaminata, la mancanza di fognature e la povertà".

Un intreccio di interessi poco trasparenti confermati dalla resistenza delle aziende produttrici a fornire dati grezzi sulle sperimentazioni che loro stesse finanziano e su cui si basano gli enti regolatori nazionali e internazionali per rilasciare le autorizzazioni al commercio dei prodotti farmaceutici. Informazioni che potrebbero consentire una verifica pubblica di quanto riportato dalla documentazione che accompagna queste richieste di autorizzazione che sono state più volte richieste da Peter Doshi (editor del *British Medical Journal*) che ha perseguito – finora con scarso successo - il rilascio pubblico dei protocolli di sperimentazione sui vaccini e co-firmato lettere aperte chiedendo indipendenza e trasparenza nel processo decisionale relativo al vaccino Covid-19 .

Solo recentemente, infatti, la *Public Health and Medical Professionals for Transparency*, un gruppo che comprende scienziati e professori di università come Harvard, Yale e UCLA, ha ottenuto che il Tribunale distrettuale del Texas obbligasse la FDA a rendere pubblici i dati in suo possesso sul vaccino Pfizer, perché *"la comunità medica e scientifica e il pubblico hanno un interesse sostanziale a rivedere i dati e le informazioni alla base dell'approvazione del vaccino Pfizer da parte della FDA. La revisione di queste informazioni risolverà il dibattito pubblico in corso sull'adeguatezza del processo di revisione della FDA. [...] La necessità del pubblico di queste informazioni è urgente dato il fatto che i vaccini COVID-19 sono imposti alle persone in tutto il paese dai governi federali, statali e locali, nonché dalle imprese private"*. La PHMPT per altro ritiene che la capacità di partecipazione popolare e persino l'esercizio dei diritti fondamentali della libertà sono ora subordinati alla ricezione di queste informazioni. Informazioni che secondo le prime revisioni del britannico *Health Advisory & Recovery Team* potrebbero riservare interessanti sorprese rispetto alle comunicazioni prodotte da Pfizer.

Infine, sarebbe opportuno tenere a mente quanto scrivono Bruno Cheli e Beatrice Baldacci (*La divulgazione dei dati ufficiali sull'epidemia di Covid-19 in Italia*, Discussion Papers del Dipartimento di Economia e Management – Università di Pisa, n. 273/2021) a proposito delle lacune, dell'affidabilità, della mancanza di standardizzazione nella raccolta dei dati da parte di organismi come AIFA che poi diventano la base delle scelte politiche di gestione della pandemia.

Appare sconcertante l'incapacità della quasi totalità dei nostri organi di informazione di affrontare la questione degli interessi delle multinazionali farmaceutiche, che invece con estrema chiarezza è possibile leggere nelle parole di Marcia Angell (già chief editor del *New England Journal of Medicine*): *"All'industria piace far credere che abbiamo la stessa mission, ma in realtà non è così. La loro mission è quella di vendere farmaci remunerativi. Non necessariamente farmaci buoni o farmaci innovativi. [...] E questo è quello che fanno, e lo fanno cercando di cooptare sempre di più il mondo accademico in questa narrazione edulcorata della realtà secondo la quale abbiamo tutti gli stessi obiettivi. Non è così, non abbiamo gli stessi obiettivi"*. E per averne conferma basterebbe leggere nelle due tabelle che seguono (da Denis G. Arnold, Oscar J. Stewart, Tammy Beck, *Financial Penalties Imposed on Large Pharmaceutical Firms for Illegal Activities*, JAMA Network 17.11.2020) le multe miliardarie che sono state costrette a pagare (fino al 2016) le multinazionali farmaceutiche solo negli USA, per fabbricazione e distribuzione di farmaci adulterati o non approvati, corruzione, mancata divulgazione di informazioni negative su un prodotto o sullo scarso sviluppo di farmaci, violazioni della normativa ambientale, frode fiscale e insider trading, ecc.

Purtroppo, come già nel 2013 scrivevano Cristiano Alicino e Alessandro Mereu (*Chi paga le multe di Big Pharma?* Saluteinternazionale.info), se si analizza meglio la questione emerge come le sanzioni - seppur miliardarie - siano sostanzialmente irrisorie. Infatti *"alcuni analisti osservano come il rischio di pagare multe, anche molto salate, per azioni fraudolente rientri fra i rischi d'impresa che sono quantificabili e quantificati economicamente dalle aziende.*

Table 1. Value of Financial Penalties and Duration of Illegal Activity

Company ^a	Value of penalties, total \$, in thousands ^b	No. of penalties	Penalty amount, mean \$, in thousands	Penalties, % of total revenues (rank) ^c	Duration of illegal activity associated with penalties, mean, y
GlaxoSmithKline	9 775 419	27	362 053	1.55 (2)	7.22
Pfizer	2 910 581	18	161 699	0.36 (11)	5.67
Johnson & Johnson	2 668 326	15	177 888	0.28 (13)	6.08
Abbott Laboratories	2 581 585	11	234 690	0.75 (6)	6.36
Merck	2 094 026	11	209 403	0.40 (9)	6.13
Eli Lilly	1 775 031	7	253 576	0.59 (7)	6.14
Schering-Plough ^d	1 645 186	12	137 099	2.05 (1)	6.18
Wyeth ^d	1 614 355	7	230 622	1.15 (4)	8.71
Bristol Myers Squibb	1 389 197	12	115 766	0.50 (8)	5.83
Novartis	1 198 088	11	108 917	0.18 (16)	6.55
AstraZeneca	1 172 185	10	117 219	0.28 (14)	8.30
Amgen	945 034	9	105 004	0.39 (10)	9.78
Allergan ^d	660 604	1	660 604	1.16 (3)	7.00
Bayer	602 688	13	46 361	0.09 (19)	4.00
Mylan	227 800	6	37 967	0.30 (12)	4.67
Sanofi-Aventis	535 923	10	53 592	0.10 (18)	6.50
Boehringer Ingelheim	416 439	7	59 491	Not applicable ^e	5.86
Forest Laboratories ^d	383 452	3	127 817	0.88 (5)	5.33
Actavis (Watson)	77 312	2	38 656	0.09 (17)	11.00
Roche Group	67 000	1	67 000	0.01 (21)	5.00
Genzyme ^d	56 152	2	28 076	0.19 (15)	5.00
Perrigo	7816	1	7816	0.02 (20)	1.00

^a Four firms were not found to have penalties for illegal activities during the sample period: Biogen Idec, Celgene, Gilead Sciences, and Hospira.

^b Total dollar value from 2003 through 2016, adjusted for inflation in 2016 dollars (the last year of data collection).

^c Sum of yearly revenues for the duration of firm existence over the study period (2003-2016), adjusted for inflation in 2016 dollars.

^d Six companies were acquired before 2016: Forest Laboratories in 2014 and Allergan in 2015 (acquired by Actavis [Watson]), Schering-Plough in 2009 (acquired by Merck), Wyeth in 2009 and Hospira in 2015 (acquired by Pfizer), and Genzyme in 2011 (acquired by Sanofi).

^e Boehringer Ingelheim is private. Revenues were not available to calculate penalties as a percentage of revenue.

In altre parole, per le industrie farmaceutiche è possibile stimare se sarà economicamente conveniente adottare comportamenti criminali in rapporto alle sanzioni che ne potrebbero derivare. Sembra, quindi, che l'attuale sistema regolatorio e sanzionatorio non solo sia chiaramente inefficace [...], ma sembra addirittura favorire che situazioni simili si ripetano nel tempo. Il sotto-finanziamento delle agenzie regolatorie, i giganteschi interessi economici in ballo nel caso di farmaci, quali gli antidiabetici, con un mercato pressoché inesauribile, la necessità di accelerare le procedure di autorizzazione per far fruttare quanto più possibile il monopolio garantito dalla durata del brevetto e i conflitti di interessi degli "esperti" chiamati a decidere del destino dei farmaci, sono alcuni dei motivi per cui la commercializzazione di farmaci il cui beneficio clinico è almeno controverso, rappresenta un fenomeno sempre più frequente. Approvare un farmaco [...] in assenza di solidi risultati e rimandando al periodo post-commercializzazione studi che richiederanno molti anni per ottenere dei risultati si traduce, di fatto, in un regalo da alcuni miliardi di dollari all'industria produttrice.

Tuttavia in qualità di cittadini e professionisti della salute possiamo ridimensionare la questione etica [...] ai soli termini economici? È a nostro avviso paradigmatico che tutto nasca da una frode piuttosto che dall'indignazione verso comportamenti che minacciano la salute e la vita di tanti individui.

Come sottolinea Peter Whorkishley sul Washington Post, ciò che francamente continua a stupire ed indignare di fronte a vicende di questo tipo è che al di là dell'entità delle somme pagate e dei malsani rapporti fra industria del farmaco, comunità accademica, enti regolatori, governi, agenzie sovranazionali (denunciati da tutti, ma affrontati seriamente da nessuno) dietro la storia di Avandia [un farmaco per cui la Glaxo pagò una multa di 3mld di dollari per frode e mancata comunicazione dei dati di sicurezza, ndr], così come dietro alle storie di decine di altri farmaci, ci sono milioni di pazienti che hanno assunto questo farmaco e 83.000 persone che, solo negli USA, sono andati incontro ad eventi cardiovascolari, talvolta letali. Dall'altra parte della barricata, di quella che per numeri di morti e "feriti" sembra più una guerra che un tempesta regolatoria, si trovano molte persone (manager, azionisti,

Table 2. Type and Frequency of Illegal Activity Associated With Penalties

Company ^a	No. of penalties	Violation frequency										
		Adulterated drugs ^b	Bribery ^c	Competition ^d	Disclosure ^e	Environmental violations ^f	Financial violations ^g	Kickbacks ^h	Misleading marketing ⁱ	Off-label marketing ^j	Pricing ^k	Uncategorized ^l
GlaxoSmith Kline	27	2	2	3	5	3	1	2	5	3	11	1
Pfizer	18	0	2	0	1	4	0	1	7	5	3	0
Johnson & Johnson	15	1	1	0	5	0	0	4	4	9	2	0
Bayer	13	0	0	3	1	4	0	1	3	1	4	0
Schering-Plough ^m	12	0	0	0	2	0	2	1	1	1	8	0
Bristol Myers Squibb	12	0	1	4	1	1	2	1	1	2	3	0
Abbott Laboratories	11	0	0	2	1	2	0	3	1	1	4	0
Merck	11	0	0	0	2	2	1	2	1	2	7	1
Novartis	11	0	1	0	1	0	1	5	0	4	5	0
AstraZeneca	10	0	1	0	1	0	0	4	1	2	6	1
Sanofi-Aventis	10	0	0	2	0	1	0	2	0	0	6	0
Amgen	9	0	0	0	0	1	0	3	1	3	5	0
Boehringer Ingelheim	7	0	0	0	0	2	0	1	1	1	4	0
Eli Lilly	7	0	0	0	1	0	0	1	1	7	1	0
Wyeth ^m	7	0	1	0	0	1	0	0	2	4	1	0
Mylan	6	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4	0
Forest Laboratories ^m	3	1	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1
Actavis (Watson)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Genzyme ^m	2	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0
Allergan ^m	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Roche Group	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Perrigo	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		5	9	16	21	21	7	33	32	50	78	4

^a Biogen, Celgene, Gilead Sciences, and Hospira had no violations in this period.

^b Manufacturing and distributing adulterated or unapproved drugs.

^c Bribery to foreign officials, suppliers, or other entities.

^d Fraudulently delaying market entry of competitors, antitrust, monopoly.

^e Failure to disclose negative information about a product or about poor drug development.

^f Violations of environmental regulation(eg, Clean Air Act).

^g Tax fraud and insider trading.

^h Offering kickbacks to suppliers or customers to purchase and sell their product(s).

ⁱ Misleading or deceptive marketing practices.

^j Advertising a product for uses other than approved by the US Food and Drug Administration.

^k Overpricing drugs reimbursed or paid for by government, underpaying rebate obligations, fraudulent pricing or billing, or other pricing illegalities.

^l Violations that do not fit the other reported categories.

^mCompany was acquired before 2016. See footnote d in Table 1.

consulenti, etc) che dalla malattia e della morte di queste persone si sono criminalmente arricchite, deliberatamente occultando e minimizzando dati in loro possesso. Eppure queste persone sembrano non rispondere mai personalmente dei gravi reati commessi.

Quasi 30 anni fa John Braithwaite nel suo "Corporate Crime in the Pharmaceutical Industry" scriveva che i comportamenti immorali e criminali dell'industria del farmaco rappresentavano un fenomeno endemico. Purtroppo numerose vicende, fra cui quella dell'antidiabetico Avandia, dimostrano come poco sia cambiato da quel momento e le violazioni delle leggi da parte di Big Pharma continuano ad essere estremamente diffuse. In un mercato del farmaco sempre più competitivo e in cui molti "nuovi" farmaci non offrono alcun beneficio reale, la tentazione di ricorrere a pratiche illegali sembra diventare sempre più forte. Le conseguenze di questi comportamenti criminali sono molto pesanti, fino alla morte di alcune migliaia di persone sacrificate nell'insaziabile fame di profitti sempre più grandi. Ma a pagare per questi omicidi non sono mai i loro diretti responsabili".

Come sottolinea Daniele Coen, riprendendo la Angell nel suo *L'arte della probabilità. Certezze e incertezze della*

medicina - 2021, le questioni critiche, relative al peso che assumono gli interessi privati dell'industria farmaceutica nei confronti della tutela della salute pubblica, in un mercato che si aggira sui 1.200mld di dollari annui (stima OSCE 2016), sono principalmente tre:

- a. il ruolo crescente dell'industria nella sponsorizzazione, organizzazione ed esecuzione degli RCT (randomized controlled trial), gli studi sperimentali che permettono di valutare l'efficacia di uno specifico trattamento in una determinata popolazione e *"negli studi sponsorizzati dall'industria i dati raccolti diventano proprietà della stessa, che decide in autonomia come analizzarli e soprattutto se pubblicarli o no"*;
- b. il trasferimento di ingenti somme di denaro alle università e ai medici con l'obiettivo di influenzarne le scelte;
- c. gli episodi di corruzione e di falsificazione dei dati.

Come ancora ci ricorda Peter Gøtzsche *"la trasparenza è il vaccino contro la corruzione, ma questo vaccino è molto poco utilizzato, perché porta a perdite economiche per le persone potenti [...] Le nostre democrazie stanno prendendo una direzione pericolosa quando lo Stato è colui che la sa più lunga e viola i diritti umani. La storia ci ha dimostrato come i capi politici che ci assicurano che la situazione è talmente grave che dobbiamo rinunciare alla nostra libertà o ai nostri principi etici, o ad entrambi, per ottenere sicurezza contro un pericolo esterno o interno, di solito finiscono per non darci né libertà né sicurezza, ma danno ad essi stessi il potere assoluto"*.

Rispetto a quest'ultima questione, forse può apparire inquietante che lo scorso 16 giugno 2022, la *Commissione Europea* abbia accolto *"con favore la pubblicazione del Codice di condotta rafforzato sulla disinformazione. I 34 firmatari, come piattaforme, società tecnologiche e società civile, hanno seguito gli orientamenti della Commissione del 2021 e hanno tenuto conto delle lezioni apprese dalla crisi del COVID19 e dalla guerra di aggressione della Russia in Ucraina. [...] Il nuovo Codice stabilisce impegni ampi e precisi da parte delle piattaforme e dell'industria per combattere la disinformazione e segna un altro passo importante per un ambiente online più trasparente, sicuro e affidabile"*. Ma possiamo essere proprio sicuri che gli interessi rappresentati dalla *Commissione* coincidano effettivamente con la libertà di informazione?

2. EMERGENZA, PANDEMIA E LOCKDOWN. Il 31 gennaio 2020 il governo Conte II dichiara *"lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili"*. Questo stato di emergenza formalmente si è chiuso (?) il 31 marzo 2022. In questi 26 mesi di emergenza - non prevista dalla Costituzione - sono stati attivati poteri straordinari in deroga alle leggi, in cui trasparenza e chiarezza sono spesso mancate. Dall'inizio del 2020 a giugno 2022 sono stati complessivamente emanati - solo da strutture nazionali - 949 atti legati alla gestione della pandemia. Un gigantesco marasma all'interno del quale hanno proliferato tutti quei soggetti capaci di muoversi negli spazi aperti dal rilassamento dei controlli come segnalato a livello internazionale dall'*Organized Crime and Corruption Reporting Project*.

Un'emergenza che presto ha trovato nella dichiarazione della "pandemia" dell'11.3.2020 la sua più solida giustificazione. *"Abbiamo quindi valutato che il COVID-19 può essere caratterizzato come una pandemia. Pandemia non è una parola da usare con leggerezza o noncuranza. È una parola che, se usata in modo improprio, può causare paura irragionevole o accettazione ingiustificata che la lotta sia finita, portando a sofferenze e morte inutili"* (Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direttore Generale OMS). E non bisogna dimenticare che la stessa parola "pandemia" ha cambiato significato nel corso del tempo, rischiando così di adattarsi politicamente agli usi del momento.

Infatti, già nel 2011 Peter Doshi sul *Bollettino dell'OMS* scriveva: *"La conclusione sorprendente e inevitabile è che, nonostante dieci anni di pubblicazione di linee guida per la preparazione alla pandemia, l'OMS non ha mai*

formulato una definizione formale di influenza pandemica" , come più recentemente hanno confermato sia Anthony Fauci ("non esiste una definizione scientifica e definitiva di ciò che costituisce una pandemia" - 2020) sia Tarik Jasarevic portavoce dell'OMS ("Non esiste una categoria ufficiale [per una pandemia, ndr]" - 2020).

Ma, per di più, Doshi ci ricordava che sul sito dell'OMS si leggeva: "Una pandemia influenzale si verifica quando appare un nuovo virus influenzale contro il quale la popolazione umana non ha immunità, provocando diverse epidemie simultanee in tutto il mondo con un numero enorme di decessi e malattie", ma nel 2009 "la frase "numero enorme di morti e malattie" era stata rimossa e la pagina web rivista recitava semplicemente come segue: "Una pandemia influenzale può verificarsi quando appare un nuovo virus influenzale contro il quale la popolazione umana non ha immunità". Mesi dopo, il Consiglio d'Europa citerà questa alterazione come prova del fatto che l'OMS ha cambiato la sua definizione di influenza pandemica per consentirle di dichiarare una pandemia senza dover dimostrare l'intensità della malattia causata dal virus H1N1".

Questa definizione elusiva lascia in balia delle decisioni politiche del momento l'eventuale dichiarazione di una "pandemia" e toglie strumenti di controllo pubblici nei confronti di queste decisioni. E così anche l'emergenza con tutte le conseguenze che si porta dietro. Non è una questione irrilevante visto che da questa dipendono le giustificazioni alle forzature normative che abbiamo sperimentato in questi ultimi anni. Scelte politiche apparentemente supportate da condizioni sanitarie. Come ha scritto Kamran Abbasi (editore esecutivo del BMJ) "La politicizzazione della scienza è stata dispiegata con entusiasmo da alcuni dei peggiori autocrati e dittatori della storia, e ora è purtroppo comune nelle democrazie. Il complesso medico-politico tende alla soppressione della scienza per esaltare e arricchire chi è al potere. E, man mano che i potenti diventano più di successo, più ricchi e sempre più intossicati dal potere, le scomode verità della scienza vengono soppresse. Quando la buona scienza viene soppressa, le persone muoiono".

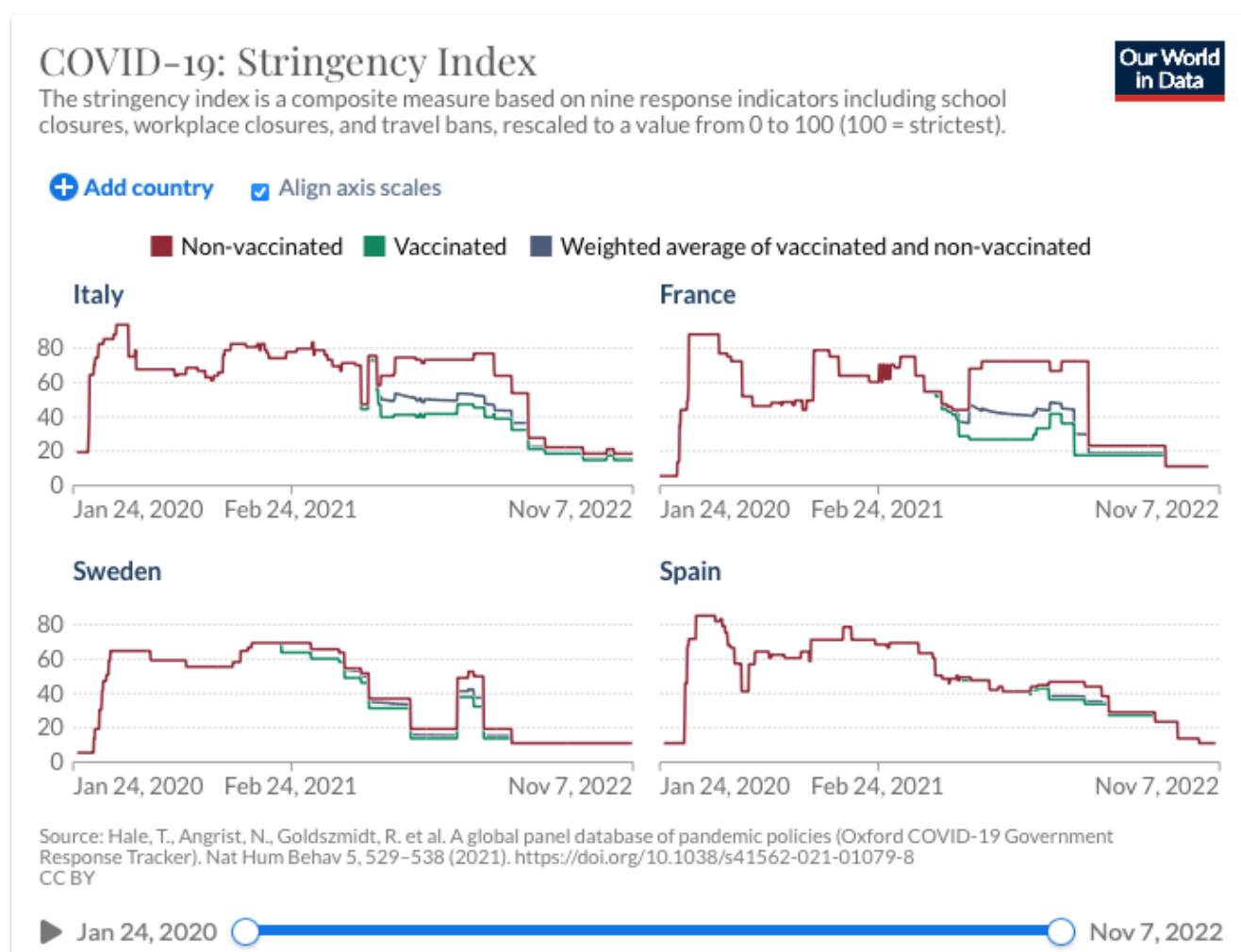
*Anche di fronte ai lockdown e ai coprifuoco (sperimentati in Italia con particolare determinazione) gli organi di informazione pare non si siano posti né abbiano posto alle autorità competenti alcuna domanda né sollevato alcuna critica. È però significativo che prima del 2020 in tutti i piani pandemici redatti nei paesi occidentali (Italia compresa) per contrastare "qualunque" pandemia, del lockdown non c'è traccia, per cui almeno qualche dubbio si sarebbe potuto sollevare sulla coerenza delle scelte politiche adottate dai governi che non hanno utilizzato quanto era stato preparato fino ad allora, chiedendoci (come scrivono Piero Stanig e Gianmarco Daniele - Università Bocconi, in *Fallimento lockdown. Come una politica senza idee ci ha privati della libertà senza proteggerci dal virus*) se allora "possiamo davvero fidarci di una disciplina che ha passato decenni a preparare piani pandemici che, quando poi la pandemia effettivamente arriva, si preferisce ignorare completamente? Piani pandemici così scadenti che chi si azzardi a suggerire di seguirli così com'erano stati preparati, quando Covid-19 si scatena, viene bollato come 'negazionista' irresponsabile?".*

A gennaio 2022, la Johns Hopkins University ha pubblicato una meta-analisi su decine di studi che misuravano gli effetti dei lockdown sulla mortalità da COVID-19, concludendo che: "i blocchi hanno avuto scarso o nessun effetto sulla mortalità da COVID-19. Più specificamente, studi sull'indice di rigore rilevano che i blocchi in Europa e negli Stati Uniti hanno ridotto la mortalità da COVID-19 in media solo dello 0,2%. Anche le SIPO [Shelter-In-Place-Order] sono risultate inefficaci, riducendo in media solo del 2,9% la mortalità per COVID-19. Inoltre, studi specifici sull'NPI [non-pharmaceutical intervention] non trovano prove ad ampia base di effetti evidenti sulla mortalità da COVID-19. Sebbene questa meta-analisi concluda che i blocchi hanno avuto effetti minimi o nulli sulla salute pubblica, hanno imposto enormi costi economici e sociali laddove sono stati adottati. Di conseguenza, le politiche di blocco sono infondate e dovrebbero essere respinte come strumento politico pandemico". Ma, come scrive Peter Gøtzsche "una volta che un Paese ha adottato misure drastiche, come l'isolamento e la chiusura delle frontiere, altri paesi vengono

accusati di essere irresponsabili se non intraprendono le stesse azioni – anche se il loro effetto non è stato dimostrato. I politici non si metteranno nei guai per misure troppo draconiane, solo se si può sostenere che hanno fatto troppo poco”.

Per altro l'uso di questo "indice di rigore", come lo Stringency Index dell'Oxford Coronavirus Government Response Tracker (OxCGRT), "registra semplicemente il rigore delle politiche del governo. Non misura né implica l'adeguatezza o l'efficacia della risposta di un paese. Un punteggio più alto non significa necessariamente che la risposta di un paese sia "migliore" di altri più bassi nell'indice". Infatti, basta confrontare l'"indice di rigore" dell'OxCGRT (che prende in considerazione 9 indicatori: 1. chiusure scolastiche; 2. chiusure dei posti di lavoro; 3. annullamento di eventi pubblici; 4. restrizioni sugli assembramenti pubblici; 5. limitazioni sui trasporti pubblici; 6. requisiti per uscire da casa; 7. campagne di informazione pubblica; 8. restrizioni ai movimenti interni; 9. controlli sui viaggi internazionali) di alcuni paesi con l'andamento dei rispettivi casi per rendersi conto dell'inefficacia di queste misure e dell'assenza di qualunque corrispondenza tra i livelli di restrizione e la diminuzione di ricoveri e decessi.

Stringency Index



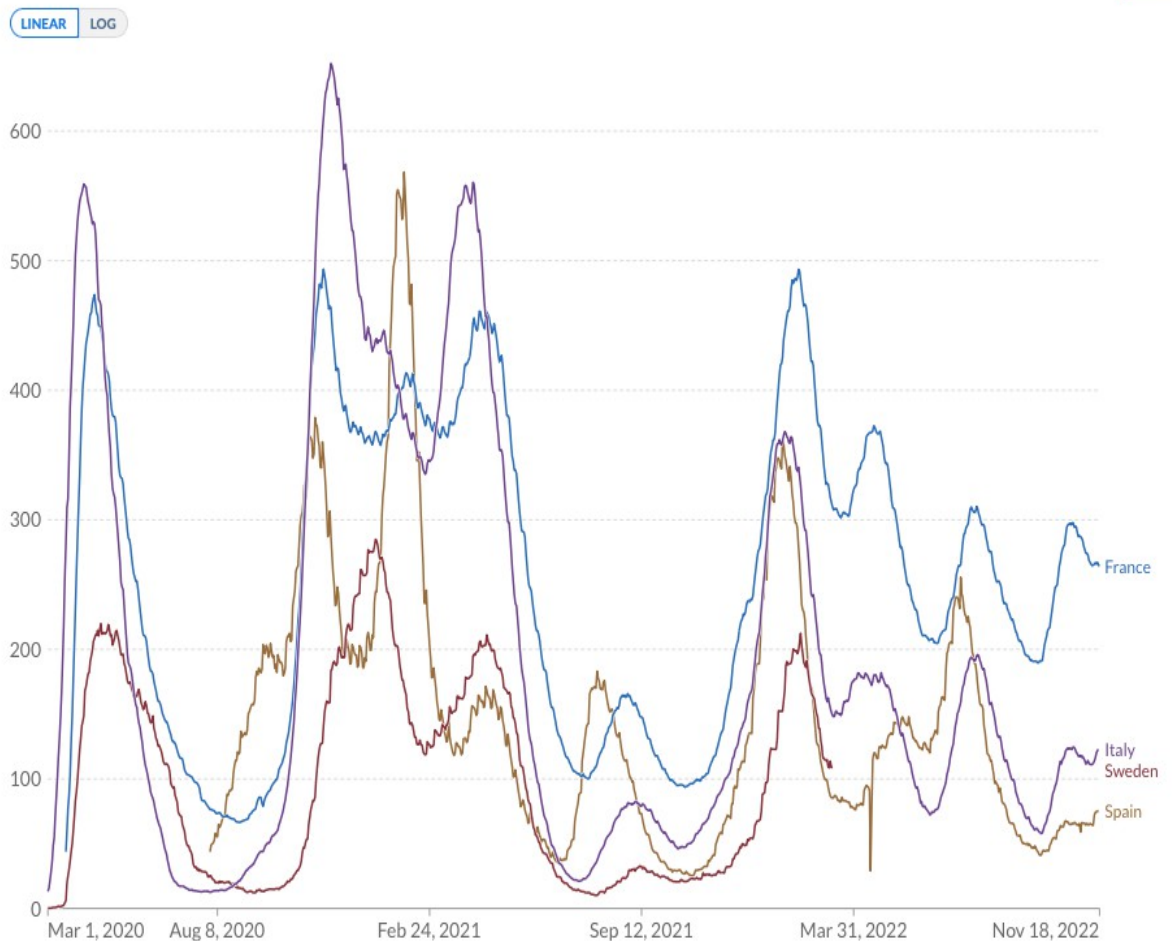
🔍 Type to add a country...

Sort by Total vaccination... ↓

<input checked="" type="checkbox"/> Italy	241.36
<input checked="" type="checkbox"/> Sweden	235.88
<input checked="" type="checkbox"/> Germany	226.87
<input checked="" type="checkbox"/> France	223.28
<input checked="" type="checkbox"/> Spain	201.45
<input checked="" type="checkbox"/> India	155.14
<input type="checkbox"/> Cuba	378.75
<input type="checkbox"/> Gibraltar	366.79
<input type="checkbox"/> Chile	319.07
<input type="checkbox"/> Brunei	285.52
<input type="checkbox"/> Qatar	281.85
<input type="checkbox"/> Japan	271.01
<input type="checkbox"/> Vietnam	267.03
<input type="checkbox"/> Cambodia	266.84
<input type="checkbox"/> Taiwan	266.08
<input type="checkbox"/> Hong Kong	265.08
<input type="checkbox"/> United Arab Emirates	263.97

Number of COVID-19 patients in hospital per million people

Our World
In Data



Source: Official data collated by Our World in Data

CC BY

▶ Feb 24, 2020 ○ Nov 18, 2022

Secondo Martin Kulldorff (Università di Harvard), Sunetra Gupta (Università di Oxford) e Jay Bhattacharya (Stanford University Medical School), primi firmatari della *Dichiarazione di Great Barrington* il 4.10.2020, *“Le attuali politiche di blocco stanno producendo effetti devastanti sulla salute pubblica, a breve e lungo periodo. I risultati (solo per citarne alcuni) includono tassi di vaccinazione infantile più bassi, peggioramento degli esiti delle malattie cardiovascolari, meno screening per il cancro e deterioramento della salute mentale – con la conseguenza che questo porterà negli anni a venire a un aumento della mortalità, con la classe operaia e i membri più giovani della società che ne soffriranno il peso maggiore. Tenere gli studenti fuori dalle scuole è una grave ingiustizia. [...] Le scuole e le università dovrebbero essere aperte all’insegnamento in presenza. Le attività extrascolastiche, come lo sport, dovrebbero essere riprese. I giovani adulti a basso rischio dovrebbero lavorare normalmente, piuttosto che da casa. [...]”*

I sostenitori della *Dichiarazione di Great Barrington* - in qualità di epidemiologi delle malattie infettive e di scienziati della salute pubblica - sono molto preoccupati per gli effetti dannosi sulla salute fisica e mentale causati dalle politiche adottate dai Governi in materia di COVID-19, e raccomandano in alternativa un approccio che chiamano *“Protezione Focalizzata”* nei confronti dei soggetti più fragili e anziani. Una *“Protezione Focalizzata”* su cui Anthony Fauci riuscì a dire - nel suo goffo tentativo di contrastarla - che si trattava di *“total nonsense, junk science”* (sic!).

Purtroppo, l'idea - falsamente egualitaria e sostenuta anche dal governo italiano - di "colpire" l'intera popolazione piuttosto che proteggere i settori più esposti di essa ha determinato, da un lato, una distribuzione delle risorse indiscriminata che ha conseguentemente ridotto la possibilità di investimenti più onerosi nei confronti di coloro che ne avevano maggior bisogno e, dall'altro, ha amplificato il rischio di diffusione del contagio nei luoghi chiusi, primi fra tutti le RSA, ma anche nelle case con famiglie multigenerazionali.

Oltre alle conseguenze psicologiche, che negli USA un'indagine del CDC del giugno 2020 riferiva come *"la prevalenza dei sintomi del disturbo d'ansia era circa tre volte quella segnalata nel secondo trimestre del 2019 (25,5% contro 8,1%) e la prevalenza del disturbo depressivo era circa quattro volte quella riportata nel secondo trimestre del 2019 (24,3% contro 6,5%). [...] Circa un quarto degli intervistati ha riportato sintomi di un TSRD [Trauma and Stress Related Disorders] correlato alla pandemia e circa uno su 10 ha riferito di aver iniziato o aumentato l'uso di sostanze a causa del COVID-19. Anche l'intenzione suicidaria era elevata; circa il doppio degli intervistati ha riferito di aver preso seriamente in considerazione il suicidio nei 30 giorni precedenti rispetto agli adulti negli Stati Uniti nel 2018, riferendosi ai 12 mesi precedenti (10,7% contro 4,3%). Le condizioni di salute mentale colpiscono in modo sproporzionato popolazioni specifiche, in particolare i giovani adulti, gli ispanici, i neri, i lavoratori essenziali, i caregiver non retribuiti per gli adulti e coloro che ricevono cure per condizioni psichiatriche preesistenti"*.

3. CRONACHE SCOLASTICHE

3.1. CHIUSURA SCUOLE, DaD e DDI. La chiusura delle scuole era una delle misure più estreme tra quelle previste nei piani pandemici pre 2020 e, come COBAS, abbiamo sostenuto che solo a seguito della chiusura di tutti gli altri spazi collettivi poteva essere ipotizzabile rinunciare alla presenza nelle aule, chiedendo nello stesso tempo che fossero attuate le misure che dovevano garantire la sicurezza per docenti e alunni*: spazi adeguati, areazione, dpi.

Nonostante non esistessero studi sugli effetti della chiusura delle scuole sulla diffusione dei contagi (se non contemporaneamente all'applicazione di altre misure e comunque con risultati non univoci) già a marzo 2020, in 107 paesi si erano chiuse le scuole colpendo circa la metà della popolazione studentesca mondiale (862 milioni di alunni*). Erano invece evidenti gli effetti negativi: danni economici ai genitori che lavorano; trasmissione del contagio nelle famiglie multigenerazionali; perdita dell'istruzione; danni al benessere dei bambini, in particolare tra gli alunni più vulnerabili; problemi nutrizionali, ecc.

Ad esempio, la *Società Italiana di Pediatria* ha pubblicato un'indagine che segnala, da marzo 2019 a marzo 2021, un incremento degli accessi ai pronto soccorso dell'84% e quasi del 40% delle ospedalizzazioni di giovani per "patologia neuropsichiatrica" rispetto all'anno pre-lockdown (con un +140% per ideazione suicidaria).

Anche i danni economici della chiusura delle scuole sono alti per la collettività. Secondo un'ampia revisione di numerosi studi precedenti pubblicata su *Lancet* a maggio 2020, *"un'analisi di modelli economici del 2010 sulla chiusura delle scuole come interventi di mitigazione durante le epidemie influenzali ha suggerito che le chiusure di 4 o 13 settimane hanno ridotto minimamente il tasso di attacco clinico, ma ha notevolmente aumentato il costo economico per la nazione, in particolare a causa dell'assenteismo forzato dei genitori che lavorano"* e aggiungeva che *"ci sono molte altre potenziali azioni di distanziamento sociale disponibili per le scuole che sono meno drastiche della chiusura totale, sebbene queste abbiano ricevuto poca attenzione"*. Solo uno studio di modellizzazione ha esaminato la chiusura delle scuole come intervento separato e *"ha concluso che l'impatto è stato relativamente marginale, date le ragionevoli ipotesi che i contatti familiari e comunitari aumenterebbero di conseguenza [...] i costi economici e i potenziali danni della chiusura delle scuole sono indubbiamente molto elevati"*.

[...] *le prove a sostegno della chiusura nazionale delle scuole per combattere COVID-19 è molto debole e i dati dei focolai influenzali suggeriscono che la chiusura delle scuole potrebbe avere effetti relativamente piccoli su un virus con l'elevata trasmissibilità di COVID-19 e l'apparente basso effetto clinico sui bambini delle scuole. Allo stesso tempo, questi dati mostrano anche che la chiusura delle scuole può avere profonde conseguenze economiche e sociali. [...] L'istruzione è uno dei più forti predittori della salute e della ricchezza dei futuri lavoratori di un paese e l'impatto della chiusura delle scuole a lungo termine sui risultati scolastici, sui guadagni futuri, sulla salute dei giovani e sulla futura produttività nazionale non è stato quantificato*".

Nel frattempo il ministero e le imprese informatiche hanno approfittato di questa ghiotta occasione per ampliare l'uso del digitale (utilizzando gratuitamente anche il nostro feedback legato alla DaD/DDI per migliorare le prestazioni delle loro piattaforme) e per far diventare normale ciò che era eccezionale, ipotesi per altro contemplata nell'Atto di indirizzo al nuovo CCNL con forme "complementari" di didattica a distanza.

3.2. OBBLIGO GREEN PASS. Il green pass, lungi dall'essere uno strumento a tutela della salute (adesso non ci sono più dubbi sul fatto che anche i/le vaccinat* che ne sono in possesso possono ammalarsi e contagiare) è una pura e semplice vessazione ed è servito a coprire le plateali inadempienze rispetto alla sicurezza del governo e del ministero nonché a individuare nella minoranza di chi ha scelto di non vaccinarsi un facile capro espiatorio su cui far ricadere la colpa del persistere della situazione emergenziale e contro cui indirizzare – come dimostrato teatralmente dal ministro Brunetta – quell'odio che cova sempre nella pancia della società, specie nei momenti di più profonda crisi.

Per altri versi, l'ex ministro Speranza orgogliosamente dichiarava che *"il green pass è la più grande operazione di digitalizzazione della storia"*. Un'operazione che la recente Dichiarazione del G20 a Bali intende proseguire *"per rafforzare la prevenzione e la risposta alle future pandemie, che dovrebbero capitalizzare e basarsi sul successo degli standard esistenti e dei certificati digitali COVID-19"* (sic!).

Un'operazione che potrebbe avere ampie possibilità di sviluppo, come ci informa uno studio pubblicato dall'OMS nell'estate 2021 dal titolo: *DDCC:VS - Documentazione Digitale dei Certificati Covid-19: Stato della Vaccinazione. Specifiche tecniche e guida all'implementazione*. Studio finanziato dalla *Fondazione Bill & Melinda Gates*, dal governo dell'Estonia, dalla *Fondazione Botnar*, dallo Stato del Kuwait e dalla *Fondazione Rockefeller*. In questo studio si ipotizza di aggiungere ai due usi attualmente previsti (prova della vaccinazione e della continuità delle cure), una serie di altri possibili usi: *"La potenziale implementazione di un DDCC:VS per questi scopi, in particolare come tesserino sanitario, genera una serie di potenziali problemi etici per individui e comunità e sfide per i diritti umani. [...] In primo luogo, l'uso di un DDCC:VS come pass sanitario solleva una serie distinta di rischi a causa delle attuali incertezze scientifiche relative ai vaccini COVID-19. [...] Secondariamente [...] Gli individui potrebbero essere meno disposti a rivelare la loro storia medica e (potenziali) controindicazioni a un vaccino COVID-19 per essere vaccinati e ottenere un DDCC:VS, che aumenta il rischio di eventi avversi. [...] In terzo luogo, un DDCC:VS nel suo utilizzo come tesserino sanitario rischia di introdurre svantaggi e ingiustizie. [...] C'è il pericolo che coloro che sono disposti a essere vaccinati ma non hanno ancora ricevuto un vaccino, o coloro che non possono essere vaccinati per motivi medici, sarebbero ingiustamente svantaggiati se un DDCC:VS incorporato funzionasse. Si dovrebbe considerare se gli individui non vaccinati possano utilizzare altre prove dello stato di salute per consentire loro un accesso simile agli stessi servizi, mitigando al contempo il rischio di diffusione della malattia. Queste altre prove possono includere un test COVID-19 negativo o una prova dell'immunità acquisita dopo l'infezione basata su test affidabili e accurati (che sono stati chiamati certificati di immunità), sebbene ciò sollevi anche notevoli preoccupazioni scientifiche ed etiche. [...] L'uso di un DDCC:VS per limitare il diritto alla libertà di movimento e ad altri diritti umani è giustificato solo quando sostiene il perseguimento di uno scopo legittimo durante*

un'emergenza sanitaria pubblica ed è previsto dalla legge, proporzionato, di durata limitata, basato su prove scientifiche e non imposte in modo arbitrario, irragionevole o discriminatorio. [...] Un DDCC:VS includerà dati potenzialmente sensibili relativi alla salute delle persone, e questi dati dovrebbero quindi essere protetti da un'adeguata riservatezza medica e tutele della privacy. L'accesso o l'uso dei dati per la continuità dell'assistenza dovrebbe essere basato sullo standard di consenso appropriato (ad es. implicito o esplicito) [...] Poiché i dati personali raccolti nell'interesse del DDCC:VS possono essere utilizzati solo per la continuità dell'assistenza e la prova di verifica, non dovrebbero essere trattati in modi incompatibili con tali finalità. L'uso di questi dati per qualsiasi altro scopo, compresa la vendita e l'uso dei dati personali per scopi commerciali, dovrebbe essere vietato, salvo previo consenso esplicito, inequivocabile e gratuito dell'interessato".

Rischi e pericoli dell'abuso dei dati personali su cui recentemente ha lanciato l'allarme il *Garante Europeo Protezione Dati – GEPD* a proposito delle informazioni raccolte da Europol, i cui poteri sono stati ampliati notevolmente dal nuovo Regolamento UE 2022/991 *"per quanto riguarda lo scambio di dati personali con soggetti privati, l'uso dell'intelligenza artificiale e il trattamento di grandi set di dati"*.

Come ricorda Amnesty International crescono le preoccupazioni che alcuni governi stiano utilizzando questi poteri di emergenza per fini repressivi, una situazione che potrebbe eventualmente continuare anche dopo che la pandemia sarà stata contenuta, col rischio che *"I poteri di emergenza possono decadere in alcuni casi, mentre la sorveglianza digitale introdotta per affrontare la crisi potrebbe non esserlo"*, come conclude lo studio *COVID-19 and Authoritarianism: Two Strategies of Engaging Fear* su *The Global Justice Network*.

3.3. OBBLIGO VACCINAZIONE. Nonostante già nell'estate 2021 si paventasse il rischio dell'ampliamento di un tale obbligo anche al personale scolastico, non è mai decollata una discussione pubblica che riflettesse sui limiti e le condizioni che un'eventuale imposizione avrebbe dovuto rispettare. Una sottovalutazione del problema che non ha permesso di sviluppare un ragionamento condiviso che evitasse l'impreparazione e la frammentazione con cui si sono approntate le strategie di difesa del personale non vaccinato (spesso vessato da ds, ma anche da colleghi/e pronti/e a esercitare un miserabile potere nei confronti di coloro che avrebbero reso insicure le nostre scuole) e poi i ricorsi contro le sospensioni (circa 8.000 tra docenti e ATA, dati M.I.).

3.4. UTILIZZAZIONE DOCENTI NON VACCINATI/E RIAMMESSI AL LAVORO. Anche rispetto ai provvedimenti che hanno riguardato i/le 3.812 docenti non vaccinati/e che il d.l. n. 24/2022 ha riammesso al lavoro utilizzandoli/e per 36h settimanali (nonché nei confronti di coloro che si sono rifiutati di completare il ciclo vaccinale oppure erano guariti da oltre 90 giorni) non si è sviluppato un confronto pubblico sulla ragionevolezza e/o liceità del loro allontanamento dall'insegnamento, né pare si sia espressa quel minimo di solidarietà che ci si poteva aspettare.

Nemmeno lo sproloquiare del ministro Bianchi, affidato al ministro per i rapporti col parlamento, visto che – ironia della sorte - il responsabile del dicastero dell'istruzione plurivaccinato era positivo, pare abbia risvegliato quella doverosa indignazione contro una visione etica della società e dei rapporti di lavoro che oggi colpisce alcuni *"inadempienti"*, ma che in futuro potrebbe interessare altre situazioni. Non è bastato che il ministro rivendicasse il *"messaggio forte e coerente, che si è voluto dare ai nostri giovani. Gli insegnanti inadempienti disattendono il patto sociale ed educativo su cui si fonda la comunità nella quale sono inseriti. Il puro e semplice rientro in classe avrebbe comportato un segnale altamente diseducativo; per questo si è dovuto trovare un ragionevole equilibrio tra il diritto dei docenti non vaccinati di sostentarsi e il loro dovere di non smettere mai di fornire il corretto esempio"* o che affermasse anche il falso: *"Tale decisione risponde peraltro anche all'esigenza di garantire il diritto alla salute agli alunni e alle alunne delle classi non vaccinati e ai fragili"* visto che i/le docenti che non hanno osservato l'obbligo vaccinale dovevano tamponarsi ogni due giorni e quindi offrivano maggiori garanzie di sicurezza "a contatto" con le classi rispetto ai/lle loro colleghi/e. Non pago di ciò il ministro ha anche inasprito la punizione, "interpretando" in

sede di conversione del d.l. il tempo di lavoro che i riammessi avrebbero dovuto svolgere: non in applicazione dell'art. 28 del vigente CCNL, ma applicando forzosamente il già iniquo CCNI per il personale docente inidoneo e obbligando a 36 ore di lavoro. Come ogni punizione anche questa doveva essere esemplare.

4. IL CONSIGLIO DI GIUSTIZIA AMMINISTRATIVA DELLA SICILIA E LE CRITICITÀ COSTITUZIONALI DELL'OBBLIGO VACCINALE.

Fa anche un certo effetto trovare un organo istituzionale come il CGA della Sicilia su posizioni più critiche e meno timide nei confronti degli atti governativi rispetto a un'opinione pubblica assuefatta al continuo bombardamento di norme e provvedimenti vari e incapace di riflettere su una gestione della pandemia tutta concentrata sulla vaccinazione e sulle opacità delle informazioni relative ai vaccini stessi.

È in questa situazione di opacità che il CGA Sicilia si è trovato costretto a chiedere un'istruttoria affidata ad un collegio composto dal Segretario generale del Ministero della Salute, dal Presidente del Consiglio superiore della sanità e dal Direttore della Direzione generale di prevenzione sanitaria, al termine della quale il Consiglio non ha potuto fare a meno di sollevare la questione di legittimità costituzionale:

a) dell'art. 4, commi 1 e 2, del d.l. n. 44/2021 (convertito in l. n. 76/2021), nella parte in cui prevede, da un lato l'obbligo vaccinale per il personale sanitario e, dall'altro lato, per effetto dell'inadempimento all'obbligo vaccinale, la sospensione dall'esercizio delle professioni sanitarie, per contrasto con gli artt. 3, 4, 32, 33, 34, 97 della Costituzione, sotto il profilo che il numero di eventi avversi, la inadeguatezza della farmacovigilanza passiva e attiva, il mancato coinvolgimento dei medici di famiglia nel triage pre-vaccinale e comunque la mancanza nella fase di triage di approfonditi accertamenti e persino di test di positività/negatività al Covid non consentono di ritenere soddisfatta, allo stadio attuale di sviluppo dei vaccini antiCovid e delle evidenze scientifiche, la condizione, posta dalla Corte costituzionale, di legittimità di un vaccino obbligatorio solo se, tra l'altro, si prevede che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che è obbligato, salvo che per quelle sole conseguenze "che appaiano normali e, pertanto, tollerabili";

b) dell'art. 1 della l. 217/2019, nella parte in cui non prevede l'espressa esclusione dalla sottoscrizione del consenso informato delle ipotesi di trattamenti sanitari obbligatori, e dell'art. 4, del d.l. n. 44/2021, nella parte in cui non esclude l'onere di sottoscrizione del consenso informato nel caso di vaccinazione obbligatoria, per contrasto con gli artt. 3 e 21 della Costituzione.

Dubbi di legittimità costituzionale sollevati sulla base di una serie di criticità, tra le quali:

- Come risulta evidente, non solo il numero di eventi avversi da vaccini anti SARS-COV-2 è superiore alla <media degli eventi avversi già registrati per le vaccinazioni obbligatorie in uso da anni>, ma lo è di diversi ordini di grandezza (109 segnalazioni, a fronte di 17,9, e con un tasso di 17,6 eventi gravi ogni 100.000 dosi somministrate, a fronte di un tasso 1,9 segnalazioni gravi). Le emergenze istruttorie suggeriscono, quindi, una rivisitazione degli orientamenti giurisprudenziali fin qui espressi sulla base di dati ormai superati. [...] È, quindi, da dubitarsi che farmaci a carico dei quali si stiano raccogliendo segnalazioni su tali effetti collaterali soddisfino il parametro costituzionale sopra richiamato. [...] nell'ipotesi di farmaci sottoposti ad autorizzazione condizionata, il profilo di rischio a medio e lungo termine deve emergere proprio dallo studio di fenomeni avversi che possono anche intervenire a distanza di tempo dalla somministrazione del farmaco (collocandosi, quindi, fuori dalla finestra temporale di riferimento tra somministrazione del vaccino e sospetta reazione su cui è impostato l'algoritmo) ed essere imprevisi o inconsueti rispetto gli eventi avversi conosciuti e attesi, e quindi suscettibili di essere scartati dagli operatori sanitari perché erroneamente non ritenuti "sospetti". [...] Lo stesso utilizzo dell'algoritmo, che espunge la segnalazione di eventi distanti, nel tempo, rispetto alla data della vaccinazione, non pare coerente con le

esigenze di studio dei profili di rischio a medio lungo termine dei farmaci sottoposti ad approvazione condizionata;
[il più recente Rapporto AIFA n. 13 di marzo 2022 contiene 99 segnalazioni su 100.00 dosi di cui 18,5% gravi, ndr]
- *la inadeguatezza del triage pre-vaccinale. [...] evidenziato alcuni effetti collaterali gravi come miocarditi e pericarditi (correlabili prevalentemente ai vaccini a base di RNA) ed eventi tromboembolici (più frequenti nei vaccini con vettore virale), che potrebbero essere scongiurati esentando dalla vaccinazione, o sottoponendo preventivamente ad idonea terapia farmacologica, soggetti che evidenzino specifici profili di rischio (come trombofilie ereditarie);*
- *il consenso informato. Ulteriori profili di criticità emergono dalla normativa in ordine al consenso informato, richiamata nelle premesse, in considerazione del fatto che non viene espressamente esclusa la raccolta del consenso anche nell'ipotesi di somministrazione di un trattamento sanitario obbligatorio. [...] Risulta, evidentemente, irrazionale la richiesta di sottoscrizione di tale manifestazione di volontà all'atto della sottoposizione ad una vaccinazione indispensabile ai fini dell'esplicazione di un diritto costituzionalmente tutelato quale il diritto al lavoro; e poiché tale determinazione deriva dalla circostanza che la legge, nell'aver introdotto e disciplinato il consenso informato, non ha dettato un'apposita clausola di salvaguardia nell'ipotesi trattamento farmacologico obbligatorio, se ne evince l'intrinseca irrazionalità del dettato normativo.*

E ritenendo che:

- *seguendo gli indici costituzionali fin qui richiamati, deve ritenersi essenziale, per un verso, che il monitoraggio degli eventi avversi, la raccolta e la valutazione dei dati risultino il più possibile ampi e completi, che avvengano (o siano almeno validati) da parte di organismi indipendenti, ciò che costituisce presupposto essenziale per la stessa verifica dell'ampiezza degli effetti collaterali; per altro verso, che il cittadino riceva informazioni complete e corrette che siano facilmente e liberamente accessibili; e, ancora, che, nel trattamento sanitario obbligatorio, sia rispettato il limite invalicabile imposto "dal rispetto della persona umana" (art. 32, comma 2, Cost.);*
- *non sembrano rispettati, in quanto non vi è prova di vantaggio certo per la salute individuale e collettiva superiore al danno per i singoli, non vi è prova di totale assenza di rischio o di rischio entro un normale margine di tollerabilità, e non vi è prova che - in carenza di efficacia durevole del vaccino - un numero indeterminato di dosi, peraltro ravvicinate nel tempo, non amplifichi gli effetti collaterali dei farmaci, danneggiando la salute; non sono state adottate "misure di mitigazione" e "misure di precauzione" ad accompagnamento dell'obbligo vaccinale, quali adeguati accertamenti in fase di triage pre-vaccinale, e adeguata farmacovigilanza post vaccinazione, con il rischio che in nome della vaccinazione di massa risulti sbiadita la considerazione della singola persona umana, che andrebbe invece sostenuta e assicurata, tanto più quanto riluttante alla vaccinazione, con approfondite anamnesi e informazioni, con costi a carico del Servizio sanitario nazionale;*
- *l'attuale previsione dell'obbligo vaccinale anti SARS-COV-2 presenta profili di criticità, con riferimento alla percentuale di eventi avversi e fatali (ben superiore alla media degli altri vaccini, obbligatori e non), che peraltro allo stato non sembrano oggetto di prevenzione (attraverso un sistematico coinvolgimento dei medici di base e l'esecuzione di test diagnostici pre- vaccinali);*
- *il sistema di raccolta del consenso informato risulta irrazionale laddove richieda una manifestazione di volontà per la quale non vi è spazio in capo a chi subisce la compressione del diritto all'autodeterminazione sanitaria, a fronte di un dovere giuridico ineludibile;*
- *il complesso normativo sopra descritto si pone in tensione, per tutte le motivazioni sopra articolate, con i seguenti articoli della Costituzione: 3 (sotto i parametri di razionalità e proporzionalità); 32 (avuto riguardo alla compressione della libertà di autodeterminazione sanitaria in relazione a trattamenti farmacologici suscettibili di ingenerare effetti*

avversi non lievi né transitori); 97 (buon andamento, anche in relazione alle criticità del sistema di monitoraggio); 4 (diritto al lavoro), nonché art. 33 e 34 (diritto allo studio), oggetto di compressione in quanto condizionati alla sottoposizione alla vaccinazione obbligatoria; 21 (diritto alla libera manifestazione del pensiero, che ricomprende il diritto ad esprimere il proprio dissenso), in relazione all'obbligo di sottoscrizione del consenso informato per poter accedere ad un trattamento sanitario imposto; oltre che con il principio di proporzionalità e con il principio di precauzione desumibili dall'art. 32 Cost. (avuto riguardo alle più volte rilevate criticità del sistema di monitoraggio, nonché all'assenza di adeguate misure di attenuazione del rischio quali analisi e test pre-vaccinali e controlli post vaccinazione);

- appare carente un adeguato bilanciamento tra valori tutti di rilievo costituzionale, e in particolare tra tutela della salute da una parte, e tutela dello studio e del lavoro dall'altra, che soddisfano parimenti bisogni primari del cittadino.

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

Sostanzialmente i Report dell'ISS dal marzo 2020 descrivono una situazione stabile per quanto riguarda le *Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia*. Infatti, anche nell'ultimo Rapporto del 10.1.2022 si legge che, su 138.099 decessi (che rappresentavano lo 0,23% della popolazione italiana):

- a. l'età media è di 80 anni e quella mediana di 82;
- b. fino a 49 anni (età da cui scattava l'obbligo vaccinale), complessivamente i decessi sono l'1,3% del totale;
- c. da 50 a 69 anni (età obbligo vaccinale/età lavorativa), complessivamente i decessi sono il 14,1% del totale;
- d. da 70 a 79 anni complessivamente i decessi sono il 25,2% del totale;
- e. mentre gli ultraottantenni contano quasi il 60% dei decessi;
- f. le patologie preesistenti in un campione analizzato sono mediamente 3,7 e solo il 2,9% del campione non presentava patologie pregresse riconosciute.

Dati al 17.11.2022 (2 anni e 10 mesi):

- casi positivi totali dall'inizio della pandemia = 24.031.538 (probabilmente sottostimati perché non individuati dai tamponi);
- decessi covid-19 = 180.518 (probabilmente sovrastimati, visto che lo stesso ISS continua a ribadire "deceduti positivi all'infezione" e non "per" l'infezione);
- mortalità = decessi/popolazione → 0,31%
- letalità = decessi/casi totali → 0,75%

Le lezioni più importanti di questa pandemia riguardano meno il coronavirus stesso, ma ciò che ha rivelato sui sistemi politici che hanno risposto ad esso. Il governo democratico deve iniziare il duro compito di rispondere a quelle lezioni prima che si manifesti la prossima minaccia pandemica, cosa che inevitabilmente accadrà.

Thomas J. Bollyky, Ilona Kickbusch, *Preparing democracies for pandemics*, BMJ