

Come atteso, la discussione sull'apertura delle scuole è il tema rilevante in questi giorni e da poco è stato pubblicato anche il rapporto dell'ISS sulla "Apertura delle scuole e andamento dei casi confermati di SARS CoV 2: la situazione in Italia". Le posizioni radicali attribuiscono alla riapertura delle scuole di settembre la responsabilità della crescita epidemica osservata nelle settimane successive. Sono interpretazioni fondate su elaborazioni di dati non suddivisi per fasce di età, che scontano l'approssimazione del sistema di sorveglianza disponibile, la non accessibilità dei dati al di fuori delle strutture nazionale e regionali, e la mancanza di un programma coerente per monitorare i fattori di rischio.

Su iniziativa della Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE), Piemonte, Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Marche, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Sicilia (per un totale di circa 50 milioni di abitanti), hanno condiviso i dati settimanali di incidenza di Covid.19 per gruppi di età. I rapporti settimanali elaborati da AIE sono messi a disposizione sul sito dell'AIE e su Scienza in Rete.

La tabella seguente riporta il numero di casi per età dalla settimana del 21-27 settembre, considerata come riferimento dell'inizio della seconda ondata pandemica in Italia fino alla fine di ottobre. Abbiamo voluto restringere l'analisi sul periodo iniziale della epidemia di autunno per cogliere l'evoluzione iniziale. Per ogni settimana, per ciascuna classe di età sono riportati il numero dei casi e l'incremento relativo, RR, ovvero di quante volte aumenta la numerosità nelle settimane successive rispetto alla settimana di riferimento. Il Rischio Relativo è calcolato da modello che tiene conto del sesso, della regione e dell'offerta di tampone nella settimana considerata.

Mentre i bambini della prima infanzia (0-6 anni) e delle scuole elementari (6-10 anni) hanno registrato incrementi inferiori o analoghi a quelli degli adulti, un incremento maggiore si è osservato nei ragazzi in età da scuola media (11-13 anni) a partire dal 28 settembre. Un incremento, di misura minore, si è osservato anche per i ragazzi delle superiori (14-18 anni). Nel complesso, tali aumenti sono stati però contenuti e non possono essere considerati responsabili della ondata epidemica.

Età (anni)	Settembre			Ottobre							
	21-27	tasso/100.000	rif	28-4	5-11	12-18	19-25				
	N.			N.	RR*	N.	RR*	N.	RR*	N.	RR*
0-5	383	16	1	509	1,2	858	2,1	1440	3,6	1920	4,9
6-10	345	14,8	1	561	1,7	1209	3,2	2265	5,4	3496	8,8
11-13	215	14,7	1	441	1,9	986	4,1	2211	8,9	3569	14,0
14-18	525	21,6	1	912	1,7	2160	3,7	4832	8,0	8258	13,7
19-24	810	26,9	1	1380	1,6	2615	3,1	5426	6,4	10078	11,4
25-44	3019	24,8	1	4297	1,3	8857	2,7	17954	5,5	33237	9,9
45-64	3223	21,2	1	4312	1,2	9154	2,6	19017	5,5	36362	10,2
65-84	1283	13,2	1	1796	1,3	3810	2,7	7576	5,4	14280	9,7
85+	282	15,7	1	467	1,5	1166	3,8	2003	6,3	3958	12,1
TOTALE	10085	20,0	1	14675	1,3	30815	2,8	62724	5,5	115158	9,8

*RR aggiustati per età, regione e offerta di tampone nella settimana

I dati delle 11 regioni non confermano la tesi che vede la scuola come detonatore principale dello sviluppo rapido della epidemia di fine settembre/ottobre.

In ogni caso il focus della attuale discussione non dovrebbe essere quello di attribuire responsabilità per l'innescò della seconda ondata, bensì quello di identificare ora contromisure efficaci che permettano la frequenza della scuola, limitandone il contributo alla circolazione virale, che comunque sappiamo essere preponderante in altri ambiti, come ad esempio quello familiare. Il ritorno a scuola a settembre non è stato accompagnato dalla messa a punto di un sistema di sorveglianza sistematico delle infezioni in ambito scolastico. Sono state investite risorse sull'utilizzo di esami sierologici, non utili ad identificare focolai attivi

da isolare. Ora in molte regioni vengono offerti alla popolazione generale test rapidi, che se eseguiti sporadicamente hanno poche probabilità di avere un effetto sulla riduzione delle infezioni. Sembra invece opportuno considerare di organizzare programmi di screening in ambito scolastico con test ripetuti frequentemente per identificare ed isolare precocemente le infezioni.

Il monitoraggio costante della pandemia nel nostro Paese, specie in questa fase così delicata necessita di dati sulla frequenza della malattia per classi di età con aggiornamento continuo e un'integrazione del sistema di sorveglianza attuale con un monitoraggio costante sulle modalità di contagio e sui rischi per le particolari fasce di popolazione. Tali dati devono essere pubblici e condivisi con le strutture di ricerca in Italia.

Le nostre osservazioni sono in linea le conclusioni del rapporto ISS "allo stato attuale delle conoscenze le scuole sembrano essere ambienti relativamente sicuri, purché si continui ad adottare una serie di precauzioni ormai consolidate quali indossare la mascherina, lavarsi le mani, ventilare le aule, e si ritiene che il loro ruolo nell'accelerare la trasmissione del coronavirus sia limitato".

Il diritto allo studio è una priorità nazionale di assoluta importanza, e al pari di altri settori ritenuti di necessità primaria va salvaguardato il più possibile, mettendo in campo sistemi di identificazione tempestiva delle infezioni e delle catene di contagio in ambito scolastico e valutazione continua dell'efficacia delle contromisure. L'esperienza di altri Paesi mostra che il mantenimento di un'istruzione scolastica in presenza dipende soprattutto dal successo delle misure preventive adottate nella comunità più ampia.