

# 1. La Scuola in Ospedale ai tempi del COVID-19: che cosa ci portiamo dietro

ALBERTO TOMMASINI

Università di Trieste e IRCCS Burlo Garofolo, Trieste  
alberto.tommasini@burlo.units.it

I primi due anni del Master della Scuola in Ospedale dell'Università di Trieste si sono svolti purtroppo durante la fase pandemica del COVID-19. Queste pagine sono scritte alla fine del terzo anno pandemico, in un periodo di adattamento alla cosiddetta fase di endemia dell'infezione, e di rassegnazione all'idea che questo virus accompagnerà a lungo il nostro cammino. Ricordo che per endemia si intende quella condizione in cui il virus stesso, girando nella popolazione, con lievi fluttuazioni nel tempo produce una quota ridotta di malattia e morte, a fronte di un diffuso livello di immunità di popolazione. Qui propongo alcune riflessioni, nella speranza che le sofferenze, le difficoltà e gli insegnamenti che possiamo derivare dai tre anni appena trascorsi non vengano allontanati troppo facilmente dai nostri ricordi e possano esserci utili in futuro di fronte ad altre sfide sanitarie e sociali.

Mi piace pensare che il progresso umano dipenda in parte dalla capacità di storicizzare l'attualità recente, di ricordare e di dimenticare, di riconoscere un senso negli avvenimenti, nelle immagini che li hanno ritratti, nelle voci che li hanno raccontati, perfino nei silenzi di moltitudini attonite e spaventate. Certamente non scriveremo noi la storia di oggi: è troppo presto, e poi il compito dello storico esige un certo rigore metodologico. Nonostante



questo, credo che lo sforzo di dare uno sguardo “storico” al nostro recentissimo trascorso non sia privo di senso, per quanto sia ricco di difficoltà. La prima sfida che mi trovo ad affrontare è la raccolta di prove, testimonianze per organizzare i ricordi in un racconto storico condivisibile. Sfida non banale, ove consideriamo che la pandemia di COVID-19 si è accompagnata a una netta divaricazione, sia nella società, sia nelle istituzioni, di vissuti e interpretazioni, spesso del tutto inconciliabili. Per condensare in poche pagine avvenimenti e pensieri che si sono avvicendati su un substrato rapidamente mutevole di conoscenze, dovrò necessariamente compiere alcune semplificazioni o tralasciare alcune tematiche significative. Consapevole di queste limitazioni cercherò di raccogliere alcuni spunti che rispecchiano lo sguardo sulla pandemia da parte di un medico pediatra e ricercatore, con

particolare riguardo agli effetti osservati sui bambini e ragazzi, e sulle loro famiglie. Cercherò di ricostruire alcuni passaggi di questo difficile periodo, cercando di attingere il più possibile a fatti misurabili, coerentemente alla componente scientifica del mio lavoro. Tuttavia, considerata l'importanza della comunicazione e partecipazione empatica nel rapporto tra medico e paziente, terrò inevitabilmente conto anche di aspetti emozionali, esistenziali e valoriali più difficili da misurare.

Premetto che, nonostante il mio ruolo di medico, sono stato marginalmente interessato dall'impatto grave che la pandemia ha avuto, soprattutto nel corso del primo anno, sulla vita e professione di molti miei colleghi della medicina dell'adulto, sia in termini di rischio personale, sia in termini di condizioni di lavoro, sia infine in termini di frustrazioni, stanchezza, esaurimento. Come ricorderò più avanti, l'infezione da parte del virus SARS-CoV-2 ha avuto un impatto modesto sulla popolazione pediatrica, con rarissimi casi gravi. Tuttavia, ho avuto modo di farmi un'idea di quello che tanta parte del personale medico e paramedico ha passato in quei periodi così difficili, un'idea dei conflitti, delle difficoltà di acquisire informazioni utili a fare meglio, delle condizioni di lavoro estenuanti segnate da procedure, dispositivi di protezione bardanti (quando sono stati disponibili), ritmi incalzanti, suoni di monitor, angosce di pazienti strappati ai loro cari. Il mio lavoro come immunologo pediatra mi ha fornito gli strumenti e il tempo per studiare ogni cosa e farmene interprete, nei limiti delle mie capacità, a vantaggio dei colleghi e delle famiglie. Intendiamoci, non è un obiettivo solitario, ma un fervido processo che ci ha portati insieme ad altri medici e ricercatori a confrontarci su dubbi, domande, osservazioni, dati e commenti. Questa posizione a metà strada tra i medici e gli scienziati mi ha permesso di essere, nel mio piccolo, un apprezzato interprete della pandemia prima, e dei vaccini anti COVID successivamente. Al tempo stesso mi ha fatto sentire il compito e il dovere di proseguire su una linea di informazione il più possibile puntuale ed equilibrata. Inutile tacere che tra i personaggi televisivi e *social* che si occupavano di interpretare la pandemia ho trovato talora voci molto equilibrate e affidabili da seguire nel tempo ed altre più azzardate che mi sono parse a volte terribilmente narcisiste e che spesso producevano solo confusione. In questo compito di informare e raccontare, che in qualche modo mi sono trovato addosso, ad un certo punto mi sono domandato se non fosse necessario cominciare a guardarsi intorno con uno sguardo "storico", già quando questa pandemia era ancora nelle sue fasi iniziali.

## 1. DUE STORIE A CONFRONTO: DALL'INFLUENZA SPAGNOLA AL COVID-19

All'inizio della primavera del 2020, mentre la Lombardia veniva travolta dalle prime fasi della pandemia di COVID-19, ripresi in mano un saggio pubblicato alcuni anni prima, "La spagnola in Italia" di Eugenia Tognotti (Ed. Franco Angeli 2016). È straordinario notare quante delle dinamiche sociali, scientifiche e politiche osservate nell'attuale pandemia fossero già state descritte per la pandemia influenzale "Spagnola" di un secolo fa (1918-19). La maggior differenza, probabilmente, risiede nel periodo storico di allora, che vedeva l'Italia coinvolta nella Prima guerra mondiale. Il governo di allora era ovviamente interessato a nascondere alla popolazione la gravità dell'evento sanitario in corso, per non rischiare di accentuare un sentimento di demoralizzazione e sconforto che avrebbe indebolito l'impegno bellico del Paese. A questo scopo, per esempio, si impedì ai giornali di raccontare quanto stava accadendo e si arrivò a proibire il consueto rintocco delle campane "a morto" nelle chiese di paese. Tuttavia, i necrologi nei giornali, i carri che trasportavano le salme fuori da Milano (similmente a quanto osservato nelle lugubri fotografie dei carri militari a Bergamo nel corso della presente pandemia), il passa parola tra la gente, costrinsero presto ad una certa presa d'atto della situazione. Altre similitudini tra ieri e oggi comprendono l'utilizzo sempre maggiore delle mascherine, il consumo massiccio di disinfettanti, la diffusione di sentimenti complottisti (qualcuno ipotizzava che l'influenza fosse dovuta non ad un virus pandemico, ma ad un batterio messo in circolazione dai Tedeschi come arma di guerra biologica), le controversie mediche sull'utilizzo del chinino (oggi dell'idrossiclorochina). C'è però un altro elemento di similitudine che rischia di realizzarsi tra le due lontane pandemie: l'oblio. Nel primo capitolo del libro di Tognotti si afferma, riguardo alla pandemia Spagnola, che "la rimozione, a livello planetario, dalla memoria e dal vissuto dei contemporanei, può essere considerata uno dei più grandi misteri del Novecento". È certamente normale, oggi come allora, che un certo "pragmatismo positivo" imponga di essere capaci di buttarsi alle spalle le cose brutte del nostro vissuto collettivo per ricominciare a vivere guardando avanti. Tuttavia, non si dovrebbe correre il rischio di buttarsi in dietro anche tutto quello che attraverso il sacrificio e la sofferenza abbiamo imparato, e che in qualche modo potrebbe servirci ad affrontare meglio future sfide epidemiche, che purtroppo sembra probabile dover ancora incontrare. Può essere utile osservare che, mentre la cancellazione della memoria della Spagnola passò da una scarsità di testi-

monianze scritte e fotografiche sull'accaduto, il rischio attuale di rimozione passa al contrario da un eccesso di materiali documentali su numerosi e diversi canali di comunicazione. Solo per fare un esempio, in soli tre anni sono stati scritti quasi mezzo milione di articoli sul COVID in riviste scientifiche. Ancora di più sono gli articoli sui giornali di tutto il mondo, le trasmissioni televisive, le discussioni social.

Rispetto alla pandemia Spagnola, quella attuale del COVID-19 ci ha portato all'attenzione anche i più entusiasmanti successi delle tecnologie biomediche, la capacità di sequenziare il virus e produrre vaccini efficaci in tempi brevissimi. Tuttavia, questo correre della tecnologia si è accompagnato ancor di più ad una polarizzazione, che potremmo definire manichea, tra istanze su base scientifica a volte forse troppo positiviste e vari tipi di istanze antagoniste, su base ideologica, politica o religiosa. Al di là di un'analisi a posteriori su chi avesse la maggior quota di ragione, emerge un fatto certo: la pandemia e il modo in cui i mezzi di comunicazione e le autorità governative l'hanno affrontata si sono accompagnate ad una serie di fratture sociali e crisi personali nella nostra società. Queste fratture sono rimaste sopite in un primo momento, dominato dalla paura e dall'incertezza, con manifestazioni di solidarietà dai balconi e dalle finestre delle case, ad esprimere il bisogno umano di socialità e forse, in una specie di rito collettivo, la speranza nel ritorno di una vita normale. Man mano che le prospettive di confronto con la pandemia spostavano la speranza di un possibile ritorno alla normalità verso tempi indeterminati, nella popolazione cominciavano ad emergere manifestazioni di stanchezza, insofferenza, perplessità, contrarietà fino anche all'idea di essere tutti vittime di un colossale complotto per il controllo sanitario delle masse a fini politici ed economici. A tal proposito, un editoriale del New York Times nell'autunno del 2020 recitava: *"In sharp contrast to the spring, the rituals of hope and unity that helped people endure the first surge of the virus have given way to exhaustion and frustration. Fear has really been replaced with fatigue"*. È bastato un anno perché le divisioni, il sospetto di complotti, la paura di una dittatura sanitaria prendessero il posto della solidarietà. Non che l'uomo diventi solidale o meno nell'arco di pochi mesi, ma l'abitudine a quello che sembrava un nuovo ineluttabile ordine delle cose si accompagnava alla stanchezza e, in alcuni, al rifiuto di un ordine sanitario (percepito talora come "dittatura sanitaria"), che più passava il tempo più pareva stabilizzarsi e autodeterminarsi. L'inerzia di alcune decisioni politiche di fronte a condizioni epidemiologiche e sanitarie in continuo e rapido cambiamento non ha aiutato a comprendere le ragioni su cui queste erano basate.

Fatte queste premesse, oggi appare lecito domandarsi se fosse inevitabile giungere a tale polarizzazione delle opinioni scientifiche e politiche in dibattiti pubblici, se fosse necessario stigmatizzare le posizioni dei più dubbiosi, degli esitanti e degli antagonisti, o se non fosse invece possibile seguire una strada diversa. È lecito domandarsi se, accanto alla determinatezza nell'attuazione di azioni sanitarie di tutela della salute, ci fosse una modalità di accogliere in uno spirito di fratellanza anche persone animate da pensieri, credenze e motivazioni diverse dalle nostre. Non si tratta qui di fare una discussione scientifica o politica, ma di comprendere la necessità di affrontare un problema così ampio sui suoi diversi piani, dando priorità agli strumenti scientifici che permettono di tutelare gli interessi della maggioranza della popolazione, ma senza dimenticare le infinite varietà di motivazioni e ideali che compongono le sfaccettature della nostra società.

## 2. L'INIZIO DELLA PANDEMIA E I NUMERI MANCANTI

L'Italia è stato uno dei primi grandi paesi occidentali interessati dalla pandemia COVID-19. Già nei primi mesi, i dati epidemiologici più affidabili (ad esempio quelli dei Centers for Disease Control and Prevention degli USA) avevano permesso a molti di stimare nell'ordine dell'1% o poco più la reale letalità dell'infezione da SARS-Cov-2, cioè una decina di volte più elevata di quella delle comuni influenze stagionali. Cionondimeno, i primi mesi di pandemia sono stati caratterizzati da accese controversie non solo tra i politici, ma anche tra gli scienziati, perché l'interpretazione dei dati disponibili non pareva univoca. In particolare, era difficile calcolare la letalità dell'infezione senza conoscere con precisione il numero che compone la platea dei soggetti contagiati, che inizialmente era effettivamente difficile da stimare. Infatti, il tracciamento iniziale permetteva di identificare e tracciare solo una piccola porzione (anche meno di un decimo) dei soggetti realmente infettati, molti dei quali sfuggivano ai conteggi in quanto asintomatici o paucisintomatici. Di conseguenza, anche la letalità apparente (decessi per numero di infettati conosciuto) poteva sembrare più elevata del reale (15-20%). Tuttavia, era chiaro che questa percentuale a doppia cifra rappresentava un dato sovrastimato: l'analisi dei decessi in sistemi "chiusi", più facili da analizzare (una nave da crociera, un paese del Veneto), suggerivano che la reale letalità dell'infezione fosse più vicina all'1% che al 10%. Poco più tardi, infatti, ci si è resi conto

che in alcuni paesi delle province di Cremona, Brescia, Lodi e Bergamo l'infezione aveva interessato la maggior parte della popolazione già prima che fosse possibile interrompere la diffusione del contagio per mezzo dell'istituzione delle cosiddette "zone rosse". Anzi, è probabile che con le chiusure operate in quella fase si siano ottenuti due risultati contrastanti: da un lato l'interruzione della circolazione del virus nelle zone dove questo era appena arrivato; dall'altro lato, purtroppo, la diffusione del contagio tra i familiari o negli ospedali laddove l'infezione era arrivata prima ed era già in fase di incubazione, giungendo quindi ad infettare la maggior parte degli abitanti nei paesi colpiti per primi. Fatto sta che già nella primavera del 2020 l'analisi dei dati dell'Istat sull'eccesso di mortalità in alcuni piccoli paesi rispetto ai dati storici degli anni precedenti, integrata con i dati dei tamponi positivi e con quelli sulla diffusione degli anticorpi anti SARS-CoV-2 nella popolazione (ad esempio donatori di sangue di Castiglione d'Adda), permetteva di giungere ad una stima più accurata della gravità della pandemia. Uno degli elementi di questa storia che si andava delineando era comunque una letalità che aumentava gradualmente con l'età, per diventare molto elevata nei soggetti più anziani (dove poteva raggiungere il 10%). Non è purtroppo un'invenzione il fatto che in ogni classe delle scuole di alcuni paesi del Bergamasco ci fossero bambini che avevano perso un nonno a causa della pandemia. Il tutto nell'arco di poco più di un mese. È bene ricordarlo, perché grazie alle mascherine e al distanziamento sociale, l'impatto della pandemia nell'autunno successivo è stato molto addolcito e per fortuna non abbiamo più vissuto quella tragica situazione iniziale. Grazie all'istituzione delle zone rosse nell'inverno-primavera 2020 la Lombardia era stata interessata dalla pandemia a macchia di leopardo, con alcuni paesi del tutto risparmiati dal contagio. Nella successiva ondata dell'autunno dello stesso anno, il contagio si diffuse più facilmente nei paesi inizialmente risparmiati dalla prima ondata. Al contrario, nei paesi massicciamente coinvolti dalla prima ondata, si osservava nell'autunno una ridotta diffusione del contagio, testimonianza indiretta della protezione immunitaria acquisita da molti al primo contatto con il virus. Tutto questo è naturale in una pandemia, e con qualche limite era anche prevedibile e previsto. In una pandemia è anche naturale che la letalità si concentri sulle persone più anziane, più deboli, con un sistema immunitario meno vivace, basato sulla memoria immunologica di infezioni passate. Il sistema immunitario degli anziani ha meno risorse da spendere di fronte ad infezioni da microrganismi

completamente nuovi, che non assomiglino ad altri che avevamo già imparato a combattere. È naturale che in una popolazione completamente suscettibile l'infezione si diffonda rapidamente, come gli storici ci raccontano che accadde alcuni secoli fa ai nativi americani con l'arrivo dei conquistatori Europei. È normale, ancora, che il superamento dei limiti di assistenza delle nostre strutture sanitarie abbia comportato un ulteriore eccesso di morti, in soggetti fragili impossibilitati ad accedere alle strutture sanitarie saturate dai pazienti con COVID-19 e dalle regole pandemiche. Da queste considerazioni è facile comprendere perché la parola d'ordine della prima fase fosse, giustamente, *flatten the curve*, appiattisci la curva, non permettere che quello che è successo a Nembro, Altino ed altri paesi accada alla Nazione intera.

È bene ricordare questi aspetti, perché già con la seconda ondata, nell'autunno del 2020, divenne forte la tentazione di dimenticare quanto accaduto in Lombardia, di ridurne la rilevanza sanitaria. Parallelamente, l'illusione di un rientrato allarme conduceva alcuni a rifiutare e combattere il rigore delle misure di distanziamento sociale ancora in atto. A questo proposito, è bene sottolineare che il numero di decessi non molto più alto nella seconda ondata rispetto alla prima nasconde in realtà enormi diversità riguardo al tempo e allo spazio in cui quei decessi si sono verificati: in una manciata di paesi e nell'arco di un mese nella prima ondata; in tutta Italia e nell'arco di una stagione nell'autunno del 2020. Occorre quindi onestà intellettuale, rispetto umano e compassione per ricordare che la reazione alla tragedia vissuta dalla Lombardia ha permesso di salvare la vita a molti di noi.

### 3. LA NASCITA DEL CONFLITTO SOCIALE E SANITARIO

Con questo primo oblio della reale tragedia di paesi travolti dal primo contagio comincia a trasformarsi la reazione collettiva alla pandemia. È a questo punto che nasce il titolo già ricordato del New York Times nell'autunno del 2020. La spettacolarizzazione delle interpretazioni degli scienziati nelle televisioni e sui social media non aiuta a costruire una visione condivisa, bilanciata di quello che è accaduto e sta accadendo. Si vive in una specie di corto circuito collettivo in cui le istituzioni politiche decidono di orientare le proprie scelte sanitarie in base alle opinioni di un comitato tecnico scientifico, mentre allo stesso tempo molti scienziati as-



sumono di fronte alla stampa una modalità di comunicazione legata più ad opinioni personalistiche che all'equilibrio di una dialettica scientifica. Inoltre, tanto più la pandemia comincia ad apparire controllabile, grazie proprio a iniziative di contrasto basate su criteri scientifici, tanto più si fanno vive le istanze dubbiose, il rifiuto delle imposizioni, il fastidio verso il prolungarsi indefinito di uno "stato di emergenza". La domanda che è obbligatorio porci a questo punto è se le limitazioni della libertà individuale prodotte con gli obblighi pandemici, i *lockdown*, le mascherine e successivamente il *green pass* ed i vaccini siano stati tutti atti giustificati. Al netto di alcuni eccessi ed inerzie, l'analisi dei dati dovrebbe portarci a ritenere di sì, che tutto questo sia stato giustificato. Di fatto, con l'evolvere della situazione pandemica, le regole di contrasto all'infezione cominciavano via via a non considerare solo argomentazioni medico-scientifiche, ma tenevano conto con una certa preoccupazione anche di questioni economiche (anch'esse in fondo, basate su principi matematici e in grado di influenzare indirettamente la salute della popolazione) e sociali. Dalla primavera del 2021, grazie alla disponibilità di vaccini efficaci contro il SARS-CoV2, si è potuto finalmente bilanciare meglio la prevenzione del sovraccarico delle strutture sanitarie con la necessità di ritornare a vivere e produrre ricchezza e benessere. Queste politiche, di fatto, configuravano tutt'altro che una visione estremista assimilabile ad una "dittatura sanitaria", come qualcuno ha ritenuto di percepire. Queste politiche erano invece già il frutto di una mediazione tra gli esperti che indicavano la necessità di maggiore chiusura e tracciamento (similmente al modello cinese) e quelli che raccomandavano invece graduale apertura e adattamento verso l'endemia.

I numeri ci dicono, a posteriori, che questo equilibrio ha avuto i suoi frutti, sia in termini di crescita economica del paese, sia in termini di salvaguardia della salute. I dati che oggi leggiamo mostrano che i decessi per milione di abitanti nel nostro Paese sono in linea con quelli verificatisi in altri paesi avanzati e sono molto più bassi di quelli verificatisi ad esempio in paesi dell'Est Europa, che hanno avuto politiche meno restrittive per la limitazione del contagio e che hanno fatto ricorso ai vaccini molto meno dei paesi occidentali. I risultati ottenuti in Italia sono migliori di quanto possa apparire, ove si tenga conto che l'età media piuttosto elevata della nostra popolazione costituiva una condizione di particolare vulnerabilità nei confronti del COVID-19. Di fatto, nell'estate del 2021, quando la grande maggioranza degli italiani era ormai stata vaccinata, i dati dell'Istituto Superiore

di Sanità e quelli di altri istituti indipendenti mostravano in maniera incontrovertibile che il rischio di decesso da infezione era almeno 10 volte più alto nei non vaccinati che nei vaccinati, i quali avevano un rischio più simile a quello che conosciamo per le influenze stagionali. Man mano che questo obiettivo veniva raggiunto era naturale continuare a incentivare il ricorso ai vaccini. Tuttavia, potevano crearsi condizioni più tranquille in cui forse si sarebbe potuto tentare di alleggerire la tensione con quella parte della popolazione che si sentiva esclusa dalla logica di queste decisioni, o che addirittura confutava i fatti sui cui la politica pandemica era stata costruita.

È bene sottolineare che non tutti coloro che erano contrari al passaporto sanitario (*green pass*), o all'obbligatorietà dei vaccini, erano animati dagli stessi pensieri antiscientifici o complottisti e che non tutti erano spinti dalle stesse motivazioni politiche antagoniste. Alcuni avevano semplicemente paura ma non avevano trovato le condizioni per sopirla. Altri avevano una propria scala valoriale per cui, ad esempio, poteva essere naturale accettare il rischio di morire per un'infezione. Per dirla con le parole del filosofo Byung-chul Han, "la società della sopravvivenza perde del tutto il senso della buona vita". Si poteva accettare, per alcuni, che l'anzianità portasse con sé il rischio naturale di morire, certamente accentuato in una fase pandemica. Come, d'altra parte, aveva riconosciuto apertamente il premier britannico Boris Johnson nel marzo del 2020, segnando la linea del Regno Unito ad un contrasto bilanciato della pandemia senza eccessive chiusure: «*many more families are going to lose loved ones*». In questo contesto, qualcuno poteva descrivere lo strenuo tentativo di contrasto della pandemia come una prolungata e innaturale reazione al nostro essere umani, una specie di delirio collettivo di immortalità. Un delirio, ad esempio, che ha portato anziani a morire da soli in letti d'ospedale sotto gli occhi di uomini mascherati e lontano dai propri cari. Forse un po' tutto questo è vero. Era tuttavia vero che perdere il controllo della pandemia, superando la saturazione dei posti disponibili di terapia intensiva negli ospedali, avrebbe costituito una violazione della libertà di tutti e non di una parte, perché non avrebbe permesso le cure di molti malati di COVID-19, e anche di altri malati bisognosi di cure mediche e ospedaliere. Inevitabilmente, un aumento dei ricoveri avrebbe richiesto nuove limitazioni della convivenza sociale, spesso alle spese di chi, come i bambini, veniva considerato a torto o a ragione più proni a diffondere il contagio. Questa considerazione da modo di ricordare che c'è stata, in questa pandemia, una popolazione che più delle altre ha subito le conseguenze del distanziamento sociale, quella degli adolescenti.

#### 4. IL PREZZO PAGATO DAGLI ADOLESCENTI

Immaginiamo per un momento l'inizio della adolescenza. Forse 12 o 13 anni di età, siamo alle scuole medie, ci accingiamo a passare alle superiori. Poco conta che ci troviamo bene o male in famiglia, ora abbiamo bisogno di vedere noi stessi dal di fuori, costruire una nostra immagine o una nostra identità di adulti da usare fuori di casa, abbiamo bisogno di piacere a quelli che ci piacciono. È un cambiamento di stato, il rituale di un viaggio, come nelle fiabe, come nei riti di passaggio, partendo da casa, per uscirne e arrivare a ricoprire un nostro ruolo nella società. Nella nostra lunga evoluzione di umani, ma forse anche prima, questo momento è stato anche il momento in cui guardare fuori, il momento che ci conduce all'accoppiamento, a fare figli, a portare avanti la specie. Tutto si prepara in noi per questo momento: il corpo, gli ormoni che ci fanno scoprire la libido, il cervello che attrezza le aree del piacere e della ricompensa. Certo, abbiamo allungato questa fase negli anni e la abbiamo riempita di sublimazioni culturali, slanci di emozioni e pensieri che hanno spostato o perfino sostituito l'istinto procreativo. Ma quello che resta sono un corpo, un cervello e una socialità tutti protesi verso l'esterno, verso il bisogno degli altri, dei pari, per ridefinire un senso di noi stessi, un senso diverso che non sia più quello che la famiglia ci ha cucito addosso.

Ecco, ora immaginiamo un bel giorno di inizio primavera, il corpo è pronto, gli ormoni cambiano i nostri odori e il cervello chiede nutrimento sociale. Immaginiamo che in quel momento ci sia impedito di uscire di casa, e se usciamo ci sia magari imposto di coprire mezzo volto con una mascherina. Immaginiamo che a quell'animale sociale si dica che dal suo comportamento dipende la sopravvivenza dei suoi vecchi. Immaginiamo che in varia maniera tutto questo duri non 2 mesi, ma 2 anni. Due anni di ormoni ingabbiati, di aspirazioni soppresse, di sogni proibiti, di rifugi elettronici, di sublimazioni virtuali e neanche possiamo immaginare di che cosa altro. Certamente non di sensazioni, contatti, occhi. I dati ci dicono che quelli che erano già entrati nella scuola degli adolescenti senza riuscire a realizzare tutto questo e sentendone il dolore esistenziale sono stati paradossalmente meglio con il *lockdown*, pur allontanandosi ancor di più da quella società che fuggivano. Al contrario, quelli che stavano appena uscendo con il loro bagaglio di primavera interiore sono stati costretti a frammenti più o meno lunghi di letargo. Ora, può essere anche vero che ci sia stato un momento che chiedeva a tutti un sacrificio, ma ci sono alcuni buoni motivi per cui quello richiesto agli

adolescenti doveva essere il più possibile contenuto. Primo, c'è un tempo biologico della pulsione sociale e affettiva dell'adolescente; secondo, anche l'apprendimento scolastico in questa fase è condizionato dalle proprie esperienze sociali, nel bene e nel male; terzo, gli adolescenti non hanno occupato le terapie intensive se non eccezionalmente, perché in loro il COVID-19 è apparso molto più lieve che negli adulti e negli anziani; quarto, con l'aumento della contagiosità delle nuove varianti del SARS-CoV-2 non si poteva più attribuire agli adolescenti un ruolo così importante nella diffusione del virus. Forse anche per questi motivi, quando si è prospettato agli adolescenti di vaccinarsi, la quota che ha accettato è stata più elevata che in molti gruppi di giovani adulti. Certamente, la leva del *green pass* per poter vivere liberamente lo sport, la socialità e la scuola, ha influito sull'alta percentuale di vaccinati a questa età, ma possiamo immaginare che una motivazione sia stata legata anche alla volontà di recuperare un po' di quanto era stato congelato nei momenti di *lockdown*. È bene sottolineare che sono stati certamente molti di più i ragazzi che hanno presentato problemi psicosomatici legati a queste difficoltà di quanti possano aver subito le conseguenze di una lunga convalescenza da malattia. A questa età, il cosiddetto long-COVID, se c'è, è più un fenomeno di adattamento esistenziale post-infettivo che un fenomeno biologico direttamente legato al virus.

Probabilmente l'inerzia amministrativa ha avuto maggiori conseguenze proprio su questi giovani, in cui pochi mesi di isolamento possono contare come lunghi periodi indefiniti. Per questo molti pediatri hanno richiesto precocemente di privilegiare un allentamento delle norme pandemiche proprio partendo da bambini e adolescenti.

## 5. L'ESPERIENZA DELL'INFORMAZIONE SUI VACCINI

Nei più giovani la malattia usualmente decorreva in forma leggera con casi gravi piuttosto rari. Ciononostante, il vaccino manteneva un favorevole rapporto costi/benefici anche a questa età, sia per la protezione dalle forme più gravi, sia per una parziale attenuazione del contagio. Per questi motivi ci si è impegnati a incentivarne la somministrazione anche per adolescenti e poi per i bambini, anche per ottenere in cambio una più completa liberalizzazione della vita scolastica e sociale nell'autunno-inverno del 2021-22. A questo scopo, da agosto del 2021 a febbraio del 2022 presso il Burlo Garofolo sono stati organizzati una serie di incontri informativi per

le famiglie, per rispondere in presenza alle loro domande sulla pandemia e sui vaccini, in modo rigoroso ed empatico al tempo stesso. Il riscontro che abbiamo poi avuto di questi eventi è stato molto buono, come testimoniato da una successiva survey che abbiamo svolto, tanto che in alcuni casi ha permesso di superare l'esitazione sia per i figli che per i genitori, facendo leva su ascolto reciproco ed empatia. In questi incontri, si è anche colta l'occasione per tentare di cucire, almeno sul piano dell'umanità e fratellanza, la frattura tra vaccinatori fiduciosi e positivisti ed esitanti impauriti e arrabbiati. Abbiamo quindi tentato di seguire un modello di informazione accogliente ed inclusivo, rispettoso delle motivazioni ideali di chi rifiutava la vaccinazione, ma sempre fermo nel rispondere con le migliori evidenze scientifiche alle domande sollevate. Nel corso di questa attività, ci siamo convinti che un'informazione pacata ed empatica possa essere utile non solo a spiegare le ragioni scientifiche della proposta vaccinale, ma anche a smussare dove possibile gli angoli umani della controversia.

## 6. LA FRATELLANZA NEGATA E L'ELABORAZIONE DI UNA RICOSTRUZIONE STORICA COMUNE

*Liberté, égalité e fraternité* sono il motto della Rivoluzione francese e i valori fondamentali laici cui si ispirano le moderne democrazie occidentali. Come abbiamo analizzato in questo capitolo, questi valori sono apparsi in qualche misura minacciati dalle regole pandemiche messe in atto in questi stessi Stati. Tuttavia, le limitazioni alla libertà dei singoli hanno coinciso con l'obiettivo di salvaguardare la libertà e il benessere della maggior parte della popolazione, al meglio delle conoscenze scientifiche e della conciliazione di queste con le istanze economiche e sociali. L'informazione, la consapevolezza generale del significato delle scelte adottate era fondamentale per costruire una libertà fatta di "partecipazione", come cantato in altri tempi da Giorgio Gaber (G. Gaber e S. Luporini, *La libertà*, 1973). Forse su questo fronte si poteva fare un po' di più.

Qualche incrinatura più evidente si è notata a carico del valore dell'egualitarismo, allorché, dopo l'emergenza delle nuove varianti virali più contagiose, si è mantenuta una certa discriminazione basata sul possesso del *green pass*, che si poteva ottenere per mezzo della vaccinazione, con un certificato di guarigione dal COVID-19, o con ripetuti tamponi negativi della validità di 48 ore. Regolare l'accesso ad attività sportive e sociali in base al *green pass* poteva entro certi limiti apparire una discriminazione soprattutto per le più giovani generazioni, in cui l'evidenza scientifica a sostegno della misura imposta appa-

riva più debole sia per la fisiologica necessità di momenti socializzanti, sia per il minor rischio legato all'infezione a queste età. Era chiaro, infatti, che non erano certo i ragazzi a rischiare di mettere in crisi il sistema assistenziale con cure intensive di cui assai raramente avevano bisogno. Tuttavia, a questo punto si è verificata probabilmente anche una certa inerzia amministrativa, in parte comprensibile di fronte ad una situazione in rapido e profondo cambiamento. Questo cambiamento, purtroppo è anche uno dei fattori che può condurre oggi a dimenticare le ragioni delle scelte fatte in tempi precedenti, perché troppo spesso queste persistono anche quando le condizioni cambiano. Uno dei problemi che stiamo vivendo oggi, al passaggio verso la cosiddetta fase endemica dell'infezione, è l'elaborazione da parte di molti della convinzione che il virus non fosse pericoloso come dipinto, o che sia diventato oggi intrinsecamente meno pericoloso, entrambe considerazioni prive di fondamento scientifico. Dati convincenti supportano infatti la nozione che l'infezione fosse molto più grave di un'influenza e che ancora lo sia nei soggetti non immunizzati. Tuttavia, oggi quasi tutta la popolazione è immunizzata, sia grazie ai vaccini sia grazie al confronto diretto con il virus, e questo rende l'infezione meno grave, con l'eccezione di soggetti anziani o giovanissimi, che per diversi motivi non possono contare del tutto su un'immunità di memoria.

L'ultima considerazione, quella riguardante l'impatto della pandemia sulla fratellanza, è quella più difficile. Potremmo domandarci che bisogno avevamo di giungere ad una frattura sociale tra favorevoli e contrari al vaccino, che bisogno avevamo che questa frattura occupasse il primo posto nella gerarchia dei valori sociali portando divisione all'interno di famiglie e gruppi di amici. Non è chiaro come avremmo potuto coltivare la fratellanza nonostante queste divisioni. Alcune parti, infatti, hanno mostrato tale aggressività nei confronti della controparte da far ritenere che l'interesse a professare i valori della fratellanza non fosse tra le priorità delle parti in causa. Eppure, è difficile pensare di poter costruire un ricordo comune di quanto vissuto senza occuparsi anche un po' di questo sentimento negletto. Forse anche qui basterebbe, per cominciare una riflessione, ricordare le parole di Martin Luther King quando affermò che «abbiamo imparato a volare come gli uccelli, a nuotare come i pesci, ma non abbiamo ancora imparato la semplice arte di vivere insieme come fratelli». Effettivamente, abbiamo volato come gli uccelli: abbiamo sequenziato il genoma del virus in poche settimane e da questo risultato siamo partiti per produrre test diagnostici eseguibili a domicilio e, ancor più importante, per realizzare vaccini con tecniche innovative utilizzabili già a un anno dall'inizio della pandemia.



Abbiamo imparato a misurare i livelli degli anticorpi diretti contro il virus e anche a contare i rarissimi linfociti responsabili della cosiddetta risposta cellulare (meno di 1 su 100 dei linfociti che circolano nel nostro sangue). Siamo perfino riusciti a raccontare al grande pubblico come tutto questo è stato possibile grazie alle capacità divulgative di alcuni brillanti giornalisti scientifici. Il raggiungimento di questi risultati ha permesso di contenere significativamente la portata della pandemia, ma non di interromperne il flusso. Dal punto di vista comunicativo, ci si è probabilmente dedicati di più a celebrare dell'uomo la grandezza del progresso scientifico che la sua naturale debolezza e fragilità nel mondo. Riecheggiando i versi di Leopardi nella *Ginestra*, questi risultati della scienza e tecnologia potrebbero ricordare le «magnifiche sorti e progressive» dell'umana gente di fronte all'inesorabilità distruttiva della natura (la pandemia oggi come il Vesuvio un tempo). Secondo alcuni critici, Leopardi ci ricordava con il suo poema che la solidarietà umana poteva essere l'unica sintesi possibile tra l'eccessiva fiducia nella capacità della scienza e tecnologia e l'ineluttabilità della nostra naturale finitezza. Solidarietà che non può che nutrirsi della fratellanza.

Tutto questo ha a che fare con la Scuola in Ospedale più di quanto si pensi, perché scuola e ospedale sono due istituzioni che hanno la propria essenza, ancor prima che una delle proprie missioni, nell'inclusività e nell'ecumenismo. Al tempo stesso, scuola e ospedale, e a maggior ragione scuola

nell'ospedale, hanno anche sopra ogni cosa il dovere di tutelare la salute dei cittadini, intesa nella sua accezione più ampia di "stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità, come definito dall'Organizzazione Mondiale di Sanità.

Per questi motivi, il Master della Scuola in Ospedale appare una sede adatta per discutere il nostro trascorso pandemico, sia sotto il profilo scientifico sia sotto quello sociale, ben comprendendo che i due aspetti non possono essere del tutto scissi l'uno dall'altro.