



## ATTUALITÀ SUL CORONAVIRUS

“Abbiamo assistito al trionfo della “tuttologia” e dell’anti-scienza. Le malattie infettive si sono, da sempre, combattute con l’isolamento dei “soli” soggetti infetti. Nell’affrontare il Covid19 si sono isolate, in teoria, milioni di persone non isolando *de facto* i soggetti infetti. Il sistema di monitoraggio si è dimostrato molto poco efficiente. Le abitazioni, gli ospedali ma soprattutto le RSA si sono rilevate ambienti assai confortevoli per il virus. A mio avviso si è fatto il contrario di quello che andava realmente fatto. I protocolli? Eccessivi. Il caos? Spropositato e non sono un negazionista, semmai sono un tutore della verità. Si è creato il panico e ciò ha fatto andare in crash il sistema in tutto il mondo. Ci sono parecchie responsabilità”.

### Ritorno autunnale del COVID-19

“Il Sars-CoV2 fa parte della popolazione virale dei coronavirus. E come tale si comporta, con un inizio ed una fine. Le persone che fanno previsioni sull’ipotesi di una seconda ondata, sono le stesse che a febbraio dicevano che il virus in Italia non sarebbe mai arrivato e che poi – a lockdown quasi finito per ritardare le riaperture - dicevano che in Germania, dopo appena due giorni dall’inizio della fase 2, il valore R0 era di nuovo salito a 1.

Il Covid, come dico da inizio pandemia, si comporta come i virus in-

fluenzali che dapprima si espandono con l’epidemia, poi dopo che la popolazione sviluppa gli anticorpi e si immunizza, il virus non può più circolare. Questo vale in linea di principio per tutti i virus naturali. Ritengo che, passata l’estate, in Italia saremo abbastanza immunizzati. Secondo uno studio inglese, più del 60% degli italiani è stato contagiato dal virus ed ha sviluppato gli anticorpi. Per il prossimo Autunno noi saremo, in larghissima parte, naturalmente immunizzati. Nella stagione autunnale e invernale, se dovesse ripresentarsi, il virus potrebbe attaccare solo quei pochi che non hanno ancora sviluppato gli anticorpi.

Il caldo aiuta a neutralizzare il virus. È una frase che dico da sempre e per cui sono stato oggetto di critiche accese. Alcuni “parolai” mi hanno sbeffeggiato, come se fossi portavoce di “mostruosità scientifiche”. Sono assai perplesso e credo che tutti debbano iniziare a tornare nel proprio ambiente e settore. Io sono un professionista, lo sono da decenni. Molti che mi criticano oggi, non hanno l’esperienza e la professionalità per parlare, alcuni non erano nemmeno nati quando io al Cotugno facevo il primario. Da virologo “vecchio stampo” sostengo convintamente il mio pensiero.

Non a caso le latitudini africane, come dimostrato dai fatti, non consentono

no una diffusione massiccia ed estesa del Sars-Cov2: ci sono solo piccole endemie qua e là. In Sud Africa e in altri pochi Paesi dell’Africa – i numeri sono più alti nei pochissimi paesi economicamente più sviluppati – l’aumento dei contagi è determinato da altri fattori, quali umidità, inquinamento delle multinazionali, ecc. Ci sono persone che provano a confutare il mio riferimento all’incidenza delle latitudini sulla propagazione del virus, portando come esempio quello che sta accadendo in Brasile o in altre zone consimili. Vorrei ricordare a coloro che dall’altra parte della linea dell’equatore le stagioni sono opposte alle nostre: noi siamo in primavera/estate; là, invece, sono in autunno/inverno. Il Sars-Cov2 per replicarsi ha bisogno di temperature basse e umide, per cui le alte temperature estive non sono un suo -alleato-”.

### Notizie recenti su un eventuale vaccino

Arriverà e non sarà una soluzione. Sottoporre al vaccino un asintomatico potrebbe creare problematiche importanti per la sua salute.

Nell’affrontare le epidemie, o pandemie che dir si voglia, servono due cose: competenza e ordine, soprattutto nelle vaccinazioni. Per un vaccino efficace e “privo di rischi” ci vogliono “almeno diciotto mesi” – dobbiamo attendere almeno un anno,



GIULIO TARRO in alto in videoconferenza

### Sommario

“Attualità sul Coronavirus” Giulio Tarro	Pagg. 1/2
“La paura dell’umanità...” Salvatore Borrelli	Pag. 3
“L’esperienza del Corpo..” Marcello Novello	Pagg. 3/4/5/6
“Il Sars.Cov.2 in età pediatrica” Vincenzo Vitale	Pagg. 6/7
“Covid 19 e disagio sociale” Gabriele Quattrone	8/9/10 11/12



## Segue ATTUALITÀ SUL CORONAVIRUS

a partire da ora - e non è detto che in questo caso funzioni perché non esiste un solo Covid19. Un virus può mutare in appena cinque giorni. Il vaccino, per principio, è un metodo di prevenzione, non una cura. Alla mitevolezza del virus, che giustifica le mie contestate affermazioni sulla non opportunità del ricorso al vaccino, è necessario contrapporre un concetto vitale, ossia quello dell'immunità cellulare. Ciò detto e mi ripeto, deve essere chiara una cosa: “il Covid19 o *si adatta o è destinato a morire*”.»

**Conclusioni**  
 “Consiglio vivamente una cosa: dobbiamo staccare la spina ad una “informazione” ansiogena e ipocritamente intrisa di appelli a “non farsi prendere dal panico”. Il mio consiglio è di vivere e godersi ciò di bello che la vita offre. I virus? Ci circondano tutti i giorni. L'unica vera arma? Tutelare il sistema immunitario. Come? Non lasciando che lo stress prenda il sopravvento”.

**Prof. Dr. Giulio Tarro**  
 Primario emerito dell' Azienda Ospedaliera “D. Cotugno”, Napoli  
 Chairman della Commissione sulle Biotecnologie della Virologia, WABT, Parigi  
 Rector of the University Thomas More U.P.T.M., Rome  
 Presidente della Fondazione de Beaumont Bonelli per le ricerche sul cancro - ONLUS, Napoli

### Bibliografia

- Akst J. WHO Comments Breed Confusion Over Asymptomatic Spread of COVID-19. *THE SCIENTIST*, June 10, 2020.
- Anand Pnet al., “SARS-CoV-2 strategically mimics proteolytic activation of human ENaC,” *eLife*, doi:10.7554/eLife.58603, 2020.
- Australian Genomics Health Alliance Acute Care Flagship. Feasibility of Ultra-Rapid Exome Sequencing in Critically Ill Infants and Children With Suspected Monogenic Conditions in the Australian Public Health Care System. *JAMA*, 323(24):2503-2511, 2020. doi:10.1001/jama.2020.7671.
- Bracco L. Covid-19, Type II Alveolar Cells and Surfactant. *Med - Clin Res & Rev*, Vol 4, Issue 4, pp 1-3, 2020.
- Callaway E. The race for coronavirus vaccines: a graphical guide. *NATURE*, Vol. 580, pp. 576-577, April 30, 2020.
- Caly L, Druce J, Roberts J et al. Isolation and Rapid Sharing of the 2019 Novel Coronavirus (SARS-CoV-2) From the First Patient Diagnosed With COVID-19 in Australia. *Med J Aust*, 212(10):459-462, June 2020 doi: 10.5694/mja2.50569.
- Fishbane S et al. Development of kidney disease and COVID-19. *New England Journal of Medicine*, May 19, 2020.
- Le Bert N, T Tan A, Kunasegaran K et al. Different pattern of pre-existing SARS-COV-2 specific T cell immunity in SARS-recovered and uninfected individuals. *bioRxiv* doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.26.115832>.
- Luisetto M, Almkhathar N, Tarro G et al. COVID-19 and other coronavirus: airborne indoor and outdoor transmission? State of evidence. *International Journal of Current Research*, vol. 12, Issue 05, pp. 11652-11663, May 2020.
- McCordle BW and Manlhiot C. SARS-CoV-2-Related Inflammatory Multisystem Syndrome in Children Different or Shared Etiology and Pathophysiology as Kawasaki Disease? *JAMA*, June 8, 2020. doi:10.1001/jama.2020.10370.
- Mehra MR, Desai SS, Ruschitzka F and Patel AN. Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. *THE LANCET*, May 22, 2020 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31180-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31180-6).
- Mehra MR, Desai SS, Ruschitzka F and Patel AN. Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2007621. *N Engl J Med* 2020; 382:2582, DOI: 10.1056/NEJMc2021225.
- Ming G, Lihui Y, Xuefu C et al. A study on infectivity of Asymptomatic SARS-CoV-2 carriers. *Respiratory Medicine*, Vol. 169, August 2020.
- Nelde A, Bilich T, Heitmann JS et al. SARS-CoV-2 T-cell epitopes define heterologous and COVID-19-induced T-cell recognition. *Research Square*, DOI: 10.21203/rs.3.rs-35331/v1.
- Palma G, Imitazione P and Tarro G et al. The Novel Coronavirus is a Coagulative Disease with Diffuse Thrombosis of the Vascular System: the Fundamental Role of Anti-Thrombotic Drugs. *International Journal of Current Research*, *International Journal of Current Research*, Vol. 12, Issue 07, pp. 12205-12212, July 2020.
- Prather KA, Wang CC and Schooley RT. Reducing transmission of SARS-CoV-2. *Science* 26 Jun 2020: Vol. 368, Issue 6498, pp. 1422-1424, DOI: 10.1126/science.abc6197
- Rosenberg ES, Dufort EM, Udo T et al. Association of treatment with hydroxychloroquine or azithromycin with in-hospital mortality in patients with COVID-19 in New York state. *JAMA*, 323 (24): 2493-2502, May 11, 2020.
- Sinha P, Matthay MA and Calfee CS. Is a “Cytokine Storm” Relevant to COVID-19? *JAMA Intern Med*, June 30, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.3313.
- Tan J, Liu S, Zhuang L, Chen L, Zhang MDJ and Xin Y. Transmission and clinical characteristics of asymptomatic patients with SARS-CoV-2 infection. *Future Medicine*, 12 Jun 2020 <https://doi.org/10.2217/fvl-2020-0087>.
- Tarro G. The new coronavirus from the Chinese city of Wuhan. *International Journal of Recent Scientific Research*. Vol. 11, issue 01 (D), pp. 36901-36902, January 2020.
- Tarro G. Current events and prospects for the coronavirus epidemic. *International Journal of Current Research*, Vol. 12, Issue 01, January, 2020.
- Tarro G. The spread of the new coronavirus. *Asian Journal of Science and Technology*, Vol. 11, Issue 03, pp 10863-10865, March 2020.
- Tarro G. Pathogenesis of COVID-19 and the body's responses. *International Journal of Recent Scientific Research*, vol. 11, Issue 03 (D), pp. 37940-37942, March 2020.
- Woolf SH, Champman DA, Sabo RT, Weinberger DM and Hill L. Excess Deaths From COVID-19 and Other Causes, March-April 2020. *JAMA*, July 1, 2020. doi:10.1001/jama.2020.11787.
- Zylke JW and Bauchner H. Mortality and Morbidity The Measure of a Pandemic. *JAMA* July 1, 2020. doi:10.1001/jama.2020.11761.

## LA PAURA DELL' UMANITA' ....LA FORZA DELLA NATURA

La paura è un'energia che lavora dall'interno dell'organismo. Essa nasce come difesa, atta a fronteggiare il pericolo per salvaguardare l'esistenza. Il problema nasce quando la paura è continua, perché usura le difese, anche quelle immunitarie, svantaggiando il corretto metabolismo.

Pertanto, la paura viene scatenata da un elemento esterno noto, che determina una risposta involontaria per l'azione del sistema autonomo, neurovegetativo. Fino a qualche mese fa l'umanità non provava paura per il Covid-19 perché non lo conosceva. Oggi che questo virus è diventato una "star" per le problematiche molto serie a danno dell'organismo umano, provoca tanta giustificata paura.

Questa "star" è di fatto a pieno titolo nella vita di ognuno, e quindi, la cosa certa è che ci dovremo convivere per molto e moltissimo tempo, per cui è auspicabile che ognuno riesca a dominare il sentimento della paura che se lasciata senza controllo potrà recare anche danni gravi.

La Natura prova sempre a difendersi da se. Mette in atto tutte le strategie per mantenerci in vita il più a lungo possibile e per perpetuare la specie. Tutto quello che è vita, e a suo favore, lo rende piacevole e gratificante perché vuole che si mantenga in essere. Al contrario, quello che è contro la vita lo rende spiacevole e doloroso perché non vuole che si continui a farlo. Basta questo concetto per aiutare la Natura a espletare il suo meraviglioso compito, mantenerci in salute e vivere a lungo. Un contributo per tendere a questi risultati ci viene fornito da un assioma che non raramente viene citato: "Conoscere per Capire, Correggere per Crescere". Non si può Capire se non si Conosce, non si può

arrivare alla Crescita, al risultato, se



SALVATORE BORRELLI

non si Corregge il percorso.

Applicando questo assioma alla problematica indotta dalla "star" Covid-19 c'è da Conoscere chi è e cosa può provocare per Capire quali conseguenze dannose potrà provocare. Correggere il nostro stile di vita seguendo tutte le indicazioni proposte e imposte quale l'uso di mascherine, evitare gli assembramenti, i contatti stretti interpersonali, restare a casa in presenza di sintomi e segni bronco-respiratori e febbrili, salvaguardare i bambini e gli anziani, mangiare in modo adeguato e vivere sotto il profilo del benessere

per rafforzare le difese immunitarie. Con la consapevolezza di apportare le giuste Correzioni si può tendere alla Crescita e quindi al raggiungimento del nostro obiettivo.

Le "difese immunitarie" sono lo strumento necessario per produrre anticorpi e combattere i virus. Per poter ottenere, prima e meglio, il risultato voluto è necessario introdurre "energia buona" nel nostro organismo che segue non solo la via del gusto e dell'olfatto con l'introduzione di cibo buono, ma anche le vie degli altri tre sensi, la visione, l'udito e il tatto.

Anche attraverso le tre vie dei sensi, visione, udito e tatto, portiamo energia nel nostro organismo necessaria per il buon funzionamento delle difese immunitarie. Poiché tutto quello che "entra" nell'organismo è energia, appare fin troppo evidente che se vedo immagini belle (visione); sento parole dolci e gradevoli (udito); e la mia pelle gode della tenerezza di un abbraccio (tatto), sto introducendo energie buone e necessarie per fortificare la salute fisica e mentale e immunitaria.

Al contrario se vedo immagini cruenti, sento parole scurrili e linguaggio violento, e la pelle insultata con manovre aggressive, non faccio altro che introdurre energia pessima, negativa, nociva per la salute fisica, mentale e immunitaria.

Il compito di ognuno è vivere all'insegna del "Benessere", tenendo conto che la vita è una e non replicabile; e, il benessere è appunto il "Bene"- "essere", cioè essere "Bene", per quello che siamo "dentro" e per il "fuori" di noi.

**S. Ten. Dr. Salvatore Borrelli**  
**"Medico per scelta" – Socio Unuci**

## L'ESPERIENZA DEL CORPO MILITARE VOLONTARIO CRI DI REGGIO CALABRIA NELL'EMERGENZA COVID-19

Mi è capitato già alcune volte di avere il piacere di relazionare su temi storici davanti ad una platea di consoci dell'Unuci, ma è forse la prima volta che mi trovo a parlare di una mia esperienza diretta, vissuta in prima persona in momenti nei quali non

si pensava ancora all'emergenza come ad un complotto internazionale, come adesso avviene, quasi con sufficienza e fastidio. Non si pensava ai dispositivi di protezione individuale, guanti e mascherine, come a prevaricazioni, ma come a strumenti che

potevano contribuire in qualche misura a metterci al riparo dal contagio. In quei giorni non facevamo tutte queste riflessioni. Affrontavamo le giornate, i problemi e le necessità man mano che si presentavano, senza porci tanti perché, con slancio e

## Segue L'ESPERIENZA DEL CORPO MILITARE VOLONTARIO CRI DI REGGIO CALABRIA NELL'EMERGENZA COVID-19

e senso del dovere.

Lo ricorderete tutti: l'epidemia da Coronavirus ha colto la nostra società civile pressoché impreparata. Inutile nascondercelo.

A parte la cosiddetta Influenza Spagnola del 1919, non si aveva un'esperienza diretta in materia di pandemie di così grande impatto emotivo nell'epoca contemporanea e, perciò, l'unica via percorribile è stata quella di adattare i protocolli e le specializzazioni esistenti ad un fenomeno nuovo, imparando nell'immediato dalle esperienze appena acquisite.

Sin da subito l'impegno dell'Ispettorato Nazionale del Corpo Militare Volontario della Croce Rossa Italiana è stato pronto e concreto su quasi tutto il territorio italiano, con la messa in allarme delle proprie strutture e con la predisposizione, per l'eventuale pronto impiego, degli Ospedali da Campo, dei Posti Medici Avanzati e dell'intera organizzazione.

Nel contempo, si è iniziato ad agire con l'istituzione di numerosi punti di misurazione della temperatura presso gli aeroporti più a rischio e presso le stazioni ferroviarie che cominciavano ad essere prese d'assalto dalla popolazione allarmata, purtroppo, da una non perfetta opera di diffusione delle notizie da parte degli Organi di Governo. Come dimenticare, in quei terribili giorni, le attese dei comunicati della Presidenza del Consiglio rinviati di minuto in minuto per essere poi trasmessi a tarda sera, fino alla drammatica proclamazione del *lock-down* nazionale... Come dimenticare, per chi come me aveva persone care in regioni lontane, il brivido nel sentire le parole del Capo del Governo: «*Rimaniamo distanti oggi per abbracciarci con più calore, per correre più veloci domani. Tutti insieme ce la faremo*». Nel frattempo, il Nucleo reggino del Corpo Militare CRI, distintosi nell'ultimo triennio in ambito nazionale per la ricchezza e l'originalità delle sue iniziative, ha iniziato a porre in essere numerose riunioni operative interne al fine di predisporre uomini e materiali in caso di ina-



MARCELLO NOVELLO

sprimento della situazione e di coinvolgimento dell'Unità territoriale di Reggio da parte degli Organi superiori del Corpo.

Nei giorni successivi i rappresentanti della Croce Rossa militare reggina venivano convocati in Prefettura per valutare un possibile impiego di questa Componente in attività ausiliaria con le Forze Armate e di Polizia. Ed è stato proprio in questa riunione consultiva che il nostro Ufficiale Addetto alle Operazioni, Addestramento e rapporti con le Istituzioni e gli Enti militari, sentito il nostro Responsabile provinciale, ha potuto mettere a punto, unitamente ad un Ufficiale del locale Comando Provinciale Carabinieri e ad un Viceprefetto, un protocollo innovativo che sarebbe stato immediatamente adottato e che costituiva la base sulla quale avrebbe poi operato l'Unità di Crisi Interforze della Prefettura. Successivamente, S.E. il Sig. Prefetto di Reggio Calabria, il Dr. Massimo Mariani, formalizzava la richiesta di personale del Corpo Militare Volontario CRI, facendo pervenire una istanza di impiego indirizzata al nostro Ispettorato Nazionale ed allo Stato Maggiore della Difesa. Mi scuso per la minuziosità dei particolari, ma ciò serve a far ben comprendere a chi non cono-

sca nel dettaglio la natura giuridica del Corpo Militare Volontario della Croce Rossa Italiana, come esso appartenga, sì, alla Croce Rossa Italiana che tutti conosciamo, ma con delle precise regole di impiego in ausiliarità alle Forze Armate dello Stato che ne fanno autorizzare l'utilizzo, oltre che dal Presidente Nazionale dell'Associazione, anche dallo Stato Maggiore della Difesa e dall'Ispettorato Generale di Sanità, a seconda delle circostanze.

Tornando alla descrizione delle operazioni, si è subito stabilito, sotto le direttive del Prefetto, che l'ambito di intervento sarebbe stato quello di assicurare l'esatta applicazione delle misure che man mano giungevano dal Governo, allo scopo di adottare i provvedimenti più utili ed immediati per il contenimento e la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19, un nome improvvisamente e inquietantemente divenuto familiare a tutti noi.

Il primo passo è stato quello, sin dall'11 marzo 2020, di istituire, anche su *input* del nostro Ufficio militare CRI reggino, un Nucleo interforze costituito da personale della Prefettura, della Questura, del Comando Provinciale dei Carabinieri, della Guardia di Finanza, dei Vigili del Fuoco, della Polizia Metropolitana e del Corpo Militare Volontario della Croce Rossa Italiana. La linea guida fondamentale era quella di disporre, in virtù della sua eterogenea composizione e competenza, di uno strumento fortemente qualificato, operativo, tempestivo ed efficace sul fronte dell'emergenza sanitaria, garantendo una pronta risposta all'evoluzione della problematica, nonché di garantire la tenuta del sistema di accertamento, monitoraggio e sorveglianza ed assicurare la gestione efficace del flusso dei dati che sarebbe pervenuto. Sin da subito, e ininterrottamente fino al 22 giugno 2020, giorno di cessata esigenza, per sette giorni su sette, senza riguardo alcuno per *weekend*, festività nazionali, civili e religiose, il personale militare CRI reggino ha



## Segue L'ESPERIENZA DEL CORPO MILITARE VOLONTARIO CRI DI REGGIO CALABRIA NELL'EMERGENZA COVID-19

operato con due aliquote per complessive 13 unità di media, cooperando per 12 ore al giorno con le altre Forze in campo, provvedendo alla copertura dei turni eventualmente lasciati scoperti per esigenze di servizio dagli altri Enti e garantendo anche, in caso di necessità, la reperibilità notturna.

Nella gestione dell'emergenza, il Nucleo reggino del Corpo Militare Volontario della Croce Rossa Italiana ha operato sia in seno al Tavolo Tecnico della Prefettura che presso la Sala di Raccolta ed Elaborazione Dati distaccata presso l'Ufficio di Medicina Preventiva dell'A.S.P. di Reggio Calabria.

L'attività si è incentrata, come accennato, sull'attuazione delle direttive emanate dal centro di Coordinamento dei Soccorsi, provvedendo ad effettuare la raccolta, l'aggiornamento e l'analisi delle informazioni provenienti dall'Azienda Sanitaria Provinciale, dalle Forze dell'Ordine e dai Comuni, al fine di alimentare una banca dati unica nella quale incrociare tutti i dati provenienti dal portale della Regione Calabria, dai laboratori di Microbiologia dell'A.S.P. e del G.O.M., dai Comuni e dalle FF.OO. procedendo, in tempo reale, alla rilevazione ed individuazione dei cittadini risultati positivi alla "Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2". E' stato così che si sono potute ricostruire le catene di contagio dei vari casi rilevati sul territorio reggino. Si è pertanto provveduto al controllo dello stato di contagio con il censimento delle persone che avevano o che si presume avessero avuto contatti a rischio, con l'obiettivo di avere un pronto *report* da cui rilevare la data della riscontrata positività del soggetto interessato, la residenza, il luogo ove avrebbe trascorso il periodo obbligatorio della misura della quarantena, lo stato di salute, i contatti avuti e le possibili cause che ne avevano determinato la trasmissione.

I casi positivi e sospetti, prontamente inseriti in banca dati, sono stati tutti

rintracciati ed isolati, con la ricostruzione dettagliata dei contatti avuti nelle settimane precedenti.

Attraverso l'inserimento dei medesimi dati all'interno di una piattaforma di mappe interattive, finalizzate alla geo-localizzazione di ogni singolo soggetto censito per positività, quarantena domiciliare, isolamento domiciliare ovvero ricovero ospedaliero, è stato possibile realizzare l'obiettivo della prevenzione, per tutti coloro che, giornalmente, operavano sul territorio e la pronta consultazione per l'espletamento della sorveglianza attiva.

La maggior soddisfazione ed un breve respiro di sollievo per i militari della CRI e gli altri operatori militari e civili al tavolo dell'Unità di Crisi lo si è avuto dopo un mese di attività, quando, il 15 aprile, si è raggiunto per la prima volta il "contagio zero". Nel contempo, anche il nostro personale ha operato in stretto contatto con le Forze dell'Ordine per un immediato riscontro delle autocertificazioni rese dai cittadini, cui si doveva garantire, per precisa indicazione del Sig. Prefetto, la massima cooperazione per conciliare le esigenze della popolazione alle rigide ed impopolari norme imposte dal cosiddetto *lockdown*.

Un altro ambito operativo, è stato il servizio alla cittadinanza, presto divenuto un concreto punto di riferimento per il territorio.

Si è dato, infatti, pronto riscontro telefonico ai numerosissimi quesiti ed alle molteplici richieste di chiarimenti dei cittadini, fornendo risposte univoche e organiche ai quesiti interpretativi e applicativi delle disposizioni governative, soprattutto in materia degli spostamenti delle persone e dell'esecuzione dell'attività economica da parte degli esercizi commerciali, in un momento nel quale il passaparola e le *fake news* stavano creando danni incalcolabili, approfittando della comprensibile confusione che un rapido susseguirsi di Ordinanze e Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri aveva ingenerato nella popo-

lazione. Basti pensare all'imbarazzante sequela di autocertificazioni il cui rinnovarsi così repentino metteva in confusione persino le Forze dell'Ordine!

Parlando dell'Unità di Crisi, della quale il Corpo Militare Volontario CRI è stato parte integrante in posizione paritetica alle Forze coinvolte, il Sig. Prefetto ha avuto modo, più volte, di pronunciare alte espressioni di elogio e non sono stati pochi gli organi di stampa che, riportando le parole di Autorità in visita alla Sala della Prefettura ove operava anche il nostro personale, hanno affermato che *«tale modus operandi ha svolto un ruolo fondamentale nel contenimento del propagarsi dell'infezione ed ha permesso di frenare il diffondersi dell'epidemia. Prova ne è che Reggio Calabria è la città calabrese con il più basso numero di ricoverati e in assoluto l'area meno colpita dell'intero Paese nel rapporto tra numero di abitanti e contagi»*.

Una guerra in tempo di pace, quindi, un cammino irto di ostacoli e di difficoltà, un lavoro oneroso svolto con spirito di abnegazione, in maniera volontaria e del tutto gratuita dai nostri uomini, diversi dei quali, compreso, per 101 giorni ininterrotti hanno sacrificato sé stessi, il proprio lavoro, la propria vita privata. Alcuni di essi, addirittura, si sono trovati a percorrere oltre 130 km al giorno pur di essere presenti, e tutti, con l'appoggio e la paziente comprensione delle famiglie, hanno reso con fierezza, ancora una volta, un servizio alla società ed ai più vulnerabili tra i suoi componenti.

Vorrei fare adesso, avviandomi alla conclusione, un solo accenno a qualcosa di forse meno eroico, di meno tecnico, ma certamente pregno di quei valori dei quali i militari della Croce Rossa Italiana sono alfieri. Essi operano, sì, con professionalità, con mestiere, ma con il valore aggiunto di una spinta ideale, umanitaria, volontaristica che ne fa un organismo del tutto particolare.



## Segue L'ESPERIENZA DEL CORPO MILITARE VOLONTARIO CRI DI REGGIO CALABRIA NELL'EMERGENZA COVID-19

Mi sembra doveroso, quindi, segnalare che gli uomini del Nucleo reggino, tra i quali alcuni giovani disoccupati e privi di reddito proprio, hanno spontaneamente deciso, ad un certo punto, di raccogliere tra di essi una piccola somma da donare alla Caritas della Parrocchia di Santa Maria della Candelora, al fine di fornire generi alimentari e di prima necessità a diverse famiglie particolarmente indigenti, quasi a rendere concretamente tangibile il forte e coeso spirito di squadra creatosi in quei giorni.

Un'altra iniziativa spontanea, esultante dai servizi presso la Prefettura o l'Azienda Sanitaria Provinciale e della quale parlo con un certo pudore, perché mi vede tra i promotori, è stata la raccolta di pane fresco svolta in favore della medesima Caritas parrocchiale per tutto il periodo di servizio e che ha consentito la costante distribuzione del "pane quotidiano" alle persone più fragili ed "invisibili" della nostra Reggio, per un totale di alcune centinaia di chilogrammi.

Numerosi sono stati gli attestati di stima nei nostri confronti, provenienti con gratitudine dal Magg. Gen. Gabriele Lupini, Ispettore Nazionale del Corpo Militare Volontario CRI, da S.E. il Sig. Prefetto di Reggio Calabria, dalle Autorità Civili e di Polizia,

dalla stampa, ma anche dalle persone più semplici, da chi ci vedeva uscire per la città nei giorni identificati come di maggior rischio, protetti soltanto dai guanti, dalle mascherine e dalla nostra divisa della Croce Rossa militare. Qualche volta era l'offerta di un dolce, di un frutto, di un caffè, di un panino, di un semplice "grazie per quello che fate", oppure l'inatteso, gradito e provvidenziale dono di tute, mascherine e visiere protettive.

Queste manifestazioni di riconoscenza, unica nostra fonte di energia, si sono andate ad unire idealmente alle parole del Ministro della Difesa Lorenzo Guerini il quale ha rivolto al personale del Corpo Militare Volontario CRI il seguente messaggio: *«L'umanità e la preparazione con cui avete affrontato questa emergenza Covid-19 dimostra, ancora una volta, il vostro profondo valore. Congratulazioni per ciò che fate quotidianamente, in Italia e all'estero, spalla a spalla con le donne e gli uomini delle nostre Forze Armate [...]. Un lavoro indispensabile che da 154 anni svolgete, senza risparmio, a favore delle comunità in difficoltà».*

E chiudo descrivendo una foto forse un po' sopra le righe, una foto che non doveva essere divulgata e che mostra tre di noi a braccia conserte,

ben piantati davanti la statua di Piazza Italia, quasi a scortarne l'effigie.

Era una cosa nostra, tra fratelli in divisa. Ma mi piace parlarvene oggi per il ricordo che essa racchiude in sé.

L'abbiamo scattata in un giorno nel quale avevamo attraversato la città deserta per recarci in Prefettura e Reggio, la nostra Reggio, ci era sembrata il set di un film apocalittico. Non avevamo incontrato nessuno, neanche un'anima. La Via Marina, sempre piena di vita e cuore pulsante della città, era terribilmente vuota.

Così tanto vuota da suscitare angoscia e soggezione.

Alla fine eravamo giunti in Piazza Italia nel silenzio più assoluto, anche tra di noi.

E allora, un po' da guasconi, abbiamo pensato di scattare questa foto, perché, in quel momento di grandi emozioni e di altrettanto grandi incertezze, ci sentivamo, con i nostri uomini, davvero così: parte integrante, attiva e fattiva, di quello che poteva essere l'ultimo baluardo in difesa della nostra Reggio e della nostra amata Patria.

**Cap. com. C.R.I.  
Marcello Novello  
Cultore di Storia della  
Croce Rossa – Socio Unuci**

## IL SARS. COV. 2 IN ETÀ PEDIATRICA

Parlare di coronavirus, e dei suoi rapporti con bambini e ragazzi, a un uditorio attento e informato ma non specialistico, impone un atteggiamento pragmatico che, pur non perdendo mai di vista l'evidenza scientifica, si cali comunque in casi pratici e di vita comune familiare.

Tra questi soprattutto uno: che potere infettante hanno bambini e ragazzi nei confronti degli anziani conviventi, i veri soggetti a rischio, soprattutto in previsione di un loro rientro in società che avverrà a settembre con la ripresa delle attività scolastiche?

Per arrivare a rispondere a questa domanda occorre rifarsi alle evidenze

scientifiche consolidate, tenendo comunque conto che la breve durata degli studi epidemiologici non consente loro di assurgere al rango di verità scientifica ma solo di approssimarvisi con ragionevole certezza.

La ripresa scolastica a settembre non è solo un diritto dei cittadini e un dovere sociale, ma risponde anche a necessità psicologiche per i minori e organizzative lavorative per i genitori.

Si deve premettere che il rinvio a settembre è stato un atto di precauzione, verso pericoli non quantificabili compiutamente ma che non potevano essere ignorati, più che di prevenzione,

per proteggere da rischi oggettivi e provati e quantificati. Rinvio precauzionale, quindi, perché l'assenza di prove non garantiva l'assenza di rischio. Ciò premesso, ovvero affermata l'ineludibilità di un ritorno a scuola a settembre, facciamo un breve excursus degli studi fin ora effettuati sui rapporti tra coronavirus e minori.

Riguardo all'infezione prescolare e scolare, useremo i risultati pubblicati dall'Università di Friburgo sul *Pediatrics Infectious Disease Journal* sulla morbilità e letalità infantile relativa ai sette coronavirus conosciuti, a serbatoio animale e infestanti cellule epiteliali respiratorie e gastrointestinali,

## Segue IL SARS.COVID.2 IN ETÀ PEDIATRICA

dagli anni Sessanta a tutt'oggi. Analizzate le infezioni dovute ai 4 coronavirus, due betacorona e due alfacorona, responsabili del comune raffreddore e della bronchiolite. E ai 3 betacorona sars.cov, mers.cov, Sara.cov.2.

Questi ultimi tutti si sono dimostrati meno letali in età pediatrica: mers 6 per cento, sars 1 e 2 zero per cento. Dati quindi, quelli di Friburgo, altamente rassicuranti. Passiamo a considerare i dati dell'agenzia cinese della sanità pubblicati l'11 febbraio. Su esaminate 72,314 infezioni sintomatiche solo il 2 per cento riguardava soggetti di età inferiore ai 19 anni.

Un altro studio, sempre cinese, ha analizzato solo infezioni pediatriche in tre diverse regioni: 20 casi, 34 casi, 9 casi. Il 65 per cento ha avuto sintomi respiratori moderati, come febbre e tosse con rinite. Il 26 per cento stessi sintomi, ancora più lievi. Il 9 per cento senza sintomi. Per tutti guarigione senza postumi entro i 15 giorni.

In soli 4 casi si sono riscontrati piccoli infiltrati polmonari monolaterali, con sintomi scarsi e guarigione in 15 giorni. Pendant a questi dati rassicuranti abbiamo il dato negativo che tutti i casi, anche asintomatici, si possono considerare infettanti. Altro studio cinese, pubblicato a marzo su Lancet e riguardante la provincia di Shenzhen.

Tasso medio di infezione e di infettività, pur in presenza di sintomatologia assolutamente meno grave e praticamente leggera, uguale tra adulti e bambini.

Passando alla casistica epidemiologica e clinica italiana, abbiamo uno studio pilota, effettuato sulla popolazione di Vo' Euganeo dall'équipe del prof. Crisanti dell'università di Padova. Analisi di tampone nasofaringeo a inizio chiusura paese sull'86 per cento della popolazione e alla fine sul 72 per cento. Il 43 per cento dei positivi al tampone era asintomatico ma con analoga carica virale infettante dei sintomatici.



VINCENZO VITALE

Nessuno dei 234 bambini tra 0 e 10 anni esaminati con tampone è risultato positivo, compresi quelli che avevano vissuto nello stesso ambito domestico con adulti positivi o malati. Questo dato è ancora più rassicurante di quelli cinesi. Si può ipotizzare che l'immunità naturale o acquisita per precedenti vaccinazioni sia in grado di modificare i tempi di presenza del virus nell'orofaringe nei bambini. Questa ipotesi dev'essere confermata dai test sierologici su sangue. Sempre lo stesso studio ha evidenziato una positività al tampone dell'1 per cento nella fascia di età tra gli 11 e i 20 anni.

Un discorso a parte si deve fare per i sintomi dermatologici, presenti anche nei pochi casi pediatrici: rash petecchiale, simile a quello della dengue; vescicole, come quelle dalla varicella; acrocianosi alle estremità, tipiche della sars, interpretabili come fenomeni vasculitici isolati e benigni nel loro decorso oltre che remittenti in 10 o massimo 20 giorni.

In questo ambito di patologie vasculitiche, da segnalare la strana maggiore incidenza della malattia di Kawasaki: studi dell'ospedale Gaslini di Genova e dell'ospedale pediatrico di Bergamo ci dicono che in questo periodo epidemico i casi di questa rara malattia

pediatrica si sono quadruplicati rispetto ai 708 annuali.

Sintomi riscontrati, che un po' si discostano da quelli tradizionali sono i seguenti: febbre alta e prolungata, esantema toracico, linfoadenite laterocervicale, congiuntivite bilaterale, fessurazione labiale, lingua a fragola, gonfiore a mani e piedi, desquamazione cutanea

alle estremità.

In una lettera della SIP ai pediatri si comunica che l'uno per cento dei bambini che ammalano di covid19 si ammala anche di malattia di Kawasaki.

L'ipotesi è che in soggetti predisposti vi sia una risposta immunitaria anomala che, in rari casi, può portare all'unica grave complicazione: la formazione di piccoli aneurismi alle coronarie. La terapia si basa sulla somministrazione endovenosa di immunoglobuline cui va affiancato, secondo le linee guida emerse dalla teleconferenza organizzata dall'università di Boston il 2 marzo, il desametasone e il tocilizumab.

Notizia di questi giorni è che si potranno effettuare più facilmente gli screening anche in età scolare. Si è visto, infatti, che il metodo Elisa per la ricerca degli anticorpi sul siero si può effettuare anche su poche gocce di sangue, raccolte con piccola puntura al polpastrello e immagazzinate sul bigliettino si carta bibula. La metodologia è applicabile su larga scala anche in ambiente scolastico.

**Dr. Vincenzo Vitale**  
**Pediatra – Presidente**  
**Fondazione Mediterranea**

## COVID 19 E DISAGIO SOCIALE

La pandemia da coronavirus è una catastrofe che crea disagio mentale a livello individuale e collettivo. Lo studio dei disturbi psichiatrici da disastro ebbe inizio nel 1952 quando il Professor Jacob E. Finesinger, Direttore del Dipartimento di Psichiatria dell'Università del Maryland, inviò una task force in una cittadina del Mississippi in cui si era scatenata una epidemia psichiatrica, dopo che i contrabbandieri (nella regione ancora vigeva il proibizionismo) avevano spacciato alcol addizionato col tossico alcol metilico. Tuttavia anche i bevitori che non si erano serviti di quei contrabbandieri presentavano crisi psicotiche, cecità, torpore e cefalea. La *task force* esaminò gli effetti del trauma reale o presunto subito dagli abitanti della cittadina avviando lo studio dei disturbi post-traumatici da stress in ambito collettivo.

La pandemia da Covid 19 propone in misura più vasta l'incidente citato. La parola Disastro è composta dal prefisso *dis*, che esprime valore negativo, e da *astro*, cattiva stella. Catastrofe deriva dal greco *katastrophè*, rivolgimento, che a sua volta discende dal verbo *katastréphein* (rivoltare, rovesciare), composto da *katà* (giù) e *stréphein* (voltare). *Katastrophè* è il nome dato da Aristotele, nella partizione della tragedia greca, alla soluzione, di solito luttuosa, del dramma. Secondo il *Lessico Universale Italiano* (1970) il disastro è «una grave sciagura che provoca danni di vaste proporzioni o la morte di parecchie persone», mentre catastrofe è «un esito imprevisto e doloroso o luttuoso... un improvviso disastro». La letteratura medico-psichiatrica considera la catastrofe un evento nefasto, per lo più improvviso e brutale, concentrato nel tempo e nello spazio che provoca distruzioni materiali importanti, molte vittime e notevole disorganizzazione sociale, o due o tre di queste conseguenze contemporaneamente. In buona sostanza i disastri sono distruzioni su larga scala dell'ecologia umana che le comunità non sono in grado di assorbire con le loro



GABRIELE QUATTRONE

sole risorse. Questi eventi, concentrati nel tempo e nello spazio, causano perdite tali per le persone e le proprietà da sconvolgere la struttura sociale e impedirne, in tutto o in parte, le funzioni essenziali. Tuttavia incidenti come Chernobyl, coinvolgono per milioni di chilometri quadrati centinaia di migliaia di individui addirittura non ancora nati. Sono altresì disastri le distruzioni senza perdite umane delle culture agricole, della geografia umana e delle foreste, nonché le calamità senza distruzioni materiali che insorgono progressivamente e si prolungano nel tempo come la siccità, le carestie e i *chronic technological disasters*. Le catastrofi causano danni all'organizzazione sociale, ai sistemi d'informazione, alla circolazione delle persone e dei beni, alla produzione e al consumo d'energia, alla distribuzione di acqua e alimenti, allo smaltimento dei rifiuti, all'ordine pubblico, alla sicurezza sociale, alla sanità e alla gestione delle salme. L'attributo nefasto esclude gli eventi violenti ma fausti, come le guerre di

rivoluzione, che introducono un giudizio di valore legato all'ideologia di parte e al momento storico. Gli *stressors*, gli eventi che producono *stress*, sono negativi solo se sono associati a conseguenze indesiderabili: un evento è un disastro se produce conseguenze disastrose.

Le catastrofi differiscono per causa, frequenza, controllabilità, rapidità di inizio, durata della fase di allarme e dell'impatto, estensione dell'area, potenziale distruttivo, rischio residuale e probabilità che si ripetano. I disastri naturali possono derivare da processi avviati dall'uomo. Inondazioni disastrose possono essere la conseguenza di deforestazioni così, come il crollo di edifici costruiti in un'area a rischio di frane. I terremoti causano danni maggiori se le costruzioni non rispettano i criteri antisismici. Anche la guerra ha effetti traumatici sulla popolazione. I disturbi presentati dai soldati nella prima e nella seconda guerra mondiale hanno dato l'avvio al concetto di nevrosi traumatica da combattimento e da guerra, di





## Segue COVID 19 E DISAGIO SOCIALE

*shell shock* o trauma da bombardamento. Gli studi sui veterani del Vietnam hanno favorito l'introduzione nosografica del Disturbo Post Traumatico da Stress. Sul piano epidemiologico i disastri civili riguardano contesti diversi da quelli bellici, onde Seaman esclude le guerre e limita l'analisi ai cinque disastri naturali che presentano caratteri relativamente confrontabili, gli uragani, le eruzioni vulcaniche, le inondazioni, i terremoti e gli tsunami. Questi eventi causano la maggior parte delle perdite di vite umane nei Paesi in via di sviluppo e coinvolgono le organizzazioni internazionali di soccorso. Altri disastri che investono la comunità, come le tempeste di neve e gli incendi di boschi, di solito coinvolgono solo le agenzie di soccorso locali o nazionali. Beverley Raphael considera catastrofi in senso stretto quattro eventi provocati dall'uomo: lo sterminio degli Ebrei nei campi nazisti, le bombe atomiche di Hiroshima e Nagasaki, le carestie nei Paesi del Terzo Mondo, le epidemie che hanno sterminato intere popolazioni e la peste che intorno alla metà del XIV Secolo ha ucciso un terzo della popolazione d'Europa e con l'epidemia del 1654 è stata probabilmente la peggiore catastrofe della storia moderna della Spagna. La peste, che colpì ripetutamente la Francia, nel 1720 uccise 90.000 persone nella sola area di Marsiglia e, nel 1895, quasi un milione di individui in India. Nessuna epidemia, AIDS incluso, ha avuto lo stesso impatto della Morte Nera sulla vita collettiva sino alla pandemia da coronavirus.

Un disastro che richiede interventi internazionali, capita in media una volta a settimana. Prevedere, programmare e intervenire nei disastri richiede una prospettiva attenta ai processi macro e micro-sociali che accompagnano le fasi di impatto, emergenza e ricostruzione. La pianificazione degli interventi non prevede un codice rigido, ma un *work in progress*, un processo in continua evoluzione, che si alimenta di sempre nuo-

ve conoscenze ed è attento alla variabilità dei comportamenti umani in un contesto che da rilevanza alle emozioni.

I disastri sono un *fenomeno collettivo* che danneggia o altera, in modo più o meno grave, il funzionamento degli individui, delle famiglie e della società. Questo aspetto li distingue dagli eventi individuali (*stressful life events*) o dagli incidenti automobilistici del fine settimana che provocano più vittime di una inondazione ma non colpiscono la comunità.

Gli individui e la collettività possono sovrastimare una minaccia ambientale, (tecnologica o naturale), o sottostimarla sino a negare il pericolo. Gli atteggiamenti individuali sono mutati dalla personalità del soggetto. L'informazione deve aiutare la popolazione a identificarsi come «vittima potenziale» e a prospettare adeguate contromisure. Pur nella variabilità individuale di percezione del pericolo, la popolazione valuta il rischio di un impianto nucleare in misura minore se lo rapporta alla riduzione dell'attesa media di vita, maggiore se lo rapporta all'incremento della mortalità annuale per cancro.

Alle tre emergenze fondamentali, nei quali fattori umani e naturali interagiscono, deforestazione, desertificazione, inquinamento urbano e industriale, si è aggiunta la pandemia da Covid 19. Non esiste uniformità di vedute sul momento ottimale per annunciare una catastrofe prevedibile e imminente. Annunciare un terremoto con mesi di anticipo può creare problemi sociali, politici ed economici e fare collassare le normali attività produttive senza migliorare necessariamente la sicurezza (si consideri per esempio l'urbanizzazione delle pendici del Vesuvio). I mass-media possono inoltre manipolare l'ansia generale inavvertitamente o deliberatamente e facilitare nella popolazione *stress*, insonnia, irritabilità, disordini psicosomatici, aumento del consumo di alcol e droghe. È però altrettanto vero che annunciare un possibile disastro può favorire adeguate con-

dotte adattative. Sembra utile mediare tra queste due posizioni con un piano d'informazione temporalizzato in funzione dell'avvicinarsi del disastro. In ogni caso l'informazione corretta promuove strategie adattative nella popolazione mentre quella confusa, incoerente, scandalistica, sensazionalistica e sentimentalistica causa gravi disfunzioni. La comunicazione di massa che distorce la notizia avalla assiomi inesatti, individua capri espiatori, fomenta inutili polemiche e crea aspettative eccessive e inevitabilmente disattese. Anche la semplice omissione di alcuni centri colpiti da un vasto incendio, a differenza di altri, causa atteggiamenti rivendicativi ed ostili. Nella catastrofe, come nella attuale pandemia da coronavirus, i mezzi d'informazione sono spesso accusati di non fornire notizie accurate e di alimentare ad arte polemiche e contrasti. La *teoria del contagio* descrive il panico come un comportamento irrazionale che dilaga, condiziona i comportamenti collettivi e incrementa la crisi del gruppo. Il gruppo come unità è più complesso della somma degli individui. Tra i vari gruppi sociali la famiglia, in quanto organizzazione primaria, occupa un ruolo centrale nella risposta sociale al disastro. Lo stress familiare aumenta se i genitori hanno difficoltà personali ad affrontare la crisi e ad offrire supporto emotivo ai figli. I legami interni alla famiglia possono rafforzarsi: (dai maggiore importanza alle relazioni umane rispetto ai beni materiali), (ci sentiamo più uniti come famiglia) o indebolirsi (la nostra famiglia non è più la stessa. Non riusciamo più a parlare tra noi, ognuno è chiuso nel suo mondo. Le cose non saranno più le stesse). La morte di congiunti o di amici intimi e l'invasione dei media nella intimità aggravano lo stress. La risposta immediata più frequente è affiliarsi, cioè cercare notizie e conforto presso parenti, amici, circoli, chiese o scuole. Un'altra risposta comune è la protezione dei figli, specie più piccoli, anche perché nelle prime sei settimane del



## Segue COVID 19 E DISAGIO SOCIALE

disastro tutti i bambini e gli adolescenti presentano gastralgia, cefalea, problemi alimentari, incubi notturni, comportamenti agitati o appiattimento emozionale. Intervengono conflitti di ruolo se un membro con funzioni genitoriali ha paura e non è in grado di rispondere alle richieste ed alle aspettative. I genitori evitano con le difficoltà comunicative gli argomenti emotivamente dirompenti e accettano lo sconvolgimento della abituale scansione spazio-temporale della famiglia incentrata su abitudini e punti di riferimento. In generale comunque le reazioni costruttive e di solidarietà prevalgono sulle maladattative.

I disastri aggravano le disegualianze sociali con effetti maggiori sulle famiglie disagiate, vaste, recenti e di basso livello culturale ed economico. Hanno ripresa più difficile le famiglie povere, numerose e di minoranza etnica e razziale. I gruppi etnici non presentano significative differenze in senso psicopatologico ma utilizzano in modo diverso i servizi di assistenza. Il quadro peggiora se i soccorritori non sono preparati ad affrontare le particolari interpretazioni ed elaborazioni della morte, della perdita, del lutto e del dolore delle società multietniche.

Durante e dopo un disastro le persone possono manifestare anomali stati di eccitamento psicologico, fughe precipitose o comportamenti violenti volti alla salvaguardia della vita, moralmente repressibili in condizioni normali ma tollerabili nell'emergenza. Queste reazioni individuali o collettive non sono efficaci o razionali e aggravano la disorganizzazione sociale. La più frequente reazione patologica collettiva è di *Commozione-inibizione-stupore*. I sopravvissuti, inebetiti, prostrati e privi di iniziativa, si allontanano dal luogo del disastro, per raggiungere luoghi non colpiti, come in un lento obbligato esodo. Accadde nell'eruzione del Vesuvio che distrusse Ercolano e Pompei (Plinio il Giovane, Lettera a Tacito, 79 d.C.), nei terremoti di Lisbona (Voltaire, 1/11/1755), di Messina (28/12/1908),

di Tokio (1/9/1923), del Messico (20/9/1985), nei bombardamenti degli Alleati su Amburgo, Dresda e Tokio nel 1945 e nei bombardamenti atomici di Hiroshima e Nagasaki. Nello «Hiroshima Diary» del 1975 il dottor Hashiya M, sopravvissuto, scrive «... processione di fantasmi che camminano in fila come anatre, le braccia scostate dal tronco per evitare il dolore provocato dallo sfregamento delle ustioni...».

Il panico è una paura collettiva intensa che fa regredire le coscienze ad un livello arcaico e attiva reazioni primitive di fuga, agitazione disordinata, violenza o suicidio collettivo. La reazione di panico comporta quattro fasi. Nella fase di preparazione l'inquietudine e l'apprensione coinvolgono rapidamente il gruppo. Segue la fase di *shock*, scatenata dalla percezione del pericolo, con angoscia incontrollabile, grave stress collettivo, smarrimento delle capacità di riflessione e di giudizio e grande tensione motoria non adeguatamente finalizzata. Nel terzo momento dominano il terrore e l'agitazione generale con comportamenti irrazionali e selvaggi di fuga, violenze, suicidi e perdita del senso sociale. Si registra in ambito militare la fuga folle in avanti con la variante suicidaria, la tempesta di movimenti con spostamenti incoordinati di va e vieni, il suicidio collettivo in cui si preferisce la morte all'incertezza di un pericolo paventato ma non conosciuto (come nella nave *Provence II* silurata il 26 febbraio 1916 e nella guarnigione giapponese di Iwojima nell'aprile 1945 all'avvicinarsi degli americani). Nella fase di risoluzione, si assiste alla sedazione progressiva della paura e al ritorno alla lucidità con atteggiamenti di vicendevole aiuto e propositi riorganizzativi. Una variante meno violenta e drammatica del panico è l'esodo che comunque sottende gli stessi sentimenti di paura, agitazione e imitazione. In tempi di guerra intere popolazioni fuggono per settimane attraverso intere regioni (come un milione e poi due milioni di francesi all'avanzata dei tedeschi nel

giugno 1940 e nell'agosto 1941 o i sei milioni di tedeschi all'avanzata sovietica nell'aprile 1945). Nella catastrofe gli individui hanno comportamenti adeguati o patologici. Gli ansiosi sopportano male le fasi di allarme per la scarsa capacità di tollerare le attese e reagiscono nell'immediatezza con stato stuporoso, fuga precipitosa, agitazione psicomotoria, aggressioni, tentativi di suicidio, nonché, quando il pericolo si è allontanato, con persistenti crisi di pianto, tremori, accessi di collera o di aggressività. Altre reazioni di solito transitorie sono cefalea, dispnea, palpitazioni, abbondante sudorazione, disturbi gastrici, maleseri vari, vertigini e spossatezza. La sintomatologia può essere somatica (precordialgie, spasmi digestivi, pallore, sudorazione, tremori, senso di soffocamento) o psichica (senso di morte imminente, terrore non focalizzato su un oggetto specifico) e culminare in crisi di agitazione psicomotoria o nel suicidio. Non di rado tuttavia le situazioni d'emergenza e le occasioni di dedizione agli altri nel periodo post-disastro consentono agli ansiosi di indirizzare su oggetti concreti le tensioni e di scaricarle attraverso azioni utili. La sintomatologia degli *stati ansioso-fobici* viene scatenata da situazioni che richiamano l'evento, come la vista di morti, feriti o rovine, l'odore di bruciato e di sangue, il suono di sirene e di ambulanze. Gli *stati isterici* propongono una vasta gamma dei sintomi di conversione somatica e psichica: crisi eccitatorie, paralisi funzionali, disturbi viscerali, alterazioni della sensibilità, amnesia, depressione o stati crepuscolari. Gli individui teatrali focalizzano su di loro l'attenzione simulando stati confusionali. L'isolamento, la perdita di parenti o amici e l'insicurezza generale, favoriscono l'insorgenza di sintomi depressivi quali insonnia, astenia, disturbi psicosomatici, inibizione nell'intraprendere un qualche tipo d'occupazione, difficoltà a proiettarsi nel futuro, disinteresse e distacco dalle cose e dalle persone. Nel periodo post disastro il lutto può



## Segue COVID 19 E DISAGIO SOCIALE

prolungare la fisiologica reazione di tristezza iniziale. Il soggetto perde appetito, ha disturbi del sonno, non crede valga la pena di continuare a vivere, ha frequenti e vivaci fantasie di riunione con i morti e non elabora il lutto. Il quadro peggiora e la depressione sostituisce la tristezza se ha avuto perdite gravi che hanno riattualizzato separazioni precedenti, se è geneticamente vulnerabile e se aveva una relazione ambivalente con la persona scomparsa. Nei bambini la morte o il danno fisico subito da un genitore, così come la perdita di beni, aumentano il rischio di una patologia mentale a medio e lungo termine. Nel quarto sono comuni immagini intrusive, ansia, disturbi del sonno, *flashbacks*, sensazioni angoscianti. In genere la sintomatologia col tempo si indebolisce, ma possono persistere o cronicizzarsi disturbi emozionali che influiscono negativamente sulla vita di relazione.

Le reazioni psicotiche al disastro possono essere transitorie, reiterare disturbi psicotici precedenti o attivare una psicosi latente. L'alterazione e/o la diminuzione della coscienza innescano comportamenti dannosi per sé e gli altri che ostacolano le operazioni di soccorso. Subito dopo l'evento traumatico o dopo una breve latenza emergono reazioni confusionali con obnubilamento del sensorio, disorientamento temporo-spaziale, onirismo, atteggiamenti catatonici estatici, fughe, irrequietezza motoria o violenta agitazione e gesti auto o etero aggressivi. Alcuni divengono eccitati, euforici, logorroici e sono presi da un attivismo vorticoso, superficiale, poco consapevole, altri, prostrati e profondamente inibiti nei sentimenti e nelle azioni, hanno ideazione suicidaria e sensi di colpa alimentati dalla convinzione delirante di essere responsabili della catastrofe. La *crisi maniacale o depressiva* può durare settimane o mesi.

Sono comuni sei reazioni psicopatologiche agli eventi catastrofici:

La sindrome da disastro. La vittima nell'immediato o subito dopo rimane immobile o vaga inebetita, stordita,

apatica, passiva, indifferente all'ambiente circostante, alle necessità altrui e ai pericoli. Si può interpretare il comportamento come una fuga psicologica per non farsi sopraffare dall'esperienza traumatica. Di solito torna presto in sé e vira nella fase dello shock che è, entro certi limiti, una normale risposta psicologica alla catastrofe. A volte, tuttavia, torna alla consapevolezza dopo una fase più o meno lunga di euforia, eccitamento, iperattività, altruismo, gratitudine e forte identificazione nel gruppo.

La sindrome da lutto. Le morti inaspettate sono devastanti per il mondo interno, specialmente se i corpi recano i segni di una morte violenta, se i parenti non possono vedere il defunto e salutarlo per l'ultima volta, e soprattutto se subiscono l'esperienza della morte di un figlio. Il sistema delle inchieste giudiziarie e della organizzazione dei funerali è lungo e complesso. Inoltre i parenti devono affrontare, dopo il disastro, una vita particolarmente gravosa, il più delle volte senza un supporto psicologico.

*La Sindrome del sopravvissuto.* Il soggetto prova sentimenti di colpa per essere sopravvissuto, ansia cronica, depressione, ritiro sociale, disturbi del sonno, incubi, disturbi somatici, stanchezza fisica, perdita di iniziativa, disadattamento generale personale, sociale e sessuale. Ne soffrono i sopravvissuti dei campi di concentramento e di Hiroshima. Nella patogenesi gioca un ruolo rilevante il gran numero di morti, la coscienza di appartenenza al gruppo e, soprattutto nei disastri provocati deliberatamente dall'uomo, l'identificazione con «ciò che l'uomo può fare all'uomo». In genere la sindrome appare dopo un certo intervallo dall'evento in individui che sembravano aver ripreso vita normale.

*La Sindrome da deformazione del dolore.* La persona individua un capro espiatorio nel personale medico o nei presunti responsabili del disastro contro i quali a volte intraprende azione legale. Si aggrappa alla rabbia, che lo difende dalla tristezza e dalla disperazione, e crede inconsciamente

che la collera possa punire i *killers* e restituirgli quello che ha perduto. È un modo per proteggersi dall'idea della definitività della perdita.

*La Sindrome del sentimento di colpa.* La tristezza e il dolore sono sostituiti da incessante auto recriminazione. L'individuo ritiene di non aver amato abbastanza la persona scomparsa e di non aver fatto abbastanza per proteggerla e salvarla, cerca conferma della colpa negli altri ed è tormentato da pensieri e sogni relativi al defunto e al momento della morte. Il conseguente comportamento irritabile e ostile può sfociare in comportamenti autodistruttivi come alcolismo, incidenti e deterioramento dei rapporti familiari. *Il Disturbo post-traumatico da stress:* Le descrizioni letterarie del fenomeno precedono le classificazioni mediche. Il Diario dello scrittore inglese Samuel Pepys descrive la peste di Londra, che tra il 1664 e il 1665 uccise più di 75.000 abitanti, e il grande incendio che il 2 settembre 1666, distrusse i quattro quinti della città. Due settimane dopo l'incendio, nonostante sia tornato salvo a casa e dorma accanto alla moglie, scrive: «... tuttora molto spaventato di notte, con sogni di incendi e di case che crollano...». Sei mesi dopo annota: «... è sconcertante pensare che finora non sono riuscito più a dormire senza grandi terrori di incendi; e questa stessa notte non sono riuscito addormentarmi prima delle due del mattino, preso da pensieri di incendi...».

Charles Dickens, coinvolto il 9 giugno 1865 nel Kent in un grave incidente ferroviario, sviluppò una fobia per i viaggi in treno. Nel Diario descrive le scene spaventose di due o tre ore di lavoro in mezzo a morti e moribondi e riassume così gli effetti dell'esperienza: mi sento stranamente debole, debole come se fossi reduce da una lunga malattia. Anche Joseph Conrad analizza le reazioni umane a eventi catastrofici. Il comandante MacWhirr di Typhoon non si smarrisce di fronte al tifone: modesto, silenzioso e tenace conduce a destinazione il Nan-Shan e controlla con calma il «disastro nel disastro»,



Registrazione Tribunale Reggio Calabria n. 16 del 10 novembre 2011  
**Direttore responsabile:** 1° cap. Nicola Pavone  
**Editore:** UNUCI Reggio di Calabria  
**Redazione:** Via Placido Geraci n. 29 89128 Reggio di Calabria  
**Web:** [www.reggiocalabria.unuci.org](http://www.reggiocalabria.unuci.org)  
**E-mail:** [sez.reggiocalabria@unuci.org](mailto:sez.reggiocalabria@unuci.org) Tel.: 328 923 5064  
 Stampato in proprio il 21 ottobre 2020 a Reggio di Calabria  
 Qualsiasi collaborazione è prestata a titolo gratuito.

La Direzione del periodico si riserva, insindacabilmente, la facoltà di selezionare gli articoli da pubblicare e di apportarvi le modifiche ritenute opportune anche per esigenze editoriali o di spazio disponibile.

Ricorda inoltre che:

- i contributi scritti con un massimo di trecentocinquanta parole sono forniti dai collaboratori a titolo gratuito, debbono trattare temi pertinenti, essere in Word carattere Times New Roman 10 con immagini in formato **jpg**, e devono essere inviati all'indirizzo di posta elettronica **sez.reggiocalabria@unuci.org**
- gli elaborati devono essere esenti da vincoli editoriali e non potranno essere prese in considerazione fotocopie o estratti di articoli riportati da altre riviste o giornali;
- gli articoli pubblicati in questo periodico investono esclusivamente la diretta responsabilità degli autori, dei quali riflettono le idee personali e non necessariamente quelle della Redazione che non si rende garante della verità dei fatti né fa sue le tesi sostenute;
- elaborati e foto non si restituiscono anche se non pubblicati.

**Nel pagine 1, 5, 6, 7 e 8 del N. 4 di Alzabandiera—Unuci del 21 ottobre 2020 è pubblicato un ampio servizio sul Convegno “Covid –19 e Vaccini: Problematiche”. Nel presente supplemento sono state inserite le relative relazioni di Giulio Tarro, Salvatore Borrelli, Marcello Novello, Gabriele Quattrone.... e Vincenzo Vitale.**

## Segue COVID 19 E DISAGIO SOCIALE

l'ammutinamento. Lord Jim invece, ne del suo onore. secondo ufficiale sul Patna, in una notte di tempesta scopre la viltà e fugge sull'unica scialuppa disponibile, per trascorrere il resto della vita alla disperata ricerca di una riparazio-

**Ten. Dr. Gabriele Quattrone**  
 Primario neuropsichiatra Policlinico di Reggio Calabria – Socio Unuci

**Dr. Andrea Quattrone**  
 Psicologo CMPP Villa Betania – Socio Unuci

**Dr. Santo Gangemi**  
 Neurologo Policlinico di Reggio Cal.

## Coronavirus: i comportamenti da seguire

