



Senato della Repubblica



Camera dei deputati

Giunte e Commissioni

XIX LEGISLATURA

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 15

**BOZZE NON CORRETTE**

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA**

sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2

AUDIZIONE DI RAPPRESENTANTI DELL'ISS (ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ)

16<sup>a</sup> seduta: giovedì 30 gennaio 2025

Presidenza del presidente LISEI

indi del vice presidente CIANCITTO

indi del presidente LISEI

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

## **I N D I C E**

### **Sulla pubblicità dei lavori**

**PRESIDENTE:**

- LISEI (*FdI*), *senatore*

### **Audizione di rappresentanti dell'ISS (Istituto superiore di sanità)**

**PRESIDENTE:**

- LISEI (*FdI*), *senatore*

**PRESIDENTE:**

CIANCITTO (*FDI*), *deputato*

BAGNAI (*LEGA*), *deputato*

CIANCITTO (*FDI*), *deputato*

COLUCCI Alfonso (*M5S*), *deputato*

PAITA (*IV-C-RE*), *senatrice*

*BELLANTONE Rocco*

*PALAMARA Anna Teresa*

*PEZZOTTI Patrizio*

### **Sui lavori della Commissione**

**PRESIDENTE:**

- LISEI (*FdI*), *senatore*

CIANCITTO (*FDI*), *deputato*

COLUCCI Alfonso (*M5S*), *deputato*

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

*Sigle dei Gruppi parlamentari del Senato della Repubblica:* Civici d'Italia-Noi Moderati (UDC-Coraggio Italia-Noi con l'Italia-Italia al Centro)-MAIE: Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-Il Centro-Renew Europe: IV-C-RE; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-PATT, Campobase): Aut (SVP-PATT, Cb); Misto: Misto; Misto-ALLEANZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS; Misto-Azione-Renew Europe: Misto-Az-RE.

*Sigle dei Gruppi parlamentari della Camera dei deputati:* FRATELLI D'ITALIA: FDI; PARTITO DEMOCRATICO - ITALIA DEMOCRATICA E PROGRESSISTA: PD-IDP; LEGA - SALVINI PREMIER: LEGA; MOVIMENTO 5 STELLE: M5S; FORZA ITALIA - BERLUSCONI PRESIDENTE - PPE: FI-PPE; AZIONE-POPOLARI EUROPEISTI RIFORMATORI-RENEW EUROPE: AZ-PER-RE; ALLEANZA VERDI E SINISTRA: AVS; ITALIA VIVA-IL CENTRO-RENEW EUROPE: IV-C-RE; NOI MODERATI (NOI CON L'ITALIA, CORAGGIO ITALIA, UDC, ITALIA AL CENTRO)-MAIE: NM(N-C-U-I)-M; MISTO: MISTO; MISTO-MINORANZE LINGUISTICHE: MISTO-MIN.LING.; MISTO-+EUROPA: MISTO-+EUROPA.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

*Interviene, per l'ISS (Istituto superiore di sanità), il presidente Rocco Bellantone, accompagnato dal direttore del Dipartimento di malattie infettive Anna Teresa Palamara, e dal direttore del Reparto epidemiologia, biostatistica e modelli matematici del Dipartimento malattie infettive Patrizio Pezzotti.*

**Presidenza del presidente LISEI**

*I lavori hanno inizio alle ore 8,25.*

*(Si approva il processo verbale della seduta precedente).*

**SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI**

PRESIDENTE. Comunico che della seduta odierna verranno redatti e pubblicati il Resoconto stenografico e il Resoconto sommario e che la pubblicità dell'audizione sarà assicurata anche mediante trasmissione della stessa sul circuito audiovisivo interno e sulla *web TV* della Camera.

Tale trasmissione potrà essere interrotta, anche solo temporaneamente, ove le circostanze lo richiedano. Ove ne emerga la necessità, l'audizione potrà inoltre essere in tutto o in parte secretata; in tal

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

caso, il resoconto stenografico verrà comunque redatto e conservato in regime di segretezza.

**PROCEDURE INFORMATIVE**

**Audizione di rappresentanti dell'ISS (Istituto superiore di sanità)**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dei rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità, ai quali rivolgo un saluto.

Ringrazio il presidente dell'Istituto superiore di sanità, Rocco Bellantone, oggi accompagnato dal direttore del Dipartimento di malattie infettive, Anna Teresa Palamara, e dal direttore del Reparto epidemiologia, biostatistica e modelli matematici del Dipartimento malattie infettive, Patrizio Pezzotti. Saranno sentiti in forma di libera audizione nell'ambito del ciclo di acquisizione dei dati epidemiologici.

Vi ringrazio, a nome di tutti i commissari, per il lavoro che ha svolto e svolge tuttora l'ISS. Avrete ovviamente la possibilità di fare un'illustrazione e poi i commissari che intenderanno farlo vi rivolgeranno delle domande.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Ci tengo a fare due doverose precisazioni: il Presidente dell'ISS attuale, che abbiamo chiamato in audizione in quanto rappresentante dell'Istituto, non era presidente al tempo della pandemia, quindi molte delle dinamiche che hanno avuto luogo in quel periodo le ha conosciute solo successivamente. Quindi, non potrà chiaramente riferire rispetto a particolari fatti di quel periodo, motivo per il quale è venuto accompagnato dalla professoressa Palamara, che è il direttore del Dipartimento di malattie infettive dell'Istituto.

L'altra precisazione è che tutti i commissari hanno la possibilità di chiedere i dati. Chiaramente non sono dotati ancora di intelligenza artificiale, né hanno tutti i dati in mano, quindi eventuali richieste di dati che non rientrano nella presentazione e che non sono attualmente in possesso dell'ISS possono essere richiesti o inviati successivamente.

Ringrazio anche il dottor Patrizio Pezzotti, che è il direttore del Reparto di epidemiologia, biostatistica e modelli matematici del Dipartimento malattie infettive.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Cedo la parola al dottor Bellantone per una breve introduzione e poi a chi dei direttori vuole illustrare il documento che ci hanno portato.

*BELLANTONE.* Signor Presidente, ringrazio tutti i Commissari. Sarò brevissimo, proprio perché, pur essendo qui a rappresentare l'Istituto, sono stato nominato commissario straordinario nel settembre 2023 e presidente nel gennaio 2024, per cui non ho conoscenza diretta di quanto è di vostro interesse. Peraltro, la mia formazione di chirurgo toglie anche abbastanza competenza alle materie che state trattando.

Per darvi un quadro quanto più preciso e attendibile mi son fatto accompagnare dalla professoressa Palamara e dal dottor Pezzotti. Abbiamo pensato di stilare un documento che vi abbiamo inviato ieri in serata. Spero vi sia arrivato. Adesso la professoressa Palamara presenterà delle *slide* relative a quanto noi immaginiamo possa essere di vostro interesse. Siamo a vostra disposizione per rispondere, sia in maniera immediata, sia dilazionata, alle vostre domande.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

**PALAMARA.** Signor Presidente, ringrazio il Presidente dell'Istituto superiore di sanità per la sua presentazione.

Innanzitutto, mi permetta di dire due parole del mio *background*. Io sono medico e professore di microbiologia all'università e ho fatto questo mestiere fin dall'inizio della mia carriera, che ho svolto prima a «Tor Vergata» poi all'Università di Napoli «Federico II» e infine alla «Sapienza» di Roma. Ho deciso di fare il concorso per il direttore di Dipartimento di malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità nel giugno 2021. Quindi, sono direttore dal giugno 2021, ma essendo professore di microbiologia alla «Sapienza» sono stata molto vicina a tutte le attività svolte fin dall'inizio della pandemia, soprattutto nelle fasi iniziali più concitate, quando si mettevano a punto i test. Parlerò quindi in questa funzione.

Che cosa abbiamo cercato di trattare nella relazione che presenteremo oggi e che abbiamo preparato insieme al dottor Pezzotti? Innanzitutto, parleremo del ruolo dell'Istituto nel corso della pandemia e della sorveglianza del virus prima del 27 febbraio 2020 e dopo. Perché il 27 febbraio? Il 27 febbraio è stato un po' uno spartiacque, perché è la data in cui



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

è stata resa disponibile la piattaforma informatica realizzata dai tecnici dell'Istituto per la raccolta informatica dei dati. Parleremo di tutte le caratteristiche di questa sorveglianza, del ruolo nelle varie fasi dell'epidemia, dell'impatto nella vaccinazione e poi delle attività di sequenziamento, quelle che ci permettono di vedere le varianti. Infine, volgeremo uno sguardo al futuro, cioè a cosa pensiamo di fare nel prossimo futuro di questa sorveglianza.

Cos'è l'Istituto penso lo sappiate tutti, ma mi piace ricordare che è stato fondato nel 1934 per la lotta alla malaria ed è stato presente in tutte le situazioni di crisi del Paese. Io parlo soprattutto di malattie infettive, perché è la cosa che mi appassiona da una vita, ma dall'Istituto è passata la lotta alla poliomielite, così come la prima fabbrica pubblica di penicillina; diciamo che c'è un'esperienza consolidata. L'Istituto superiore di sanità è inoltre un organo di ricerca tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale che collabora col Ministero e tutte le altre istituzioni.

Cosa ha fatto l'Istituto nel corso della pandemia? Come vedete, nella relazione abbiamo dettagliato molti aspetti, ma non troppo al fine di renderla

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

sintetica. Avremo cura di farlo in una pubblicazione a cui stiamo cercando di lavorare, in cui saranno illustrate proprio nel dettaglio tutte le attività del percorso. Ci siamo occupati di sorveglianza epidemiologica e microbiologica, del monitoraggio del rischio epidemico. Abbiamo svolto varie consulenze tecnico-scientifiche per il Ministero e per tutti coloro che erano coinvolti nella gestione della pandemia. Si è fatta ricerca, c'è stata anche un'attività istituzionale di controllo, per esempio per l'autorizzazione in deroga delle mascherine. Si è curata la comunicazione agli organi di stampa, la disseminazione scientifica e sono state fatte tante pubblicazioni scientifiche. Insomma, penso che tutti i dipartimenti dell'Istituto si siano messi a disposizione.

L'Istituto ha avuto anche rapporti con altri enti e autorità sanitarie e non sanitarie in genere: le Regioni, il Ministero della salute, il Comitato tecnico-scientifico. L'allora Presidente dell'Istituto era infatti membro del comitato tecnico-scientifico e ha collaborato con l'*European center for disease prevention and control* (ECDC) e con l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) per trasmettere i dati, sempre su delega del Ministero

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

della salute. Ha avuto anche collaborazioni con altri istituti scientifici, come la Fondazione Bruno Kessler, l'Accademia nazionale dei Lincei e l'Istituto nazionale di fisica nucleare. Nella relazione troverete i dettagli di queste collaborazioni.

Cosa ha fatto il Dipartimento in tutto ciò? Il Dipartimento di malattie infettive segue tutte le malattie infettive: l'AIDS, le infezioni sessualmente trasmesse, le epatiti, l'antimicrobico-resistenza (AMR), eccetera. Abbiamo un reparto che segue specificamente le infezioni respiratorie, il reparto delle malattie prevenibili da vaccino, e il reparto di epidemiologia e biostatistica, il cui direttore è il dottor Pezzotti che è qui presente

Le attività di cui vi parleremo oggi nello specifico sono quelle svolte in ambito di sorveglianza dal nostro Dipartimento. Questa che vedete nella *slide* è la sorveglianza integrata Covid ad oggi: la sorveglianza è iniziata nel 2020 ed è ancora oggi attiva. È iniziata in questa forma esattamente il 27 febbraio, perché prima aveva un'altra forma che vi illustrerà bene il dottor Pezzotti.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Come potete vedere da questa diapositiva, che sembra un po' complicata, ma non lo è, a sinistra c'è la sorveglianza epidemiologica, cioè la conta del numero dei casi, che veniva comunicato e viene tutt'oggi comunicato dalle Regioni; quindi c'è una raccolta regionale che poi viene caricata sulla piattaforma dell'Istituto. Questa sorveglianza epidemiologica comunica i dati anche all'ECDC (*European center for disease prevention and control*), che è il Centro europeo di controllo malattie infettive, come richiesto, e all'Organizzazione mondiale della sanità, questo su delega del Ministero, perché è il nostro compito istituzionale.

Dopo l'introduzione dei vaccini e quindi data la possibilità all'Istituto di accedere ai dati dell'anagrafe vaccinale, è partita anche la stima dell'efficacia vaccinale. Abbiamo avuto la possibilità di contare i casi dei soggetti vaccinati e non vaccinati, ma questo è avvenuto successivamente, dopo l'introduzione dei vaccini.

Quello che invece vedete sulla destra della *slide* è la cosiddetta sorveglianza microbiologica, che è stata suddivisa in due fasi. In una prima fase, quella in cui non c'era la disponibilità di test commerciali, si è dovuto

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

mettere a punto, in Italia come in tutto il mondo, un sistema diagnostico diffuso. In quella fase c'è stata grande collaborazione tra l'Istituto e tutti i laboratori più importanti di microbiologia nel Paese, perché OMS ed ECDC, come vi mostrerò tra un attimo, soprattutto OMS, avevano diffuso delle metodiche sulla base di dati ricevuti dalla Cina di sequenziamento del virus e su quella base si doveva mettere a punto un test che viene definito *homemade*, cioè fatto in casa: un test denominato PCR, che è la reazione a catena della polimerasi, che doveva essere confermato in istituto, perché come succede tutte le volte che c'è un patogeno e circola qualcosa di nuovo, le diagnosi fatte nei laboratori periferici, almeno all'inizio, devono avere una conferma presso il laboratorio di riferimento nazionale. Questa è una prassi consolidata.

Questa fase di messa a punto del sistema diagnostico è durata più o meno fino a marzo (poi vi fornirò le date esatte). Quando poi si sono diffusi i test commerciali e tutti i laboratori hanno cominciato autonomamente a fare questo lavoro di *testing*, a poco a poco è stata sospesa l'attività di conferma e questo stesso sistema, la rete dei laboratori, è stato usato - come vedete -

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

per la sorveglianza delle varianti, che è un grande valore che abbiamo acquisito col Covid, che a mio parere andrebbe tenuto molto stretto, perché l'Italia è l'unico Paese, insieme a pochissimi altri, che ha una piattaforma unica nazionale per il controllo delle varianti virali, che oggi usiamo per il SARS-CoV-2, ma che speriamo di usare per l'influenza e per altri patogeni come quelli resistenti agli antimicrobici. È una piattaforma centralizzata, per cui se domani sparisse la piattaforma internazionale, l'Italia avrebbe una piattaforma centralizzata per la raccolta delle sequenze di SARS-CoV-2.

Questa piattaforma, che raccoglie dati da tutti i laboratori (ve la mostrerò meglio alla fine della presentazione se avrete pazienza), carica direttamente i dati sulla piattaforma GISAID (*Global initiative on sharing all influenza data*), che è una piattaforma internazionale in cui tutti i ricercatori autonomamente caricano dati. Naturalmente quando le piattaforme sono libere e *online* hanno un certo livello di controllo, ma, a nostro parere, è molto utile avere una piattaforma italiana per i dati genomici.

Tutto quello che vi ho descritto è stato pubblicato settimanalmente in bollettini epidemiologici e delle varianti, che all'inizio venivano fatti

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

separatamente, poi siamo riusciti a fare un unico bollettino, anche per semplificare la vita a quelli che dovevano leggere. Nel frattempo è stato messo a punto, non dal mio Dipartimento, ma dal Centro nazionale per la sicurezza delle acque, un sistema di monitoraggio delle acque reflue, che colleziona dati da molti depuratori in tutte le regioni italiane. Questo sistema, che inizialmente era stato finanziato, adesso è attivo su base volontaria: anche questo è un importante valore aggiunto. Naturalmente quello delle acque reflue è un ottimo sistema di monitoraggio dei patogeni, che a mio parere va collegato ad un sistema di monitoraggio clinico di quello che effettivamente avviene.

Nella *slide* è riportata la descrizione data per data, che trovate nella relazione, per cui non voglio dedicarvi molto tempo, per lasciare più spazio al dottor Pezzotti. Come vedete, però, se andiamo ad osservare le date, perché sono importanti, noi siamo partiti dal 5 gennaio 2020, quando l'OMS ha lanciato la prima allerta dalla Cina di 44 casi di malattia respiratoria umana ad eziologia non nota. Quindi, partiamo dal 5 gennaio 2020, poi il dottor Pezzotti vi mostrerà anche quello che è avvenuto un po' prima del

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

2020. Il 9 gennaio, il CDC cinese (*Centers for disease control and prevention*) notifica che probabilmente si tratta di un Coronavirus e mette a disposizione delle sequenze.

Voglio ricordare un dato, che non viene ricordato tanto spesso: nel 2003 c'era stato il SARS-CoV-1, il primo SARS-CoV. All'inizio della pandemia, io la vivevo da professore universitario, tutti noi ragionavamo con l'esperienza di quel SARS-CoV, che dava immediatamente sintomi gravi di polmonite e anche per questo si era riusciti a contenerlo con una certa facilità. Adesso possiamo dire che ciò avvenne anche perché l'infezione si manifestava precocemente con una polmonite e non si osservava una elevata trasmissione del virus prima della comparsa dei sintomi. Quindi noi ragionavamo e ci confrontavamo - quando dico noi intendo virologi e infettivologi - sulla base di quella esperienza. Quando il 22 gennaio c'è stato il primo comunicato stampa a livello internazionale da parte dell'OMS, in cui si dava la prima conferma della trasmissione interumana di SARS-CoV-2, documentata attraverso i test molecolari (hanno diffuso i protocolli per i test molecolari), l'ECDC considerava ancora basso il rischio di trasmissione



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

secondaria. A livello nazionale, nella stessa data, esce la circolare del Ministero della salute con l'indicazione ai principali laboratori; quindi noi diffondiamo, attraverso il Ministero della salute, le metodiche per fare il test, viene nominato il laboratorio nazionale di riferimento e in quella fase gli esperti dell'Istituto del laboratorio nazionale di riferimento, al telefono, via mail, via WhatsApp e con tutti i mezzi disponibili comunicano giornalmente e continuativamente con i laboratori italiani per mettere a punto il test. Il 23 gennaio 2020 la commissione internazionale ai sensi del Regolamento sanitario internazionale diffonde questa allerta, ma dobbiamo arrivare al 30 gennaio per avere la dichiarazione d'emergenza da parte dell'OMS. Arriviamo al 30 gennaio. Il 22 febbraio sono poi stati istituiti i laboratori nazionali.

Quindi, noi ci siamo mossi; uso il “noi” anche se allora io non c'ero, ma ho seguito da vicino questo lavoro. Insomma, sono uscite tutte queste circolari del Ministero che, passo passo, hanno seguito l'evoluzione degli eventi. Penso che voi le abbiate e non c'è bisogno che ve le descriva. Qui riporto di nuovo queste date, che secondo me sono importanti: 22 gennaio,

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

circolare ministeriale che costituisce l'istituzione del laboratorio nazionale di riferimento; l'attività di conferma per alcune Regioni è durata fino al 1° marzo 2020, perché per alcune Regioni, le più virtuose, si era documentata una concordanza di diagnosi tra quello che trovavano loro e la conferma del laboratorio del 98 per cento. Quindi, si è giudicato non conveniente continuare l'attività di conferma, perché molti laboratori avevano già acquisito competenza. Il 20 marzo questa attività di conferma è stata sospesa per tutti.

Voglio ricordare che per l'attività di conferma arrivavano migliaia di campioni in istituto di giorno, di notte, di sabato e di domenica. Personalmente voglio ringraziare il personale dell'Istituto che in quel momento si è messo a disposizione, lavorando fino a notte fonda e pagandosi anche il taxi per tornare a casa. Non hanno avuto un euro di riconoscimento per il lavoro straordinario svolto e neanche un encomio personale per quello che hanno fatto. Non è una critica all'Istituto, lo dico per mettere in evidenza lo spirito di servizio che ha animato queste persone, non solo quelle che hanno eseguito i test, ma anche tutto il personale di contorno:

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

l'amministrazione, i portieri, chi si occupava della logistica, chi dell'epidemiologia, eccetera. Lo sottolineo perché io non c'ero, quindi non mi sto autoincensando.

Passerei ora la parola al dottor Pezzotti, perché possa descrivere com'è avvenuta la sorveglianza prima del 27 febbraio, quando si stava svolgendo l'attività di conferma, quindi con le curve, e poi dopo il 27 febbraio.

*PEZZOTTI.* Signor Presidente, anch'io vorrei rapidamente presentarmi, soltanto per precisare quale sia il mio *background*. Ho una laurea in statistica, quindi nel caso parlerò un linguaggio che potrebbe essere un po' più tecnico e quantitativo, ma sono disposto a venire incontro alle vostre richieste di chiarimento, laddove necessario.

Lavoro presso l'Istituto superiore di sanità dal 1988, essendo arrivato giovanissimo. Sin dall'inizio ho lavorato nel reparto di epidemiologia malattie infettive; il mio primo lavoro è stato quello di analisi dei dati del Registro AIDS. Molti di voi probabilmente si ricorderanno che una delle prime emergenze del secolo scorso in Italia, almeno recenti, è stata quella

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

della diffusione del virus dell'HIV, che ha caratteristiche completamente diverse: ha un tempo di incubazione lunghissimo, anche di anni, e quindi ha una fase silente e dei meccanismi di trasmissibilità molto diversi rispetto a quelli del SARS-CoV-2 o di molti altri virus respiratori.

La prima precisazione che vorrei fare è che questa attività, nell'ambito dell'epidemiologia malattie infettive dell'Istituto, la svolgiamo da sempre. Adesso si parla molto sui giornali dei casi registrati in Repubblica Democratica del Congo e sembra che improvvisamente ci attiviamo, ma vorrei precisare che queste attività vengono fatte da quarant'anni, anche chiaramente in supporto del Ministero della salute. Ogni volta che c'è una comunicazione di flussi internazionali o della presenza di un nuovo virus, un nuovo patogeno o il sospetto di qualcosa che non è chiaro e ci sembra formare un raggruppamento di casi, c'è sempre un'attivazione internazionale che poi, chiaramente, giunge a livello nazionale. Questa attività viene svolta continuamente. Nell'ambito del reparto che gestisco, noi coordiniamo circa dieci sorveglianze speciali, come previsto da un decreto del 2017, che riguardano l'antibiotico-resistenza, riguardano il morbillo, la legionella e

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

chiaramente l'influenza. L'influenza è sicuramente uno dei virus che si conosce di più, perché se ne parla ogni settimana; c'è anche un bollettino Influnet di cui qualcuno di voi avrà sentito parlare.

Quindi, sono attività che erano già in corso e che probabilmente erano poco note ai *media* prima dell'emergenza Covid-19. L'argomento delle malattie infettive, dopo il contrasto all'AIDS, era diventato sicuramente molto meno sentito dai *media* e quindi meno portato alla conoscenza. Io ero presente, al contrario della professoressa Palamara e del presidente Bellantone, sin dal primo momento; ricordo ancora che le prime telefonate sui casi in Cina sono avvenute tra di noi colleghi addirittura a fine dicembre e abbiamo fatto una prima riunione interna, chiamiamola una *task force* interna che è stata creata in quei giorni, per capire cosa stava accadendo. Ripeto: ci attiviamo ogni volta, è la norma.

La prima domanda che ci siamo posti è stata come avremmo potuto monitorare quel nuovo virus. Essendo un virus respiratorio, la prima idea è stata quella di collegarsi alla sorveglianza dei casi gravi di influenza, che esiste - mi sembra - da prima del 2005 o qualcosa del genere se ricordo bene.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Abbiamo pertanto immediatamente modificato la piattaforma informatica, che fortunatamente è gestita dall'Istituto e non da una società privata in cui si richiedono gare. Questo è un aspetto sul quale bisognerebbe fare una riflessione in generale, cioè su come sia importante utilizzare strutture interne anche per gestire nuove emergenze. Quindi, abbiamo immediatamente adattato questa piattaforma e poi attraverso circolari, che sono quelle che - mi sembra ve lo abbia già fatto vedere la dottoressa Palamara - ci permettono di avere un rapporto con le Regioni e consentire loro di attivarsi. Abbiamo attivato questo sistema.

Come vedete, questi sono i dati prima della sorveglianza integrata Covid, che fanno parte della sorveglianza dei casi gravi sospetti che abbiamo adattato dal sistema di sorveglianza di casi gravi di influenza per il SARS-CoV-2. Abbiamo cercato tutti i casi gravi che avevano sintomi respiratori e quadri che potevano indicare l'eventuale presenza del SARS-CoV-2 in Italia. Ci siamo posti questo problema, cioè che il virus potesse non essere solo in Cina, ma già circolante in Italia. Allora abbiamo individuato i casi gravi,

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

perché si parlava di questa polmonite. Sapevamo poco dei casi meno gravi dalle notizie che venivano dalla Cina e abbiamo fatto questo controllo.

In quella fase abbiamo raccolto dati da tutte le Regioni: su 234 casi, gli unici trovati sono i tre quadratini arancioni che vedete nella *slide*, che mostrano come due fossero i casi cinesi che vi ricorderete e l'altro era il caso dell'italiano rientrato da Wuhan. In tutti gli altri casi, effettuando il test molecolare, quello che poi è stato utilizzato e che era già un sistema abbastanza accurato, non è stato identificato nessun altro caso precocemente. Tutto cambia il 20 febbraio, quando viene identificato un caso senza nessuna relazione diretta con persone in rientro dalla Cina: un ragazzo di trentotto anni, che in realtà aveva già sviluppato sintomi dal 10 febbraio.

Quali sono le domande che ci siamo posti sin dall'inizio? Questo è un processo che seguiamo al di là della Commissione di inchiesta parlamentare. È tradizione, nell'ambito della scienza delle malattie infettive, fare quelle che vengono chiamate *after action review*. Vorrei sottolineare che il nostro dipartimento è uno dei punti di riferimento a livello europeo per l'ECDC (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie) per queste

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

*after action review*. Successivamente alla pandemia da Covid, abbiamo pubblicato un documento, completamente redatto dal nostro dipartimento, in cui ci siamo posti il problema se potevamo identificare prima il virus, perché il nostro obiettivo non è giudicare o fare una valutazione di eventuale colpevolezza, ma capire se ci sono procedure che avrebbero potuto portarci ad identificare il più precocemente possibile casi di una futura pandemia e ci aiutino ridefinire le strategie di sorveglianza. Questa è una valutazione che abbiamo fatto successivamente.

Come saprete, poi sono usciti diversi lavori non solo in Italia, ma anche in altri Paesi, quali Spagna, Stati Uniti, Francia. Questi mostrati nella *slide* sono i lavori fatti in Italia, compreso un lavoro fatto da un gruppo dell'Istituto superiore di sanità che si occupa della sorveglianza delle acque reflue: in vecchi campioni disponibili, sia clinici che di acque reflue, questo gruppo ha identificato che c'era già una circolazione del virus. In alcuni casi la circolazione del virus c'era già da novembre-dicembre 2019.

In risposta alla domanda perché non siamo riusciti a identificarlo, non abbiamo spiegazioni complessive, ma descrivo quello che abbiamo visto e



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

che potrebbero aiutare a capire meglio. In primo luogo, noi abbiamo cercato nel nostro sistema solo i casi gravi e non i casi che avevano una sintomatologia influenzale molto lieve, come quella che colpisce molti di noi. Questo perché chiaramente non c'era un test standardizzato, un test commerciale e la capacità di *testing* era ancora molto limitata. Vi ricordo che anche l'Inghilterra, che per molti di noi a livello internazionale è un riferimento importantissimo in sanità pubblica, ancora a marzo aveva grandissime difficoltà ad effettuare tantissimi test diagnostici. C'è stata una grandissima polemica in Inghilterra, perché loro sin dall'inizio avevano detto che avrebbero offerto 100.000 test al giorno e non ci sono arrivati se non ad aprile. Quindi, c'era questo problema: non l'abbiamo identificato noi, ma non l'ha identificato neanche la Francia, neanche la Spagna, neanche gli Stati Uniti. Nessuno ha identificato questi casi; anzi, alla fine siamo stati i primi, ritornando al punto iniziale, almeno a livello di identificazione precoce di trasmissione locale.

Vi è poi un punto di riflessione futura, quello relativo ai costi per la sorveglianza e non per la cura. In Italia tutti i direttori generali delle strutture

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

sanitarie danno indicazioni chiare che i test che hanno un costo e tutti i dispositivi medici devono essere utilizzati solo se portano a un miglioramento del paziente. Effettuare un esame che non è un beneficio per un paziente non serve. Purtroppo per quasi tutti i virus - non sono un medico e potrei dire una cosa in parte inesatta - la regola è più o meno questa: difficilmente vi è un farmaco a disposizione che permetta immediatamente di effettuare una cura. Quindi, tutti i direttori generali, chiaramente per contenere la spesa, che è uno degli aspetti da considerare, invitano i laboratori, soprattutto i medici che fanno le prescrizioni, perché i laboratori sono quelli che le eseguono, ad effettuare solo gli esami previsti. Nel caso del Covid non era comunque a disposizione un test facile da effettuare, perché non era disponibile.

Esco un attimo dal seminato e faccio l'esempio dei casi di Dengue scoppiati l'estate scorsa a Fano. Problema di valutazione successiva: il Ministero ha mandato un gruppo di persone a valutare il problema, se non ricordo male a fine ottobre, e uno dei problemi fu che avevano sospettato che c'era la Dengue, alcuni avevano detto facciamo un esame per la Dengue. In

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

realità, l'ospedale ha detto no; non avendo queste persone una storia di rientro da quei posti, non possiamo farlo perché ha un costo. Quindi, hanno aspettato ancora qualche giorno e alla fine sono riusciti a farlo. Dopo di che sono usciti fuori i casi.

Questo è un problema sul quale l'Italia dovrebbe investire, cioè sul fare una sorveglianza. Chiaramente è un'attività di prevenzione che ha dei costi e sulla quale bisognerebbe fare un investimento, perché potrebbe darci un grande beneficio sia di salute che economico. Scusate se entro in questa questione, ma credo che possa essere utile come riflessione per tutti, non solo per questa specifica inchiesta.

Quali sono gli altri modi per vedere se circolava il virus? Qui vi presento due analisi. So che avete incontrato anche l'Istat e forse anche loro vi hanno presentato le stesse analisi. I primi grafici a sinistra della *slide* sono il risultato di uno studio. In Italia, sempre coordinato dal Ministero della salute, c'è un sistema di sorveglianza che monitora la mortalità giornaliera, basato su oltre 30 Province italiane. Questa sorveglianza riceve immediatamente i dati di mortalità generale, a prescindere dalla causa, e

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

monitora se il *trend* è in linea con quanto atteso per evidenziare eventuali eccessi di mortalità. Questo sistema è nato soprattutto in relazione alle ondate di calore estivo, per capire quale potesse esserne l'impatto. È stato utilizzato in quei giorni dai colleghi della Regione Lazio: come vedete nella *slide*, la linea tratteggiata era l'atteso, mentre la parte rosa è l'incertezza statistica sull'atteso. Vedete che, in realtà, l'eccesso statisticamente significativo di morte nelle città delle regioni del Nord si verifica solo a cavallo tra fine febbraio e inizio marzo; quindi il virus circolava, ma forse, fortunatamente, circolava nelle popolazioni giovani e non aveva prodotto un impatto grave sulla salute. Invece, dall'altra parte, per quanto riguarda il Centro-Sud, il *lockdown* ha chiaramente prodotto un beneficio, perché si è riusciti a contenere rapidamente il contagio prima che potesse fare enormi danni.

Per quanto concerne l'andamento, le curve a destra sono quelle dell'Istat; non so se vi sono state presentate, ma sono il primo rapporto congiunto che abbiamo fatto. Ci siamo attivati immediatamente con l'Istat a fine febbraio per fare con loro una valutazione dell'impatto sulla mortalità generale di questo virus, di cui effettivamente non sapevamo neanche bene

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

quale fosse il quadro clinico e quali potessero essere le modalità di un eventuale decesso. Quindi, la classificazione del decesso Covid, sul quale si è discusso molto, non era così facile. Ancora oggi si sa - sicuramente per l'influenza è ipernoto - che tante persone contraggono il virus dell'influenza, poi passa l'influenza e la settimana dopo muoiono d'infarto, perché probabilmente tutto il sistema complesso di funzionamento del corpo umano viene ad essere messo in discussione.

Comunque, dai dati dell'Istat emerge che anche nelle zone del Nord (la curva a destra nella *slide*) fino al 20 febbraio non vi era un aumento rispetto alle stagioni precedenti: la linea orizzontale ci dice quello che non era un eccesso di mortalità; il cambiamento avviene soltanto tra fine febbraio e inizio marzo. Quindi, anche qui non abbiamo avuto segnali che potessero permetterci di identificare prima la questione.

Altra analisi: questi che vi mostro nella *slide* sono i dati dei ricoveri ospedalieri, non so se qualcuno li conosce: si chiamano schede di dimissione ospedaliera (SDO). A seguire vi è un'analisi che abbiamo effettuato, in accordo con il Ministero; la curva in alto a sinistra indica il *trend* storico

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

delle polmoniti di varia origine, mentre quelle verdi sono le polmoniti classificate come virali. L'andamento non mostra niente di nuovo fino alla linea tratteggiata, non osserviamo niente di particolare. Le polmoniti virali iniziano ad aumentare proprio quando sono state identificate a Codogno e a Lodi.

Nell'analisi fatta per le province lombarde, che sappiamo essere quelle più colpite, l'andamento è molto analogo. Quindi, ritornando al punto, a noi non risulta che il nostro sistema non abbia funzionato come avrebbe dovuto; il sistema aveva i suoi difetti che erano principalmente legati alla capacità diagnostica e al fatto che comunque avremmo dovuto fare test dappertutto che non erano disponibili. È chiaro che se avessimo identificato prima il virus, questo avrebbe avuto un grande beneficio per tutti. Ricordo ancora che siamo stati il primo Paese che lo ha identificato; successivamente, altri Paesi si sono trovati in situazioni analoghe e alla fine ci hanno anche ringraziato di aver fatto queste cose.

Altro punto è perché l'Istituto ha fatto la sorveglianza integrata, cioè perché c'è stata un'ordinanza che ha identificato l'Istituto in questo ruolo? I

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

motivi sono quelli che vi dicevo prima: noi abbiamo il ruolo di coordinare da sempre i sistemi di sorveglianza speciale di malattie infettive. Facciamo ancora la sorveglianza dei casi di HIV e di AIDS e la sorveglianza di tutte le forme simil-influenzali di cui tornerà a parlare la professoressa Palamara, la legionella, il morbillo, la rosolia e così via. Vi sono poi gli arbovirus, che sono malattie trasmesse da vettori: quindi ci occupiamo da molti anni di Dengue, di West Nile, di malaria, malattie di cui fino a quindici anni fa non si parlava, nonché malattie batteriche invasive, quali le meningiti e altre ancora. Questo è il primo motivo.

Il secondo motivo è che noi abbiamo attivato immediatamente, in accordo col Ministero, la sorveglianza, adattando quella dei casi gravi di influenza ai possibili casi gravi da SARS-CoV-2. Altro elemento sostanziale è che l'Istituto ha una grande flessibilità operativa: questo ha permesso - lo ricordo perché purtroppo vi ho partecipato e non ho dormito per quarantotto ore - di creare la piattaforma informatica, con altri colleghi del mio reparto e un gruppo di informatici dell'Istituto che di solito si dedicano alla parte amministrativa della gestione dei sistemi informatici. Questo è stato

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

possibile; se ci fossimo affidati a processi di altro tipo, chissà quando avremmo creato questa piattaforma. Questo è un ulteriore elemento sul quale serve fare una riflessione per il futuro sull'importanza di avere una struttura centrale che abbia queste capacità.

Come funziona questa sorveglianza integrata? Vorrei precisare alcuni aspetti, prima di tutto qual è la definizione di caso che abbiamo adottato. Abbiamo adottato la definizione di caso basata sulla conferma microbiologica; era ormai il 27 febbraio ed era chiaro che tante persone avevano sintomi, ma questi sintomi erano “aspecifici” da un punto di vista clinico, cioè potevano essere confusi tranquillamente con altre forme di influenza legate ad altri patogeni. Quindi, era sostanziale avere una definizione di caso, confermata da un esame microbiologico. Quello che abbiamo fatto noi in realtà non è niente di più di quello che hanno fatto gli Stati Uniti, l'Inghilterra e un po' tutti i Paesi del mondo.

Anche qui mi ricordo tante polemiche, perché abbiamo preso anche i casi non sintomatici; l'idea era di segnalare tutti i casi, anche quelli senza segni clinici, che potevano essere asintomatici. Il motivo all'inizio era che



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

non avevamo ancora un'idea di come controllare, come ha detto la professoressa Palamara, la diffusione; è chiaro che ci sono tante strategie, non esiste solo il *lockdown*, ma esiste, per esempio, il *contact tracing* e altre procedure che possono essere meno invasive dal punto di vista sociale, cui saremmo stati assolutamente favorevoli. Per questo siamo partiti con questo sistema di sorveglianza. L'idea era quella di intervenire, una volta trovato un caso asintomatico, cercando i casi intorno a lui e chiedere loro di isolarsi e vedere se sviluppavano la malattia, così riducendo la trasmissibilità. Purtroppo, come abbiamo visto, questo virus si trasmise a un ritmo nella fase pre-sintomatica molto elevato e non ci siamo riusciti; vi farò anche vedere perché non è possibile fare questa attività in queste situazioni.

Per altri agenti patogeni noi suggeriamo continuamente il *contact tracing* e anche su questo l'Istituto superiore di sanità con l'ECDC è stato promotore di un documento sul *contact tracing* per il SARS-CoV-2, redatto proprio dal nostro dipartimento. Questa è un'altra cosa che bisogna ricordare e non pensare che noi eravamo per adottare decisioni senza una attenta

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

riflessione. Questo vale anche per la vita personale: adottare simili decisioni non è per niente semplice.

Quindi, noi avevamo due flussi di dati: il flusso che derivava dalla sorveglianza integrata di cui all'ordinanza del 27 febbraio, n.640, che è un flusso di dati individuali. C'è una persona che fa la diagnosi e su quella noi raccogliamo i dati: ogni record di questo *database* contiene le informazioni di quella persona. Però abbiamo capito subito - adesso vi spiegherò perché - che era abbastanza problematico avere solo quel flusso; quindi, d'accordo con il Ministero, è stato fatto un flusso dei dati aggregati, che è quello che avete conosciuto un po' tutti, perché era quello che veniva mostrato dalla Protezione civile. C'era un flusso verso cui mandavano i dati tutte le Regioni: ogni giorno mandavano un foglio Excel in cui segnalavano i dati pervenuti da tutti i laboratori autorizzati dalla Regione, con il numero dei casi, i decessi e così via. Quello lo ricordate perché lo avete visto, però in realtà i dati erano sempre gli stessi di quelli del flusso individuale. Un flusso era in forma aggregata e l'altro era in forma individuale.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Perché abbiamo fatto questo? Il motivo è molto semplice: i dati che venivano gestiti da Ministero della salute e dalla Protezione civile erano più tempestivi, ma erano informazioni poco dettagliate- se vi ricordate - su cui c'erano anche polemiche, perché non c'era il dettaglio dei casi suddivisi per genere; chiaramente questo era impossibile, anche perché i laboratori mandavano dei *report* esclusivamente comunicando il numero dei casi e non potevano suddividerli per genere; avevano tantissime cose fare e non potevano dedicarsi a questo, anche perché molto spesso loro ricevevano i tamponi dalle ASL e non c'erano neanche indicazioni, perché per motivi di *privacy* molto spesso questo materiale si deve muovere su codici anonimi.

Uno degli elementi critici era dato da questo problema: i dati aggregati che arrivavano ogni giorno erano legati alla notifica, non erano dati basati sulla data di inizio sintomi o sulla data di diagnosi; quindi erano posticipati nel tempo e ci davano un'immagine ritardata e a volte abbastanza anomala. Vi ricordate che il lunedì accadeva spesso che i casi sembravano aumentati di molto, poi si scopriva che c'era tutto il cumulo del venerdì, del sabato e della domenica.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Quanto al sistema da noi gestito, perché è meno tempestivo e quali sono i problemi che andiamo a riscontrare? Faccio una disamina di questi problemi. Vi erano i famosi dati che venivano mostrati dalla Protezione civile; poi vi era il sistema basato sui dati individuali, che era abbastanza complesso. Noi avevamo delle persone che avevano sintomi simil-influenzali e contattavano il medico; il medico, sulla base della sua anamnesi, decideva se era il caso di fare o meno il test e quindi contattava la ASL. C'era tutto un sistema che cambiava poi da Regione a Regione, ognuno si è organizzato a vario modo. C'era quindi uno scambio di informazioni tra la popolazione e i servizi sanitari e appena possibile veniva fatto il tampone; molti di voi ricorderanno - qualcuno purtroppo ci sarà passato - che potevano passare giorni prima che uno potesse fare il tampone. All'inizio le procedure prevedevano che qualcuno venisse a casa, poi si è passati ad altri sistemi che potevano aiutare. Però questa era la modalità utilizzata durante la prima ondata.

Sottolineo quello che ha detto la professoressa Palamara: nella diapositiva che stiamo proiettando potete vedere due linee tratteggiate dai

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

laboratori regionali di riferimento verso l'Istituto, che rappresentano il famoso concetto della conferma di positività, perché c'era anche questa complicazione. Fortunatamente - lo ripeto ancora - i primi 5.000 campioni hanno dato una concordanza elevatissima: anzi, rispetto alla professoressa Palamara vorrei precisare che per alcuni dei campioni che non hanno concordato c'era soltanto un problema di qualità del campione che era arrivato, nel senso che in realtà non è che non avessero confermato la positività, ma non erano valutabili perché sono arrivati rovinati, rotti o mancava del materiale. Seguendo quindi le indicazioni delle Regioni, stavamo spendendo una quantità di soldi enorme e c'era un processo molto più lento e macchinoso, per cui tutti quanti abbiamo concordato su quell'interruzione, chiaramente in accordo con tutte le regioni e con il Ministero e tutte le strutture politiche sottostanti. È stata emanata una circolare, ma anche questo era abbastanza in linea con quello che vedevano tutti gli altri Paesi, cioè i *test* molecolari che venivano offerti erano abbastanza appropriati per una diagnosi a livello regionale senza una ulteriore conferma a livello centrale.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Una delle poche cose su cui si discuteva non era tanto la qualità della metodica, quanto il modo in cui veniva effettuato il tampone nasale, perché chiaramente, se veniva fatto solo nella parte più esterna delle fosse nasali, poteva non dare un risultato positivo; sono stati fatti corsi di formazione anche dall'Istituto per far vedere ai medici e agli operatori come effettuare quel tampone.

Questo è quello che ha mostrato prima la professoressa Palamara. Da quel sistema siamo arrivati ora a uno ancora più complesso, che ha alcuni aspetti molto utili, su cui alla fine discuteremo con la professoressa Palamara, ed altri che forse dovremmo rivedere e sospendere. Abbiamo già fatto una proposta al Ministero della salute al riguardo. La sorveglianza integrata Covid-19 è infatti ancora obbligatoria per legge: siamo obbligati noi ad effettuarla e le Regioni a realizzarla, con costi molto elevati, mentre altri Paesi l'hanno già sospesa ormai da più di un anno (poi ne citeremo alcuni) e utilizzano un sistema basato su una sorveglianza sentinella che coinvolge medici di medicina generale, alcuni laboratori e alcuni centri

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

clinici per identificare i virus circolanti. Ne avrete sicuramente sentito parlare.

Cos'è stato raccolto? Le informazioni raccolte sono anagrafiche e questa è un altro aspetto del quale si discute: è chiaro che dal punto di vista della *privacy* i sistemi di sorveglianza sono molto invasivi e potenzialmente rischiosi, però purtroppo per fare una sorveglianza fatta bene abbiamo necessità di informazioni anagrafiche (come si chiama una persona, possibilmente il suo codice fiscale e il suo codice identificativo), perché le segnalazioni possono ripetersi. Abbiamo avuto cioè tanti casi di persone che hanno ripetuto il *test* in più centri: noi dobbiamo contare le persone, non possiamo contare solo i *test* ed è pertanto necessario avere queste informazioni.

Abbiamo richiesto informazioni sul Comune di domicilio e di residenza, perché la diffusione geografica e spaziale è un elemento molto utile per decidere le misure da intraprendere. Se il contagio è localizzato in un posto, facciamo lì la zona rossa: ricordo con estrema preoccupazione l'idea di prevedere un'iniziale zona rossa soltanto a Codogno e dintorni. Ero

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

presente a Milano, in rappresentanza dell'Istituto, il 21 e il 22 febbraio, quando è stata decisa la zona rossa, e sono stato io a dover tracciare il cerchietto intorno a quell'area, perché i casi erano principalmente localizzati lì. Ho dovuto prendere lo Xanax per diversi giorni per affrontare una decisione così complessa, sulla quale c'erano tantissime incertezze, con riferimento a quello avrebbe potuto essere l'impatto reale, perché ci muovevamo in un quadro molto difficile e non avevamo tanti dati. Alla fine, certe decisioni sono state giuste, però c'era molta incertezza e quindi non erano facili da prendere.

Come potete vedere, queste sono le informazioni che abbiamo principalmente raccolto. Tengo a precisare alcuni punti: all'inizio, abbiamo tentato di raccogliere informazioni sulle caratteristiche professionali per capire se c'era un'esposizione maggiore in particolari luoghi di lavoro; sono informazioni che poi nel tempo sono andate scemando, perché nelle prime fasi sono state d'aiuto, ma alla fine abbiamo visto che il virus aveva una capacità di diffusione talmente elevata che non era facile da prevedere. Per altre patologie infettive, invece, questi elementi possono aiutare: se parlo



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

della legionella e scopro che tutti gli operai di una fabbrica si infettano, è chiaro che c'è una fonte. Questo purtroppo è invece un virus respiratorio e va dappertutto.

Abbiamo cercato di raccogliere le informazioni sullo stato clinico dei pazienti in maniera dinamica, chiedendo ai centri di aggiornarci se un paziente peggiorava o migliorava. Un altro elemento che avevamo richiesto era riferito ai fattori di rischio di sviluppare una malattia grave: sin dall'inizio ci eravamo infatti posti questo problema, che era già noto per altri virus respiratori, ossia che le persone con alcune patologie di base correavano un rischio maggiore di sviluppare una forma grave della malattia, che potesse avere conseguenze peggiori. Questo dato però è stato difficile da raccogliere e le Regioni di fatto non l'hanno quasi mai fatto, perché presupponeva l'incrocio con i sistemi amministrativi sanitari, in cui sono riportate le esenzioni e tutti i quadri clinici, ma anche perché richiedeva un lavoro che, se fatto in anamnesi, è estremamente dettagliato e che era impossibile fare con tanti pazienti.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Vorrei precisare un altro aspetto del quale si è discusso: la responsabilità della correttezza dei dati che abbiamo ricevuto era esclusivamente a carico delle Regioni, come avviene per tutti i flussi informativi. Le Regioni sono tenute a garantire la qualità di qualsiasi flusso informativo, per l'organizzazione sanitaria che abbiamo in Italia, in cui la gestione dei flussi è delegata proprio alle Regioni ed è un ambito in cui hanno completa autonomia. Quello che abbiamo fatto è stato verificare tale qualità, ove possibile, per cercare di migliorarla. Vi mostreremo ora quello che abbiamo fatto con grande fatica. Il nostro non era un sistema di controllo, ma solo un tentativo di miglioramento, che è quello che facciamo continuamente anche in altri ambiti.

Veniamo un momento ai dati, perché credo sia anche utile ripartire dai numeri di oggi. Nella parte alta del grafico abbiamo la figura delle diagnosi che ci sono state inviate: ribadisco anche in questo caso che non sappiamo se alcune Regioni possano aver fatto diagnosi che non ci hanno mai inviato; sapete che c'è stata anche un'indagine alla procura di Palermo per quanto riguarda la Regione Sicilia nel febbraio-marzo 2021, se non ricordo male,

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

proprio legata all'invio dei dati. Ne vedete l'andamento, mentre sotto abbiamo riportato gli eventi gravi (i ricoveri ordinari, i ricoveri in terapia intensiva e i decessi: anche in questo caso, si tratta di quelli che ci sono stati segnalati).

Cosa si nota in particolare? Descrivo anche altri elementi presenti nella *slide* che state osservando: ci sono alcune linee tratteggiate, le prime delle quali indicano il momento di inizio e fine del *lockdown* nazionale; poi ne abbiamo una terza arancione, che è l'inizio delle zone a colori, con il decreto di novembre, che imponeva di assumere alcune restrizioni sulla base dell'andamento epidemiologico stimato; poi c'è un'altra linea, che è a cavallo della fine del 2020, che indica l'inizio della campagna vaccinale. C'è anche la linea riferita all'aprile del 2022 che segna la fine dell'emergenza; lo sfondo è colorato e indica i diversi virus (cioè le varianti).

Dall'inizio della pandemia fino al principio del 2021 parliamo di un virus che non muta più di tanto; poi c'è un cambiamento con la variante alfa, poi delta, in seguito omicron, dove c'è quel grandissimo picco di casi che arriva a 1,2 milioni di diagnosi in un giorno in Italia; poi vi sono tutti i vari

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

colori della omicron con tutti i suoi “sottolignaggi”, come vengono chiamati; infine, c’è un altro elemento importante, la linea tratteggiata finale, che indica la linea di affidabilità: sappiamo cioè che a quella data - questa grafica è stata fatta ad inizio 2025 - quei dati erano ancora incompleti, perché le Regioni possono mandare dati incompleti, come ora vi mostrerò (per data di diagnosi o per data di evento).

La prima cosa che possiamo notare sono alcuni difetti, che abbiamo registrato noi, ma sono comuni a tutti i sistemi di sorveglianza di qualsiasi Paese: nel grafico di sopra, la scala è molto diversa, ma arriviamo a un picco di circa 30.000 diagnosi giornaliere a inizio marzo, 18.000 persone ospedalizzate nello stesso periodo, un picco massimo di circa 6.000 decessi e quasi 2.000 persone ricoverate in terapia intensiva. Questo ci dice che nella prima fase il nostro sistema era poco sensibile, ma chiaramente era un limite strutturale e non potevamo fare altro, perché le indicazioni erano quelle, ed era al massimo della potenza della capacità diagnostica che avevamo. Successivamente, la fase *post-lockdown* ha fatto scendere le curve. Se volessimo fare una riflessione sul perché queste curve sugli eventi siano

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

calate più lentamente, ribadisco che quella presa in considerazione è la data della diagnosi, non la data dell'infezione, che invece - come ora vi mostrerò - risale a quindici-venti giorni prima.

Non sapendo se ci sono aspetti particolari su cui vi volete soffermare, ho riportato anche una tabellina molto semplice, con i numeri per anno sui dati principali; sono figure che sono state spesso riportate nei nostri bollettini. Qui c'è un riassunto storico, ma sono facilmente disponibili ulteriori dettagli, se li volete.

Ritorniamo alle questioni che ci poniamo continuamente per qualsiasi sistema di sorveglianza, non solo per il Covid: quando mettiamo su un sistema di sorveglianza, ci dobbiamo proporre di valutare otto elementi, in cui ho identificato quelli che forse sono i più importanti nell'ambito del Covid; ribadisco infatti che la rappresentatività è dal punto di vista della popolazione; non è una sorveglianza sentinella, che include solo alcune Regioni, ma purtroppo ha coinvolto tutta la popolazione. Quindi riteniamo che questi otto elementi possano essere rappresentativi.

Quanto alla raccolta dei dati, questa era semplice, perché non

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

chiedevamo tante informazioni: era più complessa la gestione dei dati e su questo non abbiamo potuto fare molto. La flessibilità è un elemento strettamente legato alle Regioni, ossia al modo in cui le Regioni hanno organizzato internamente la raccolta dei dati. Gli elementi principali, quelli che per noi hanno dato un forte impatto, sono sensibilità, valore predittivo positivo, completezza e congruenza dei dati e tempestività.

Partendo dalla sensibilità, abbiamo già parlato di quella del test e abbiamo visto come questi fossero abbastanza accurati; quindi non c'è stato altro problema che quello relativo all'offerta dei test stessi. Dal punto di vista della diagnosi nelle persone poco sintomatiche, nella prima fase la sensibilità sicuramente è stata molto bassa. Ci siamo poi interrogati su un argomento spesso ripreso dai giornali, che ricorderete, ossia il famoso discorso dei decessi “per Covid” o “con Covid”, elemento che io stesso, come chiunque lavori nel campo, ritengo difficile da analizzare. Tutti saremmo stati contenti di avere un quadro clinico ben definito, tale per cui, una volta preso il Covid, si sapeva che si sarebbe morti in una certa maniera e con determinati sintomi. Purtroppo tutto ciò che è virale comporta situazioni molto complesse: con un

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

quadro tipico della polmonite di quel tipo è abbastanza facile avere un quadro clinico abbastanza specifico, però non sappiamo mai se il paziente possa sviluppare una miocardite legata al virus, altre patologie o uno scombussolamento del sistema metabolico e di determinati valori, ad esempio la glicemia. Questa è una questione che i clinici continuamente studiano.

Quello che abbiamo fatto in quest'analisi, quando sono stati resi disponibili i dati dei certificati di morte dell'Istat, è stato un confronto con i nostri decessi riportati come Covid (sostanzialmente i decessi per Covid). Confrontando i dati delle cause di morte dell'Istat, in cui era stato riportato come causa iniziale il Covid (da medici certificatori che avevano redatto un atto amministrativo formale con valore legale), è emersa una sovrapposizione quasi totale nel tempo a livello nazionale, come potete vedere dalla linea blu e dalla linea rossa nella diapositiva. La linea verde rappresenta invece quelli che potremmo definire decessi sia perché con Covid: l'Istat li ha riportati perché il medico segnalatore indicava il Covid non come causa iniziale, ma come una delle altre cause. C'è qualcosa in più:

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

non lo abbiamo rilevato, perché abbiamo indicato i decessi con Covid e vedete come emerge una buona sovrapposizione.

Faccio una precisazione, perché abbiamo pubblicato questi dati, che sono a vostra disposizione, com'è nostra prassi fare, in cui questa bellissima sovrapposizione a livello regionale non ha funzionato sempre così bene. Ci sono state due o tre Regioni che ci hanno comunicato meno decessi Covid rispetto a quanti risultavano nei certificati; parliamo in questo caso di pochissime differenze, ossia, se non ricordo male, di circa 80.000 decessi riportati nel periodo, con una differenza forse di non più di un migliaio. Abbiamo quindi fatto anche un'analisi per le Regioni per segnalare questo problema.

Un altro grosso problema nell'ambito dello studio di un'epidemia è la tempestività: l'obiettivo di tutti i giornali era quello di avere dati più tempestivi e accurati; noi eravamo i primi a volere questo, però sin dai primi giorni abbiamo pubblicato sul sito EpiCentro dell'Istituto superiore di sanità - che è una sezione del sito dedicata all'informazione per gli operatori sanitari - il flusso dei dati (quello che vedete sulla parte destra della *slide*),



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

che era difficilmente comprimibile.

Partiamo dal momento in cui una persona si infettava: perché si sospettasse il contagio, nella gran parte dei casi la persona doveva sviluppare sintomi, a meno che non faceva parte di un *cluster* familiare. Questo avveniva normalmente tra i cinque e i quattordici giorni (quasi sempre vicino ai cinque giorni, però c'era questa possibile coda). Quando la persona sviluppava i sintomi e si sentiva poco bene, all'inizio pensava di avere solo un po' di mal di gola, che poi sarebbe passato, ma il giorno dopo sviluppava la febbre. A quel punto forse chiamava il medico, quindi c'era un tempo di latenza, da quando sviluppava i sintomi al momento in cui chiamava il medico; prima che anche il medico si attivasse e prescrivesse il test c'era un ulteriore tempo di latenza. Mi ricordo che nel Lazio, all'inizio della mia presentazione, ho descritto un tempo di latenza di due o tre giorni, ma è capitato che sia andato a trovare persone dopo che erano morte. Vi sono stati casi abbastanza particolari.

C'è poi il tempo che passava dal momento del prelievo del tampone all'invio in laboratorio e al relativo esame. Ricordo che all'inizio molto

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

spesso non erano disponibili i materiali per effettuare il test, mentre il personale era sempre disponibile; successivamente la Regione doveva raccogliere queste informazioni specifiche e inviarcele. Quindi, il tempo dall'infezione poteva variare da un minimo di quindici a un massimo di venticinque giorni. L'immagine che avevamo era comunque sfalsata nel tempo e questo per noi era molto chiaro, ma probabilmente non era molto chiaro ai *media*, né forse alla Protezione civile che non aveva particolare esperienza quando li comunicava. Però a noi era abbastanza chiaro.

Cosa abbiamo fatto per gestire questo problema? Intanto nei nostri grafici trovate sempre una linea tratteggiata che segnala di prestare attenzione al fatto che i relativi dati sono incompleti. Vi sono poi elementi di statistica: abbiamo studiato l'andamento del ritardo storico dei dati e sulla base di quello abbiamo reimputato i dati: facevamo cioè un aggiustamento per ritardo di notifica. Per esempio, il grafico di destra dà il margine d'errore che calcolavamo: se prendevamo i dati completi solo al 10 per cento, facevamo un errore pure molto grande; abbiamo visto che già arrivando al 50-60 per cento di completezza, avevamo stime dei parametri di

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

trasmissibilità abbastanza affidabili. Vedete quindi che fornivamo un dato aggiornato con circa una settimana di ritardo, perché se avessimo dovuto attendere quello quasi completo, avremmo dovuto aspettare quindici giorni per fornirlo. Questo è quello che abbiamo tentato di fare. Chiaramente, queste sono complicazioni di statistica che nella comunicazione creano problemi e non sono facili da comunicare, perché sono tecnicismi. Come al solito, lo abbiamo pubblicato su una rivista scientifica, e validato dal punto di vista della metodica.

Cosa abbiamo fatto invece sulla questione della qualità dei dati? Sin dall'inizio abbiamo fatto *report* automatici settimanali che inviavamo alle Regioni: come abbiamo detto, non avevamo assolutamente intenzione di modificare alcun dato. Quelli che inviavano le Regioni avevano valore legale: li ricevevamo, ci preoccupavano solo di capire che la trasmissione avvenisse correttamente e questo è stato sistemato abbastanza rapidamente). Inviavamo *report* automatici (quello che potete vedere è una specie di bollettino che mandavamo ogni sabato, sempre fuori dall'orario di lavoro). Tengo a precisare che siamo un ente di ricerca per cui sarebbero previste

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

trentasei ore di lavoro a settimana e non avremmo nemmeno la possibilità di fare straordinari, né di conservare le ferie (questo è un argomento molto divertente). *(Commenti)*. Si è parlato molto delle persone che lavoravano negli ospedali, che ringrazio ancora per la disponibilità, ma ci sono state attività amministrative e di ricerca che hanno portato via molto tempo. Di queste cose non parliamo.

Come potete vedere, facevamo continuamente un confronto tra varie sezioni, per vedere se erano allineati sia il flusso dei dati aggregati sia quello dei dati individuali, per segnalare alle Regioni se c'era qualcosa di strano; andavamo a vedere la completezza almeno sulle variabili principali (se erano stati compilati i dati relativi a sesso e altre caratteristiche), controllavamo se i codici fiscali erano formalmente corretti rispetto ai nomi che ricevevamo e così via; cercavamo eventuali incongruenze, perché ricevendo migliaia di dati al giorno, si poteva riscontrare che una persona aveva avuto la diagnosi il 20 maggio del 2021, ma risultava morta il 12 giugno 2020. Poteva capitare, quindi continuamente controllavamo: si tratta di errori che partono da qualcuno che inizialmente digitalizza e poi non vengono corretti fino a

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

quando arrivano. Sono stati commessi errori formali, quindi continuavamo a fare questo controllo settimanalmente. Ormai parliamo di quasi cinque anni di sistema che va avanti in questa maniera, con un costo anche molto elevato dal punto di vista dell'impegno delle persone.

Vi è ancora un elemento sul quale occorre fare una riflessione per il nostro futuro: abbiamo a che fare con ventuno Regioni e Province autonome, ognuna delle quali ha una propria modalità organizzativa e una capacità diversa: parliamo di Regioni che vanno da 100.000 a 10 milioni di abitanti, quindi è chiaro che le modalità sono diverse. Questo non è stato facile: devo ringraziare i miei colleghi, perché in molti casi con alcune Regioni, in sofferenza nell'invio dei dati, ci siamo resi disponibili addirittura ad andare lì in presenza a supportarle dal punto di vista tecnico, ove possibile.

Come abbiamo reso disponibili i dati? Principalmente con infografiche giornaliere, rapporti settimanali e *dashboard*: abbiamo fatto un accordo poi con l'Istituto nazionale di fisica nucleare (INFN) per una *dashboard* gestita da loro. Abbiamo anche realizzato i cosiddetti *open data*: aggregavamo alcuni dati in maniera abbastanza semplice e li rendevamo

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

disponibili *online* per chiunque volesse utilizzarli. Anche su questo c'è stata tanta polemica giornalistica, ma alla fine magari ci scriveva giusto un singolo ricercatore chiedendo perché non potesse avere dati individuali di tutta l'Italia, perché voleva fare un modello applicato. Chiaramente noi ci attenevamo alle norme sulla gestione della *privacy*. Personalmente ho avuto un contatto continuo e giornaliero con il *data protection officer* (DPO) del nostro ufficio e con gli uffici del Garante per la protezione dei dati personali a sua volta su come gestire questi dati, con piena disponibilità da parte nostra.

Devo dire anche che molto spesso da parte di molti scienziati che non si occupavano di questi argomenti c'è stata un'idea, che definirei un po' *naïf*, tale per cui, se i dati li avessero letti loro, avrebbero improvvisamente visto qualcosa che noi non vedevamo. Abbiamo dato comunque piena disponibilità a parlare con loro. Abbiamo avuto particolari contatti con alcune istituzioni pubbliche: su questo abbiamo fatto lavori ben specifici, che sono stati di collaborazione con loro. Rispetto alle stime dell'Istat sull'eccesso di mortalità sapete già, perché li avete auditi.

Una cosa che non abbiamo riportato è che all'inizio abbiamo fatto

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

anche un lavoro modellistico con la Banca d'Italia su come poter definire strategie per fare in modo che l'impatto economico fosse più limitato possibile. Anche questo poi è stato pubblicato. Principalmente gli argomenti sono questi, poi ribadisco che gli altri li vedete nelle diapositive.

Abbiamo lavorato anche con istituzioni internazionali, quali l'European centre for disease prevention and control (ECDC) e l'Organizzazione mondiale della sanità e abbiamo iniziato a fornire i dati, come previsto dal loro sistema.

C'era poi la possibilità di dare più dati? Sì, a partire da agosto 2020, facendo seguito a un'ulteriore ordinanza del Dipartimento della Protezione civile, abbiamo anche realizzato un sistema per valutare se, dietro specifiche richieste, oltre agli *open data* potevamo dare dati più dettagliati. Questo è stato fatto: c'era un *form* che veniva compilato dal nostro *data protection officer* sulla base della richiesta che era stata fatta e dell'obiettivo. Quasi tutte queste richieste sono state evase: abbiamo dato disponibilità e non siamo mai arrivati a dare dati individuali, perché non era possibile, però abbiamo dato i dati più dettagliati, seguendo regole che limitassero l'impatto sulla *privacy*.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Le uniche che non abbiamo evaso in realtà erano quelle in cui ci si chiedevano dati che non erano a nostra disposizione, ad esempio relativamente a tutti i tamponi negativi effettuati. L'Istituto non ha mai raccolto in questa sorveglianza i tamponi negativi e le caratteristiche delle persone negative; questo è rimasto sempre a livello regionale, perché ripeto che il nostro doveva essere un sistema semplice e accettabile da parte della Regione. Richiedere anche tutti i tamponi negativi, da un punto di vista etico, era sicuramente abbastanza discutibile. Dal mio punto di vista scientifico, sarebbe stato interessante fare analisi su quello, però non si è mai ritenuto di doverli richiedere.

Nella seconda fase, rispetto a cosa fare dopo la prima ondata e le riaperture, in realtà questo è un argomento che abbiamo studiato prima con i modellisti matematici, per capire che scenari si prospettavano: tutti gli scenari, non solo italiani, ma anche internazionali, sulla base dei contatti tra le persone dopo la riapertura avevano di fatto identificato la probabile seconda ondata del virus all'inizio dell'autunno seguente. I motivi erano diversi: durante l'estate le persone vivono di più all'aria aperta e comunque



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

era ancora una fase *post lockdown* in cui le persone erano molto caute. È stato quindi redatto un documento, su iniziativa dal Ministero della salute con il nostro supporto, che proponeva modalità e strategie di risposta più misurata per evitare *lockdown* totali sulla base dell'andamento epidemico.

Anche in questo caso c'è stata molta polemica; ricorderete le famose battute del tipo “non ce n'è di coviddi in Sicilia”, o del famoso professore del San Raffaele di Milano, di cui ora non ricordo il nome, che diceva che il virus si era indebolito. Insomma, c'erano varie persone che suggerivano questo, ma quello che sapevamo dalle nostre stime, poi confermate dall'Istat, era che in realtà le persone che si erano realmente infettate, anche se non ne avevamo diagnosticate molte, erano sicuramente inferiori al 5 per cento, quindi c'era ancora quasi tutta la popolazione suscettibile. L'Istat poi aveva fatto un'indagine di prevalenza, che non so se avete discusso in occasione della presentazione dei loro rappresentanti in audizione. L'Istat era stato incaricato di coordinare un'indagine di prevalenza, andando a prendere i campioni dalle persone, e aveva trovato addirittura meno del 3 per cento delle persone che avevano sviluppato gli anticorpi. Quindi c'era questo

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

rischio.

Un altro aspetto era basato sui contatti: all'inizio dell'anno scolastico, non solo a scuola, è comune avere nuovi effetti stagionali, legati anche a questo meccanismo sociale. Con l'arrivo dell'autunno c'è un aumento dei contatti.

I dati e la sorveglianza sono stati l'elemento cardine del sistema di monitoraggio settimanale, che è partito da maggio 2020. Questa in realtà era una cosa un po' più complessa: c'erano dati della sorveglianza che venivano integrati con altre informazioni raccolte dalle Regioni, che ci fornivano il quadro soprattutto dell'impatto sui servizi sanitari e, attraverso un algoritmo definito all'interno del decreto del 30 aprile, si poteva definire una valutazione di rischio, a breve termine, di un forte impatto sui servizi sanitari.

Il monitoraggio partiva cioè con l'idea di non voler chiudere in assoluto, ma solo a fronte della certezza che in una certa Regione potesse accadere qualcosa che avrebbe avuto un impatto molto forte sui servizi. Come vedete, questo ha funzionato, sempre basandoci molto sui nostri dati. Mi è stato chiesto dal Presidente di andare più veloce, quindi sarò rapido,

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

però penso che le diapositive saranno messe a disposizione della Commissione.

PRESIDENTE. Le diapositive saranno messe a disposizione di tutti i commissari. Anche per favorire le domande, acceleriamo il più possibile, poi magari, a fronte di una singola domanda, si può tornare indietro.

PEZZOTTI. Ho portato anche altre diapositive.

PRESIDENTE. È stato molto esaustivo.

PEZZOTTI. Sono logorroico, signor Presidente, e me ne scuso.

Come vedete, il sistema basato principalmente sul sistema di monitoraggio settimanale ha funzionato abbastanza e ha mostrato sempre livelli di rischio abbastanza limitati fino a fine settembre. Poi, di colpo, c'è stata l'accelerazione che abbiamo osservato.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

È stato utile questo approccio? In realtà sì, almeno secondo una pubblicazione molto importante, apparsa sulla rivista prestigiosa «Nature Communications», in cui si è andati a vedere che le zone a colori abbiano permesso di trovare un equilibrio tra le misure di restrizione adottate e l'andamento epidemiologico che si osservava nella settimana precedente. Non mi soffermo sugli aspetti tecnici, ma è stato stimato che nel mese di novembre il 36 per cento di ospedalizzazioni sono state evitate proprio con questa strategia.

Ritorno al famoso discorso dell'impatto, che forse avete visto con l'Istat: qual è stato l'impatto in tutto il 2020? Come potete vedere nella diapositiva corrente (i pallini rossi che escono fuori dalla linea di riferimento), l'eccesso di mortalità si concentra sia nella fase febbraio-aprile 2020, sia in quella successiva tra ottobre e dicembre. L'andamento dei decessi Covid riportati nel nostro sistema e gli eccessi di mortalità si assomigliano molto. Questo riflette moltissimo quello che abbiamo osservato, a conferma che il nostro sistema funzionava abbastanza bene sulla raccolta dati dei decessi.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Passiamo al capitolo sorveglianza e stima dell'efficacia vaccinale.

BAGNAI (*LEGA*). Signor Presidente, vorrei intervenire sull'ordine dei lavori, anche se siamo in fase di audizione.

Non trovo che l'erogazione didattica dell'Istituto sia troppo prolissa o lenta, anzi apprezzo molto il livello di approfondimento; faccio notare però che, per esempio, di questo tipo di valutazioni abbiamo deciso che ci occuperemo in una seconda fase. Quindi, se ci fosse la disponibilità da parte dell'Istituto a svolgere un'altra audizione, forse sarebbe utile, visto che a mio giudizio, gli auditi odierni sono gli unici che hanno capito il senso di quello che a noi occorre. Poi lo argomenterò facendo le mie domande.

Sarebbe quindi molto importante tagliare qui la presentazione, al 2020, per poter fare le domande su questa prima fase. Poi, ove mai gli auditi lo desiderino, ma anche ove non lo desiderino, dati i poteri di questa Commissione, li riconvocheremo; sono sicuro però che lo desidereranno, quindi non ci sono questioni, se lei è d'accordo e se i colleghi sono d'accordo.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Propongo insomma di non affrontare questi ulteriori temi, che abbiamo deciso più o meno concordemente di affrontare in una seconda fase. È d'accordo Presidente? Ovviamente decide lei, quindi le chiedo se è d'accordo.

PRESIDENTE. Sintetizzo la richiesta del collega Bagnai, anche per chi non c'era: come Commissione, in questa fase ci siamo dati come *focus* l'analisi della prima fase della pandemia. Quindi, tutto il tema che riguarda il sistema delle vaccinazioni verrà affrontato in una seconda fase.

Il collega Bagnai sta quindi chiedendo se, visto che sarebbe tanto lunga, i rappresentanti dell'Istituto superiore di sanità sono disponibili a venire anche una seconda volta, facendo un *focus* specifico sulla seconda e terza ondata, dal momento delle vaccinazioni in poi. Il collega chiede dunque di interrompere la presentazione didattica o di limitarla soltanto a quello che può essere più utile alla prima fase, per passare subito alle domande, e poi chiamare di nuovo successivamente i rappresentanti dell'ISS, che hanno dato ampia disponibilità per questo, in una seconda fase, per affrontare il tema

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

delle vaccinazioni.

Chiedo anche agli altri commissari se sono d'accordo a passare alle domande su questo primo blocco di presentazione.

COLUCCI Alfonso (*M5S*). Signor Presidente, sarei d'accordo, se lo è anche lei, perché quest'audizione è talmente ricca di spunti che immagino possa essere estesa con pari ricchezza alle fasi successive. Quindi, approvo la proposta del collega Bagnai.

CIANCITTO (*FDI*). Per me va bene, signor Presidente, possiamo fermare qui la presentazione dell'audit.

PRESIDENTE. Passiamo alla fase delle domande anche su quello che è stato presentato sinora.

PALAMARA. Signor Presidente, siamo disponibili e vi ringraziamo per

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

l'opportunità, che ci dà modo di approfondire meglio. Visto che si parla anche della metodica della sorveglianza, chiederei solo se mi fosse possibile illustrare due aspetti finali solo sulla parte della sorveglianza.

PRESIDENTE. Certo.

*PALAMARA.* Adesso abbiamo un sistema di sorveglianza dei patogeni virali che si chiama RespiVirNet, che si propone di essere un metodo sentinella di sorveglianza. Quello che proponiamo e vogliamo è passare dalla sorveglianza dei casi individuali (quindi persona per persona, con tampone e registrazione del caso relativo) a una sorveglianza sentinella, che oggi è possibile per vari motivi, in primo luogo perché c'è l'esperienza dell'influenza, quindi la sorveglianza viene fatta da medici sul territorio e da pediatri di libera scelta, che mandano tamponi ai laboratori e dai laboratori all'Istituto.

La ricchezza di cui parlavo prima oggi però è costituita dalla rete di laboratori convenzionati con l'Istituto che sta in tutta Italia e che



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

settimanalmente raccoglie varianti. Ora, non so quanto l'Inghilterra spenda per la sorveglianza delle varianti, ma noi abbiamo messo su un sistema che monitora le varianti con una spesa contenuta, studiando la prevalenza, quindi ci siamo anche ingegnati per avere un costo contenuto. Questo sta su una piattaforma pubblica in Istituto, quindi il sistema è centralizzato: oggi funziona per le varianti virali che circolano adesso, ma vogliamo utilizzarlo per sorvegliare tutti i virus respiratori.

Non so chi di voi segua settimanalmente i nostri bollettini, ma quella che vedete è la torta che ci permette di vedere che oggi circola di più l'influenza, che il SARS-CoV-2 è abbastanza limitato e che il virus respiratorio sinciziale colpisce soprattutto i bambini. Speriamo di portare avanti questo sistema in modo continuativo grazie all'esperienza accumulata e alla collaborazione continua con i tecnici delle Regioni. È chiaro infatti che avere a che fare con ventuno Regioni è molto complicato, ma devo dire che se la collaborazione a livello tecnico si mantiene, possiamo avere un centro nazionale che coordina e raccoglie i dati ed è in grado di fornire informazioni tempestive.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Per questo motivo penso che sia molto importante avere un centro nazionale per la prevenzione, la cura e la ricerca sulle malattie infettive, ma ne parleremo ancora. Negli ultimi tre mesi abbiamo gestito allerte per oropouche, monckeypox, mycoplasma, legionella e febbre West Nile: queste sono le allerte che ci sono arrivate dalla fine dell'estate in poi, ma fortunatamente non c'è stato alcun seguito. Questo significa che il sistema funziona e noi vogliamo lavorare per continuare a garantirlo.

Vi ringrazio molto per l'attenzione.

*PEZZOTTI.* Signor Presidente, se posso aggiungere solo un elemento, chiaramente queste cose ci riguardano, nel senso che siamo bravissimi e vorrei fare i complimenti alla professoressa Palamara e a noi stessi, ma in un quadro che riguarda sia la Comunità europea sia gli Stati Uniti. Più o meno questo è il quadro della ricerca internazionale, quindi ci muoviamo in un ambito internazionale estremamente condiviso da gran parte dei Paesi del mondo e non è niente di particolarmente diverso da quello che si fa in altri Paesi.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

### **Presidenza del vice presidente CIANCITTO**

PRESIDENTE. Intanto ringrazio l'Istituto per il lavoro fatto oggi e per quello fatto durante la pandemia.

Mi dispiace quello che è stato detto oggi, ossia che tanto lavoro che è stato fatto dagli operatori dell'Istituto superiore di sanità non sia stato loro riconosciuto, com'è accaduto per tante altre figure sia del Servizio sanitario nazionale sia di altri settori. Premettendo che poi nel mio intervento dirò altro, intanto vi ringrazio per questo.

Lascio ora la parola all'onorevole Bagnai, che aveva chiesto di intervenire.

BAGNAI (LEGA). Signor Presidente, visto che il collega Borghi ha vincoli di tempo più stringenti dei miei, mentre io sono più libero, se è iscritto dopo di me, lo farei parlare prima.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

PRESIDENTE. Dopo di lei ci sono io, quindi se cede la parola a Borghi, poi parla dopo di me: va bene?

BAGNAI (*LEGA*). Allora teniamo tutto com'è, *quieta non muovere*; mi scusi, senatore Borghi, se inizio, altrimenti ci mettiamo in competizione.

Innanzitutto, vorrei ringraziare anch'io i tecnici dell'Istituto superiore di sanità. Nonostante la mia richiesta di attenerci a una parte del passato abbia avuto come risposta un discorso sul futuro, tutto il resto dell'audizione è stato però veramente centrato sulle nostre esigenze.

Apro e chiudo una parentesi per rispondere a una domanda che voi avete fatto circa l'audizione dell'Istat: l'Istat non ci ha parlato di nulla di tutto quello che ritenevate che ci avrebbe dovuto dire. L'Istat ci ha parlato di tassi di mortalità standardizzati, senza illustrarci la metodologia di standardizzazione; ci ha riportato i risultati di un *paper* molto interessante, fatto su un campione di 5.000 persone, che va benissimo.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Visto che voi avete parlato del vostro *background*, io vi parlo del mio: sono un docente universitario, abilitato da ordinario, ma purtroppo, prima del concorso, sono diventato Presidente di Commissione bicamerale. Sono entrato come ricercatore di economia matematica ed econometria e mi occupo di analisi delle serie storiche, in particolare di processi integrati: quindi stocastici, non ergodici, così almeno ci capiamo. Ho partecipato alla *peer review* come carnefice e come vittima. Almeno sappiamo su che piano ci possiamo relazionare.

Con questa premessa importante, perché siamo qui per portare avanti un discorso, avrei diverse curiosità. Innanzitutto, rispetto a cosa si poteva capire all'inizio, voi ci avete illustrato che esistevano due canali di creazione dei dati, che si differenziavano tra di loro per tempestività e accuratezza, il che è un *trade off* abbastanza normale: se non ho capito male, i dati del Ministero della salute erano più tempestivi e meno accurati; i vostri, che risentivano di un lavoro di pulizia statistica basato anche su una modellistica e su ulteriori verifiche, erano meno tempestivi, ma più accurati. Questo quindi ci permette di rivalutare un certo tipo di comunicazione fatta all'epoca.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Qui è stato detto più volte che non era stato facile identificare l'arrivo del virus a causa di carenze strutturali del meccanismo di rilevazione, perché ovviamente non si era pronti. È stato evocato anche il fatto che c'erano molte incertezze al tempo della decisione sulle zone rosse, per le quali si è dovuto prendere decisioni dolorose. In tutto ciò, quando abbiamo deciso le zone rosse in Italia (credo che Wuhan fosse già in *lockdown*), l'OMS vi ha aiutati in qualcosa? Qual è stato il ruolo dell'OMS intanto nel trasferirvi informazioni sulle esperienze altrui?

Quello che avete fatto - che apprezzo molto - è stato rivendicare l'eccellenza della ricerca italiana e dei vari sistemi che avete istituito, come la piattaforma di monitoraggio I-Co-Gen e anche quelle di cui si stava parlando adesso. Da tutto questo, però, sembra di capire che se non avessimo un eccellente Istituto superiore di sanità - e siamo molto contenti di averlo - dal resto del mondo tante informazioni non ci sarebbero arrivate. Non so se è chiaro il senso della domanda, perché questo è importante non solo per dare il giusto riconoscimento al vostro lavoro, ma anche per capire quali sono le relazioni internazionali.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Ad esempio, partendo dal saggio principio dell'ingegner Ferrari, secondo cui se una cosa non c'è, non si può rompere, abbiamo capito che i dati epidemiologici tuttora seguono due linee: una che va verso l'ECDC e una che va verso l'OMS; sostanzialmente, non c'è una gerarchia. Immaginerei un livello nazionale, un livello sovranazionale regionale, come si dice in economia, e il livello mondiale. Invece noi, come livello nazionale ci interfacciamo sia con il livello regionale, sia con il livello mondiale. Secondo me, in tutto questo, vi è il dubbio che si debba applicare un po' di rasoio di Occam. È chiaro il senso della domanda? Quali informazioni avete avuto voi dall'OMS che vi abbiano aiutato in queste decisioni dolorose, come capire che c'era un virus trasmissibile fra esseri umani e stabilire i *lockdown*? Questa è una prima curiosità: che tipo di scambio di informazioni c'è stato? Non so se sono stato chiaro.

Siccome siamo tutti figli delle nostre esperienze, voi avete avuto le vostre, ce le avete raccontate ed è stato molto utile anche per apprezzare umanamente il carico psicologico che avete avuto. Ho un amico che forse è sfortunato, ma a dicembre del 2019 è stato ricoverato a Roma con una

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

polmonite strana che nessuno capiva cosa fosse e se l'è cavata perché è più giovane di me. Forse, sul fatto che il virus circolasse qualche dubbio si poteva avere, ma magari era un caso. Come si faceva a capirlo? Il quadro che avete restituito non solo è centrato sulle nostre esigenze, ma è anche molto realistico. Allora, con lo stesso realismo, vi chiederei di spiegarci che ruolo ha avuto l'OMS nel coordinare o nell'informare il vostro lavoro in questa prima fase.

Avrei poi altre due curiosità puntuali che posso esprimere molto più rapidamente.

*PALAMARA.* Onorevole Bagnai, non è facile rispondere alla sua domanda, se non con le date ufficiali.

È vero che ci sono stati contatti personali tra colleghi; anche all'Università sentivo i colleghi, alcuni dei quali si trovavano in Cina e chiedevo loro che cosa stesse succedendo, cosa sapessero e cosa vedessero. Ci sono stati diversi contatti non ufficiali. Di ufficiale, invece, il 22 gennaio 2020 c'è stato il comunicato stampa dell'OMS che confermava la



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

trasmissione interumana di SARS-CoV-2, documentata attraverso l'utilizzo di test molecolari. Questo è avvenuto il 22 gennaio 2020. Lo stesso giorno l'ECDC ha considerato basso il rischio di trasmissione secondaria in Europa.

Se lei mi chiede un giudizio personale, da microbiologa, se l'ECDC abbia sbagliato a considerare basso il rischio di trasmissione interumana, posso risponderle nel seguente modo. Esistono degli algoritmi, che a me personalmente possono piacere o meno, che di solito vengono rispettati e sulla base dei quali si decide se il rischio è alto o basso. La prima allerta con cui il CDC cinese ha comunicato che la causa dell'infezione era il Coronavirus è del 9 gennaio 2020. A livello nazionale, lo stesso giorno in cui OMS e ECDC pubblicavano i loro documenti, è stato istituito il laboratorio di riferimento nazionale e, al nostro livello, sono cominciati i contatti con tutti i laboratori nazionali per la capacità diagnostica. Insisto sulla capacità diagnostica diffusa perché è il primo elemento sul territorio se si deve identificare un patogeno nuovo. Questo è quello che posso dire con date alla mano.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

I primi campioni identificati come positivi, degli oltre 5.000 campioni che sono iniziati ad arrivare all'Istituto (mi riferisco alla curva della sorveglianza prima del 27 febbraio, che vi ha mostrato il dottor Pezzotti nelle *slide*), sono stati quelli dei due pazienti cinesi. I due pazienti cinesi sono stati prontamente identificati da noi i primi di febbraio; il 6 febbraio c'è stato il paziente rientrato da Wuhan e il 20 febbraio è arrivato il campione di Mattia, il primo famosissimo caso di Codogno. Era stato ricoverato come caso grave; da noi è arrivato il 20 febbraio e la stessa notte è stato confermato.

Da parte del sistema Italia la risposta è stata pronta. A livello internazionale si poteva fare di più? Francamente mi è difficile rispondere, perché si ragionava anche con l'idea del primo SARS-CoV.

BAGNAI (*LEGA*). Questo lei lo ha detto e le sono molto grato, perché ci aiuta a contestualizzare. Anch'io stavo guardando la conta delle vittime e mi ero posto l'asticella dei 700, che erano stati quelli del primo SARS-CoV, prima di cominciare a preoccuparmi, banalmente da statistico artigianale.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Mi sembra però di capire che, mentre il dottor Pezzotti ha detto che altri Paesi ci hanno ringraziato per il nostro lavoro, noi non siamo invece in condizione di ringraziare l'OMS per il suo. Indipendentemente dal fatto che lo abbia fatto bene o male - questo è un po' il punto a cui volevo arrivare -, ci siamo dovuti attrezzare qui e dimostrare delle rilevanti capacità scientifiche su tutta una serie di cose, a partire dall'efficacia dei *lockdown* e dalla trasmissibilità della malattia.

Ricordo che a febbraio 2020 l'OMS insisteva sul fatto che questa malattia non si trasmetteva per via aerea. Mi ha molto colpito il dottor Pezzotti che, invece, ha detto *de plano* - e credo sia di evidenza comune - che è molto trasmissibile, perché si tratta di un virus delle vie respiratorie e, quindi, si trasmette per via aerea. Da lì nasceva l'esigenza di disinfettare le superfici e la sabbia delle spiagge. Vi ricordate queste cose? Che valutazione facevate, per esempio, del fatto di disinfettare la sabbia sulle spiagge? Siete un organo scientifico e quindi vi posso chiedere una valutazione scientifica. Ricorderete i noti episodi.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

*PEZZOTTI.* Vorrei fare una precisazione. La Cina all'inizio aveva l'evidenza di una trasmissione da contatto, per via aerea, con gli animali. All'inizio c'era forse il problema di capire se era una trasmissione interumana, che è quello che sta accadendo adesso con l'influenza aviaria. Sull'influenza aviaria abbiamo in questo momento un *outbreak* di casi (adesso ce n'è uno in Inghilterra), ma sempre da contatto diretto, perché si è toccato l'animale morto, o perché si è stati dentro un ambiente con tanti animali, con conseguente trasmissione aerea, aerosol e meccanismi a ciò legati. Credo che all'inizio questo fosse difficile da capire.

Penso che per molte cose stiamo cercando di trovare dei colpevoli, ma dobbiamo ricordare che ci siamo mossi in una fase di incertezza molto elevata, in cui la scienza aveva non risposte, ma opinioni. C'è chi aveva delle ipotesi, chi ne aveva altre. Ad esempio, vi dico con molta tranquillità che all'inizio, nella fase di gennaio, ero tra gli scettici, visto che per me era abbastanza inverosimile che ci potesse essere una trasmissione presintomatica, che era poco comune e che nell'esperienza del SARS-CoV non c'era. La mia era però un'opinione, basata sulla mia esperienza e sulle

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

mie conoscenze. Credo che questo sia stato il fattore che ha portato anche l'Istituzione internazionale a dover assumere posizioni complesse. Alla fine andava presa una posizione e, probabilmente, i tanti esperti hanno spinto verso una cosa, piuttosto che verso un'altra. Credo che in quei documenti sia scritto che ci si muoveva in una fase di incertezza molto elevata per tutti.

Ricordo a tutti che l'Inghilterra, che su questo terreno era un Paese estremamente organizzato (o almeno lo ritenevamo tale), alla fine, seguendo le sue linee anche in maniera meno formale con le istituzioni, ha avuto dei problemi. Ripeto che, a mio parere, su alcune cose ci siamo mossi con tanta incertezza ed è difficile definire in modo assoluto dove vi sia una responsabilità e dove non vi sia. Ricordo che in quei giorni tante persone di alto livello scientifico, sulla parte della trasmissione della malattia infettiva, hanno pensato prima delle cose, poi delle altre. Credo che quello sia l'elemento più complesso da gestire. Chiaramente non spetta a me capire, perché non avevo e non ho un rapporto diretto con l'OMS.

Vorrei precisare una cosa che lei ha detto. I dati che noi inviamo si muovono sullo stesso canale: di solito li inviamo all'ECDC che, poi, a sua

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

volta, in qualità di rappresentante europeo, li manda all'OMS. I dati sono gli stessi. Può capitare che a volte ci siano delle mancate trasmissioni, ma solo per motivi tecnici. Da quel punto di vista c'è perfetta omogeneità.

BAGNAI (*LEGA*). Dottor Pezzotti, incidentalmente la ringrazio per aver spiegato la differenza fra i dati derivanti dalla sorveglianza integrata e quelli derivanti dall'Istat, che è una cosa che avremmo voluto sapere dall'Istat. Alla fine, comunque, l'abbiamo saputa.

Il problema non è l'incertezza.

PRESIDENTE. Onorevole Bagnai, così creiamo un dialogo a due.

BAGNAI (*LEGA*). Posso fare un'altra domanda?

PRESIDENTE. Sì, ma credo volesse prima rispondere la professoressa Palamara alla domanda precedente.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

**PALAMARA.** Penso di aver già risposto.

**PRESIDENTE.** Prego, onorevole Bagnai.

**BAGNAI (LEGA).** Il 23 marzo 2020, in un'intervista al «The Telegraph», il professor Walter Ricciardi, di cui conoscete il ruolo e la persona, alla domanda sul perché ci siano così tante vittime in Italia, risponde: il modo in cui noi registriamo le morti nel nostro Paese è molto generoso, nel senso che tutte le persone che muoiono in ospedale con il Coronavirus sono registrate come se fossero morte per Coronavirus. Una rivalutazione fatta dall'Istituto nazionale di sanità ha appurato che solo il 12 per cento dei certificati di morte ha mostrato una causalità diretta dal Coronavirus, mentre l'88 per cento dei pazienti morti hanno almeno una comorbidità, altri ne hanno due o tre.

È avvenuta effettivamente questa rivalutazione in quella fase? Stiamo parlando del 23 marzo 2020, quindi suppongo della terza settimana di marzo. C'è stata una valutazione di questo tipo? Se ne conserva un'evidenza?

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

**PALAMARA.** Come ha detto prima il dottor Pezzotti, distinguere la mortalità con Covid e per Covid non è così semplice. L'Istituto ha fatto uno studio apposito in cui ha riesaminato tutte le cartelle cliniche delle persone decedute con Covid. Le cifre, così come dichiarate, a me non tornano. A memoria non le ricordo, ma vi daremo dati precisi.

Quello che si sta precisando con l'andare avanti dello studio dei dati e delle ricerche è che il virus entra molto bene anche nelle cellule dell'endotelio e, quindi, può dare disturbi cardiaci e della pressione e sintomi sistemici. Quindi, dire se quel cardiopatico...

**PRESIDENTE.** Professoressa Palamara, scusi se mi inserisco sulla domanda fatta dall'onorevole Bagnai.

Secondo me, sapere se la morte è stata per Covid o con Covid è importante non solo ai fini statistici (per capire cioè se è stato il Covid a causare la morte), ma anche per capire se determinate comorbidità (ossia altre patologie associate al Covid) potevano aggravare la patologia di quel singolo paziente, accelerarla, oppure bloccare la trasmissione del virus,



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

potendo così agire con meccanismi e protocolli differenti. Se si fosse stato a conoscenza del fatto che chi aveva delle malattie dell'apparato respiratorio e chi soffriva di enfisema polmonare era più soggetto al Covid e con conseguenze mortali, si sarebbe potuto difendere maggiormente quel tipo di popolazione.

Dai dati statistici e dalla loro accuratezza, come ha detto poc'anzi l'onorevole Bagnai, si possono ricavare dei dati scientifici importanti per consentire il contrasto alla diffusione del Covid e per produrre dei protocolli terapeutici differenti. Se, dalla cartella clinica, il paziente risulta morto con Covid o per Covid è molto differente. Si trattava anche di capire quali erano le patologie che più si associavano al Covid e determinavano la morte, così cambiando totalmente l'approccio che doveva essere assunto per contrastare il Covid.

Mi sono inserito per completare la domanda.

BAGNAI (*LEGA*). Signor Presidente, preciso il senso della mia domanda che è solo sapere se c'è stato o non c'è stato uno studio. (*Commenti*).

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

**PRESIDENTE.** Facciamo rispondere gli auditi.

**PEZZOTTI.** L'Istituto ha condotto uno studio, che non ho con me, ma che possiamo fornire, coordinato dal professor Graziano Onder, del Policlinico Agostino Gemelli. Lo studio è stato condotto all'interno dell'Istituto, con la collaborazione dei centri clinici che hanno inviato le cartelle cliniche. Lo studio è stato specifico. Sin dall'inizio c'era, da parte scientifica, la curiosità di capire come era il meccanismo. Se non ricordo male, alla fine è emerso che circa l'88-89 per cento dei casi sono stati classificati come morti per Covid. Questo dato è disponibile in un rapporto fatto dall'Istituto, che è stato anche adattato a una pubblicazione scientifica, che possiamo inviarvi.

**PALAMARA.** Sì, ve lo invieremo.

**PEZZOTTI.** Vorrei fare un'ultima considerazione, con riferimento a un dato (parlo da statistico e so che lei è un economista). Dalla curva si vede molto

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

chiaramente che quando vengono riportati i casi di Covid vi è un aumento importante nella mortalità generale. Quindi, l'impatto c'è; se fosse stata solo una morte con Covid, avremmo assistito a una curva piatta.

Mettiamo il caso di una persona di poco più di sessant'anni con una comorbidità e che si sente perfettamente sano; probabilmente, però, nella cartella clinica verrebbe classificata come persona con comorbidità. Ci sono tantissime evidenze scientifiche, non solo in Italia, da cui risulta che il fenomeno ha avuto soprattutto sulle persone fragili un impatto. È abbastanza chiaro.

BAGNAI (*LEGA*). Le ricordo che sono entrato in Accademia come esperto di analisi delle serie storiche. Lo avevo già detto prima.

Voi avete questa piattaforma su cui studiate il genoma del virus. C'è un tema che riguarda la fase iniziale e che tuttora è aperto, su cui non ho una posizione. Proprio due giorni fa ho pubblicato questo grafico, in forma tabellare, sul mio *blog*. Quindi, siete in mezzo non a nemici, ma a persone che vogliono appurare cosa è successo in un contesto in cui, essendoci molti

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

dubbi, troppe persone andavano in giro con troppe certezze (questo ce lo possiamo dire) e, per quel che mi consta, non eravate voi. Dico questo così stabiliamo un contesto in cui si possa avere un'interlocuzione costruttiva.

La mia domanda riguarda un altro duplice aspetto in tema di origine del virus. Anzitutto, si è parlato di trasmissione animale *versus* origine artificiale, come ultimamente apparso anche su giornali come «The New York Times» e negli Stati Uniti c'è un dibattito. Vi siete interessati di questo aspetto con gli strumenti di analisi del genoma del virus che avete? Mi riferisco al fatto se ci potesse essere una possibile origine artificiale. Esistono strumenti scientifici per valutare questa ipotesi?

Passo al secondo aspetto. Abbiamo parlato del monitoraggio futuro, della West Nile e della Dengue ed è escluso che una zanzara voli per 10.000 chilometri perché non è un uccello migratorio. La vostra sorveglianza consente anche di capire come arrivano questi virus, atteso che il loro vettore, che tipicamente è un insetto, non può fare tutta questa strada? Perché parliamo di Dengue a Forlì? A questo punto la cosa mi interessa, ma solo perché l'avete evocata voi. Spero di essere stato chiaro nelle domande.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

**PALAMARA.** Anzitutto grazie per la differenziazione che ha fatto.

Mi soffermo sulla prima domanda riguardante il genoma del virus. Un certo filone di pensiero ha evocato la costruzione del genoma del virus in laboratorio. Posso esprimere il mio parere personale, perché in Istituto non abbiamo fatto studi specifici sul tema. Abbiamo un sistema di analisi delle sequenze; so che è stata istituita una commissione di scienziati che ha discusso moltissimo, ma alla fine ognuno è rimasto con le proprie convinzioni. Personalmente penso che una trasmissione zoonotica, da animali all'uomo, in alcuni contesti è molto possibile. Non so se ricordate il picco influenzale del 2009, quando tutti gridavano alla pandemia. In effetti allora ci fu una pandemia perché questo virus nuovo è emerso e si è diffuso assai velocemente. Fortunatamente non era così patogeno.

Gli elementi sono due: valutare la capacità di trasmissibilità uomo-uomo (e questo allora l'influenza l'aveva guadagnata) e la capacità patogena del virus, che differenzia la gravità dell'infezione. Faccio un esempio. In questi giorni abbiamo sentito che nella Repubblica democratica del Congo

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

aumentano i casi; ne sono stati descritti circa 3.000, con diversi bambini morti al di sotto dei cinque anni. È stata definita “malattia X”. Da noi non avete sentito una parola di allarme per il nostro sistema su questo. Abbiamo pubblicato una sezione FAQ sul sito ISS per spiegare che quelli sono contesti in cui vi sono malaria, malnutrizione e altro ancora. I bambini deceduti sono morti per raffreddore e influenza. Questo significa che anche virus normali possono provocare danni gravissimi in certi contesti. Qual è il discrimine? Ogni allerta che ci arriva dobbiamo gridare “al lupo al lupo”? No. Il discrimine è che, con molto buonsenso, bisogna dire che c'è in quel contesto.

Si è parlato di Dengue e West Nile, con la trasmissione dei virus tramite zanzare (ricordo anche l'Oropouche, trasmesso dai moscerini), ma sono casi molto diversi da un virus respiratorio. Se qui circola un virus respiratorio, è molto probabile che lo prendiamo tutti e una persona con diabete o pressione alta avrà magari un'infezione più grave di una persona giovane. L'infezione respiratoria è veramente difficile da contenere; l'infezione trasmessa da zanzare viaggia, appunto, con le zanzare. Purtroppo alcune specie di zanzare ormai si sono stabilizzate sul nostro territorio per

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

ragioni climatiche e di velocità nei trasporti. Il mondo gira molto più veloce e, quindi, anche le zanzare arrivano più velocemente.

Qual è il problema? Si tratta di individuare immediatamente il primo caso. Infatti, per effettuare programmi di disinfestazione mirati, oltre quelli generali che magari si fanno all'inizio dell'estate, bisogna individuare immediatamente il caso. Pensiamo ai recenti casi nelle Marche, dove il virus è circolato e ormai sappiamo tutto su quanto volano le zanzare, dove arrivano e dove bisogna disinfettare. È quindi necessario attuare immediatamente programmi di contenimento locali per non farle espandere.

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, anch'io con i dati ho una certa familiarità. Ho passato una vita a lavorare in borsa e sapevo perfettamente che un bilancio poteva essere presentato come bellissimo o catastrofico, semplicemente cambiando qualche voce o girandola da una parte all'altra.

C'è una domanda principale, a cui ho sempre cercato di ottenere risposta, con scarsi risultati. All'epoca vi sono stati alcuni scambi spiacevoli

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

con il vostro account *social*; io cercavo di ottenere disperatamente dei dati precisi e vi ho mandato delle PEC, ma senza ricevere risposta. Ho presentato dieci interrogazioni al Ministro *pro tempore*, ma senza ottenere riscontro. Capite che non è piacevole, per un parlamentare che ha la responsabilità davanti ai suoi cittadini, ai suoi danti causa, comunicare che, a chiamata diretta o con lo strumento dell'interrogazione, il Ministero della salute e l'Istituto superiore di sanità non si degnano di rispondere. I cittadini si chiedono infatti a cosa serva il loro rappresentante.

Nello specifico (vi fornisco la data nel caso in cui vogliate fare delle ricerche interne), ho inviato la PEC il 17 dicembre 2021, facendovi delle domande soprattutto legate a un aspetto di cui, purtroppo, non ho sentito parlare neanche in questa sede, ossia una differenza seria per fasce di età.

L'impatto del virus nei confronti della popolazione non era omogeneo: mentre era molto impattante sulle fasce di età più anziane, era praticamente non visibile, dal punto di vista statistico dei decessi e similari, per i giovani. Non aver evidenziato ciò in modo puntuale è stato molto preoccupante, in quanto idee come il *green pass*, la vaccinazione e altro ancora, venivano



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

imposte alla totalità della popolazione, mentre, magari, ciò non sarebbe servito. Perché abbiamo fatto due anni con le scuole chiuse? Perché per due anni è stato negato ai ragazzi lo sport, mentre non veniva evidenziato che loro non avevano problemi di rischi di mortalità? Vi chiedevo, nel dettaglio, dati riguardanti i ragazzi, se si poteva sapere se i cinque o sette morti che c'erano stati erano morti con o per Covid e altre cose di questo tipo.

Arriviamo così sempre allo stesso punto e concordo con il Vice Presidente quando ha detto che questo elemento era rilevante. Sono andato a vedere tutti i casi, uno per uno, e quasi tutti riguardavano persone con gravi disabilità o simili. Emergeva che le morti per Covid di ragazzi sani sotto i diciotto anni erano pari a zero. Avrei voluto che voi scriveste questo numero a caratteri cubitali, ma così non è stato. Vedere in maniera evidente un impatto così differenziato (il termine inglese è *skewed*) fra diverse fasce d'età mi porta a una domanda che avrei sempre voluto farvi se fossi riuscito a entrare in contatto con voi. Avevate un *input* da parte di qualcuno, per esempio dal Ministero, o da altre persone?

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Prima è stato citato il dottor Ricciardi, presidente dell'Istituto in precedenza e durante l'epidemia consulente del Ministero. C'è stata una lunga frequentazione e suppongo che in quel periodo abbiate avuto degli scambi con il dottor Ricciardi. Avete avuto degli *input* per presentare dei dati in una certa maniera, ad esempio per spingere su dei comportamenti che, in buona fede, sicuramente al momento potevano essere visti come utili per la sanità pubblica, ad esempio, stare tutti a casa o altre cose di questo tipo?

Ricordo che il ministro Speranza faceva delle infografiche e non so se ricordate l'omone rosso, corrispondente a coloro che in proporzione morivano, e gli altri piccolini. Quei numeri non tornavano e mi sono chiesto il motivo: stiamo parlando di milioni che non tornano. Lui aveva un'infografica, una settimana, dove si parlava di 2 milioni; è stato detto allora che gli avevano dato i dati grezzi e che li avevano dovuti raffinare. Lì è emersa la polemica sui dati grezzi.

La mia impressione è che al momento le infografiche e la scelta di cosa presentare fossero mirate a suffragare una certa tesi. Certo, si può dire che voi presentate i dati e, dopo, c'è qualcuno che vi chiede di farlo in una

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

determinata maniera, oppure non lo facevate. Vorrei sapere che tipo di interlocuzione c'era con qualcuno del Ministero, dei comitati o altro. Vi facevano domande di questo tipo?

*PALAMARA.* Vorrei anzitutto rispondere in merito all'impatto sulla popolazione per fasce d'età.

In tutti i bollettini diffusi dall'Istituto settimana per settimana c'erano questo tipo di grafica e impostazione. Lo stesso tipo di impostazione era utilizzato per l'infezione, l'ospedalizzazione, il ricovero in terapia intensiva e la mortalità. Mi sento di dire che tutti i numeri (lì erano infatti pubblicati i numeri della sorveglianza individuale che ci arrivavano dalle Regioni) sono assolutamente veritieri; venivano dalle Regioni e noi li riportavamo così. A mia conoscenza, da quando sono in Istituto, ma anche per la conoscenza che ho da prima che ci lavorassi, posso dire che i numeri che abbiamo pubblicato sono assolutamente veritieri e controllabili, perché presenti in piattaforma. Più avanti nella pandemia, sono stati anche verificati dalla cabina di regia Covid, di cui facevano parte le Regioni.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

So che della vaccinazione parleremo in un'altra seduta, però tengo a dire che sono molto orgogliosa del fatto che il primo lavoro sull'efficacia vaccinale nei bambini - che si è dimostrata essere più bassa di quella negli adulti e nelle persone con comorbidità - l'abbiamo pubblicato noi in Istituto. Ciò non perché il vaccino non fosse efficace nei bambini, ma perché tra i bambini si registravano molti meno casi gravi e che portavano alla mortalità.

Mi permetto però anche di dire che nei giovani adulti c'erano casi di polmonite interstiziale molto gravi, com'è avvenuto per l'influenza del 1918, quando la maggior parte dei morti erano i soldati che stavano dal fronte. La causa era dovuta alla circostanza che vivevano ammassati, ma anche al fatto che nei giovani adulti, a causa della potenza della risposta infiammatoria, la mortalità talvolta è maggiore.

Questa è la nostra esperienza. Sui dati mi sento assolutamente tranquilla.

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). Professoressa Palamara, mi perdoni se la interrompo, ma non ho mai pensato di contestarle i dati. Io contestavo un

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

certo tipo di comunicazione. Che la tabella ci fosse è evidente, anche perché altrimenti come avrei fatto a dedurre che la mortalità tra i ragazzi era zero? È ovvio che citavo le vostre di tabelle quando dovevo fare degli interventi pubblici, anche in Parlamento. I vostri dati erano quelli che avevo e che davo per buoni; nessuno ve li contesta. Quando mi interfacciavo, non lo facevo per dire che i dati erano sbagliati, ma perché mi interessava capire meglio il dato. Ad esempio, essendoci 40 decessi fra i giovani, volevo capire se erano tutti legati a concause o altro.

Tenuto presente che in certi casi avete alzato delle bandiere molto chiare, mi chiedo perché, in sede di decisioni impattanti, quali, ad esempio, la chiusura delle scuole, il divieto di fare sport, l'imposizione della vaccinazione, non fosse stata molta chiara questa differenza.

PRESIDENTE. Senatore Borghi, scusi se la interrompo. Voleva integrare la domanda?

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). No, sto facendo una domanda. L'audito mi ha risposto no su una cosa che non ho chiesto.

Dall'altra parte, invece, mi avvio a concludere...(*Commenti*).

PAITA (*IV-C-RE*). Signor Presidente, è dall'inizio della seduta che vorrei porre una domanda e non ci sono ancora riuscita. I lavori non possono essere gestiti in questo modo. Sarebbe meglio se gli auditi rispondessero dopo che tutte le domande sono state fatte. I commissari devono poter fare le domande, ma i lavori non sono ordinati se a ogni domanda segue la precisazione. Di solito non si fa così.

PRESIDENTE. Senatrice Paita, non l'ho vista sempre presente in Commissione.

PAITA (*IV-C-RE*). Di nuovo questa storia che non sono sempre presente in Commissione. Quando ci sono cose interessanti, ci sono.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

PRESIDENTE. Non è la prima volta che si verifica una sorta di botta e risposta. È stato consentito perché il senatore Borghi...

PAITA (IV-C-RE). Lei non si deve permettere di giudicare il lavoro di un commissario. Ci deve dare la possibilità di approfondire, quando lo riteniamo noi, con le domande.

PRESIDENTE. Ma il senatore Borghi è intervenuto - e io ho acconsentito - perché la professoressa aveva dato una risposta e lui voleva integrare.

PAITA (IV-C-RE). Ma lei capisce che non può dare la parola alla stessa forza politica in sequenza? Capisce che deve garantire un'alternanza?

PRESIDENTE. Infatti dopo parlerà l'onorevole Colucci. Ho dato la parola al senatore Borghi, perché deve andare via e mi ha chiesto la cortesia di intervenire.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

PAITA (IV-C-RE). Anch'io devo andare via e voglio fare una domanda.

PRESIDENTE. Se l'onorevole Colucci consente, darò la parola prima a lei.

Io parlerò per ultimo.

Prego, senatore Borghi, concluda.

BORGHI Claudio (LSP-PSd'Az). Il punto era sul tipo di impostazione della comunicazione. Mi riferisco ai grafici, che ben ricordo, come quello che avete fatto vedere sulle curve di contagio, con le linee marcate sulle zone rosse. Se si sovrappone il grafico a quello di altri Paesi che hanno fatto scelte diverse, le curve sono esattamente le stesse. Questo non è cercare una suggestione? In altri termini, funziona il *lockdown*? Altri Paesi non hanno fatto il *lockdown* e le curve erano uguali.

Da qui mi viene il sospetto che forse c'è un *bias* in quello che viene comunicato per via di qualche *input*, che vorrei sapere se esterno e, nel caso, di che tipo. Nello stesso grafico che ci è stato presentato e che raccoglie tutta la storia del virus non è ad esempio presente il dato relativo al *green pass*.



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Come mai in quel grafico, dove vengono marcate le zone, il *lockdown* e l'inizio della campagna vaccinale, non c'è anche il *green pass*? Forse perché altrimenti emergerebbe, perché casualmente così è stato, che, non appena è stato introdotto il *green pass*, i contagi sono invece saliti tantissimo e ciò non sarebbe stato coerente con la narrazione delle restrizioni che servono? Il sospetto viene. Io, che ho un occhio un po' allenato su come addomesticare i dati, intravedo ogni tanto un addomesticamento della narrazione, partendo da dati che sono sicuramente corretti.

*PALAMARA.* Per quanto riguarda le scelte comunicative, non so se possiamo rispondere noi. Magari in una prossima audizione, anche confrontandoci con i nostri tecnici della comunicazione, avremo modo di chiarire il problema degli omini sull'infografica.

Sulla questione della narrazione, invece, non è stato chiesto di addomesticare, né a me personalmente, né al gruppo degli epidemiologi.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

**PEZZOTTI.** Lo dico sinceramente: quello che si sta dicendo mi ferisce, perché, per quanto mi riguarda, non rispondo mai alla politica, ma solo alle istituzioni.

Quello che ho fatto in questi anni mi lascia, per così dire, un po' dolorante, perché lascia pensare che io abbia una posizione *a priori*, mentre come qualsiasi altro cittadino cerco di svolgere nel modo migliore il lavoro con le istituzioni. Peraltro, il mio stesso Presidente sa quanto sia scontroso il mio carattere, nel caso in cui qualcuno me lo voglia dire.

Credo ciecamente nei bollettini che sono stati pubblicati, non rispetto agli omini, perché non li ho realizzati io, anche se credo che sia stato fatto su una base scientifica. Sui bollettini, in ogni caso, non c'è mai stato un tentativo di addomesticare nel senso negativo del termine, quindi mi dispiace, ma questo non posso accettarlo.

**PALAMARA.** Signor Presidente, mi consenta solo di dire che personalmente farò un approfondimento su quella PEC e risponderò, perché ci tengo molto.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Noi abbiamo risposto - perlomeno per quello di cui ho contezza - a tutte le interrogazioni, quindi approfondirò.

*PEZZOTTI*. Esattamente, abbiamo sempre risposto a tutte le richieste che sono arrivate.

*COLUCCI Alfonso (M5S)*. Signor Presidente, ringrazio il professor Bellantone, la professoressa Palamara e il dottor Pezzotti per quanto ci hanno riferito oggi, in particolare per l'approccio assolutamente scientifico, per la ricchezza dei contenuti e per la generosità del contributo.

Sono rimasto particolarmente impressionato dal riferimento che è stato fatto allo spirito di servizio che nel periodo della pandemia ha animato l'Istituto superiore di sanità, uno spirito di servizio che peraltro ha animato gli italiani tutti, che si sono sentiti uniti nell'impresa comune di combattere il *virus* in quel momento.

Sottolineo in particolare lo sforzo che avete fatto - come da voi evidenziato - nella creazione anche con mezzi rudimentali - questa è un po'

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

la genialità italiana - della piattaforma centralizzata per il sequenziamento del virus SARS-CoV-2, che è così preziosa e che immagino potrà servire anche per altri eventuali virus, per cui conserva la sua efficacia e, anzi, andrebbe implementata.

Ho colto, inoltre, lo spirito assolutamente simpatico della rivendicazione delle trentasei ore settimanali.

Voglio evidenziare anche il riferimento che è stato fatto sull'eccellente risposta del sistema Italia, secondo le parole della professoressa Palamara, nonché la difficoltà nell'approccio con 21 diversi sistemi sanitari regionali, in particolare con sistemi informativi diversi, come descritto in una delle *slide* che sono state mostrate.

Vorrei fare alcune domande, signor Presidente, e poiché mi pare di capire che il metodo sia quello di porre in sequenza le questioni, formulerò i quesiti uno dopo l'altro.

PRESIDENTE. Onorevole Colucci, se lei ha necessità di fare una domanda separata dal ragionamento successivo, la può fare e poi, dopo la risposta, farà

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

tutte le altre domande. Se invece ha già pronto tutto il ragionamento e le domande, può porre tutti i quesiti.

COLUCCI Alfonso (M5S). Signor Presidente, direi che la competenza degli auditi oggi è tale che lascerei a loro la gestione delle risposte nel modo in cui ritengono. Poi, se necessario, potrò intervenire io, così come gli altri colleghi, in uno spirito di condivisione, dal momento che non ritengo di avere il monopolio degli argomenti che metterò sul tavolo.

Innanzitutto, avrei bisogno di un chiarimento. Ci siamo intrattenuti molto questa mattina sulla distinzione tra morte per Covid e morte da Covid. Non sono uno scienziato, ma ho capito che è difficile ancora oggi stabilire secondo criteri medici quando una morte sia dipesa dal Covid o quando, invece, sia stata codeterminata da altri fattori quali, ad esempio, l'età: abbiamo visto in una tabella quanto l'età possa influire e quanto abbia influito sulla mortalità. Come dicevo, è difficile dunque stabilire scientificamente dal punto di vista medico se un certo decesso sia stato

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

determinato esclusivamente dal Covid, oppure se il Covid sia stata una concausa.

Mi pare di aver inteso dall'intervento del dottor Pezzotti - ma su questo vorrei un chiarimento - che l'unico dato che possiamo ricavare è di natura statistica, con un'approssimazione del 10-15 per cento: un dato che, solo per un rilievo di natura statistica e non strettamente medico-scientifica, può portare a definire una linea molto flebile tra l'una e l'altra ipotesi.

Vorrei chiedere poi se l'Istituto superiore di sanità abbia avuto la necessità di rivedere i propri dati e quindi di effettuare revisioni *ex post* dei dati comunicati nei bollettini ufficiali e, ove questo sia avvenuto, quali discrepanze siano state da voi constatate che vi abbiano portato ad effettuare questa revisione.

Vorrei chiedere poi - e vengo alla terza domanda - quali analisi l'Istituto superiore di sanità abbia condotto per valutare l'efficacia delle misure di contenimento del Covid: in parte sono risultate dai grafici e il dottor Pezzotti ce le ha illustrate, ma vorrei un approfondimento su questo. Ad esempio, sarebbe interessante sapere come il *lockdown*, le zone rosse e i

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

vaccini abbiano influito sull'andamento e sul contenimento della pandemia e sulla trasmissione del virus.

Pongo un'altra breve domanda: spero che apprezziate la sinteticità dei quesiti che sto formulando. Avendo il 100 per cento delle presenze in Commissione, rivendico il 100 per cento del mio tempo, secondo il criterio che lei, Presidente, ha suggerito e che io non condivido.

PRESIDENTE. Non ho suggerito nessun criterio.

COLUCCI Alfonso (M5S). Mi era parso di capire che, invece, nei confronti della senatrice intervenuta prima suggerisse un criterio di questo tipo.

Volevo chiedere se l'Istituto superiore di sanità abbia ravvisato la necessità o abbia condotto studi di confronto tra l'andamento pandemico in Italia e in altri Paesi, al fine di valutare l'efficacia delle strategie attuate.

Vorrei sapere, ancora, se ci sono studi che dimostrino la durata dell'immunità o della protezione post-vaccinale rispetto a quella acquisita naturalmente attraverso il contatto con il virus. L'Istituto superiore di sanità

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

ha fatto o ritiene utile fare un'analisi sui costi e sui benefici delle misure che sono state assunte rispetto alla pandemia?

Quella che abbiamo ascoltato è stata una relazione molto ricca, per cui mi scuso per la raffica di domande.

PRESIDENTE. Continui pure con le domande, onorevole Colucci, ma ci tengo a sottolineare che, com'è stato già detto poco fa - e mi pare che anche lei fosse d'accordo - le domande sull'efficacia dei vaccini e sui risultati che hanno avuto sono rinviate a una successiva seduta.

COLUCCI Alfonso (M5S). D'accordo, Presidente, questa domanda per me può essere cassata.

PRESIDENTE. Lo dico per l'ordine dei lavori che ci siamo dati, non per altro.



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

COLUCCI Alfonso (M5S). Ripeto, Presidente, per me questa domanda può essere cassata. Se riterremo di porla in una seduta successiva, lo faremo, per me non è un problema.

Tornando al discorso della scarsa mortalità - per fortuna - tra le fasce più giovani, vorrei capire meglio la questione da un punto di vista scientifico: scarsa mortalità probabilmente non significa scarsa morbilità e quindi scarsa capacità di trasmettere il virus e portarlo a contatto anche di familiari fragili.

Osservato che - come abbiamo visto addirittura in una tabella che ci è stata mostrata - abbiamo avuto 2,8 milioni di giovani di età compresa tra i dieci e i diciannove anni infettati dal *virus*, potreste dirci quale capacità di trasmissione del virus avessero e se questa capacità legittimasse le misure di restrizione adottate (ad esempio quelle rispetto allo sport), come abbiamo sentito dire un po' eccentricamente qualche minuto fa?

Dottor Pezzotti, in un passaggio della sua relazione lei ha fatto riferimento anche all'efficacia delle cure domiciliari. Potreste illustrarci come le cure domiciliari abbiano influito e quale beneficio abbiano avuto

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

nella gestione del virus, anche al fine di prevenire il rischio di trasmissione pandemica derivante invece dall'ospedalizzazione del malato stesso?

Infine, ho un'ultima domanda. Potreste precisare meglio - e mi ricollego anche alle domande fatte dal senatore Bagnai - quali rapporti di collaborazione l'Istituto superiore di sanità ha intrattenuto con l'Organizzazione mondiale della sanità? Questo non mi è esattamente chiaro. Abbiamo capito che c'è un unico flusso di trasmissione di dati anche rispetto all'ECDC e quindi su questo non c'è una diversità. Volevo chiedere, però, qual è il vantaggio della collaborazione dell'Istituto superiore di sanità con l'OMS e quali effetti avremmo, qualora l'Italia uscisse dall'Organizzazione mondiale della sanità, così come proposto in disegni di legge presentati dalla Lega in questi giorni.

PAITA (IV-C-RE). Prima di lasciare la parola ai nostri ospiti, Presidente, vorrei fare una domanda, se possibile: dal momento che dovrò allontanarmi a breve, in questo modo almeno rimarrà agli atti la risposta che mi verrà data.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

PRESIDENTE. Prego, senatrice Paita.

PAITA (IV-C-RE). La ringrazio, Presidente.

Innanzitutto, al di là delle modalità con le quali vengono condotti i lavori della Commissione, che contesto, ci tengo a precisare che non sono una lavativa, ma sono l'unico membro del mio Gruppo in questa Commissione e in altre quattro Commissioni, quindi inevitabilmente o sono da una parte o sono dall'altra.

Ho due temi da porre. Il primo riguarda l'ordine dei lavori. Si è individuata giustamente una sequenza sul lavoro da condurre - mi rivolgo anche agli uffici - per cui, dopo gli approfondimenti sulla fase iniziale della pandemia cui ci stiamo dedicando ora, passeremo in seguito a trattare della politica di vaccinazione e di altri temi necessari. Non ho nulla da eccepire su ciò; voglio solo ricordare che, nell'ambito dei lavori sulla fase iniziale della pandemia, ci sono da sentire tutti i soggetti istituzionali che ho indicato formalmente: dopo l'Istituto superiore di sanità è fondamentale andare avanti anche con i rappresentanti di altre istituzioni e spiego perché.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Personalmente mi convincono totalmente tutte le considerazioni che sono state fatte dall'Istituto. Devo dire in verità che non ho una teoria preconcetta: non sono tra chi pensa che, se non ci fosse stato il *lockdown*, sarebbe stato meglio, né tra chi dice «viva il *lockdown*»; semplicemente sono qui per cercare di capire alcune cose.

Mi ha molto colpito l'affermazione che abbiamo ascoltato oggi sulla tempistica che intercorreva tra l'esplicitazione di un sintomo e la rilevazione di un effettivo caso di Covid: secondo l'analisi che è stata fatta oggi, ciò sarebbe dipeso da un'assenza di materiale, visto che non erano ancora pronti i test e via dicendo. A questo secondo me deve aggiungersi - ed è un aspetto che vorrei approfondire anche in sede istituzionale - una lentezza nell'azione di monitoraggio. Quando infatti si dice che il medico di base per andare a effettuare il tampone ad un presunto malato di Covid impiegava un certo numero di giorni, è chiaro che in quella tempistica c'è parte della spiegazione - non tutta, perché altrimenti mi dovrei rifare alle due teorie di idee innate kantiane - di quanto è avvenuto.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Dal momento che sono un legislatore, dovrei cercare di capire come fare in modo che certe cose non accadano più in futuro e di quali tipi di riforme ha bisogno il nostro sistema sanitario perché ciò si realizzi. Per questo continuo a pensare che un grande problema sia dato dalla capacità della struttura territoriale di assolvere alla funzione di rilevazione e di contenimento in una situazione di emergenza e di possibile pandemia.

Tralascio i giudizi sul fatto che abbiamo sentito i vari rappresentanti delle associazioni dei familiari delle vittime, che hanno lamentato ovviamente tutta una serie di *deficit*, perché poi c'è anche l'azione, la presa in carico e la responsabilità del singolo individuo, per cui non voglio generalizzare, perché non mi interessa di abbracciare l'una o l'altra teoria. Nel caso malaugurato - speriamo di no - che una cosa del genere accada di nuovo, vorrei sapere, però, se è vero o no che il sistema territoriale abbia una piccola responsabilità, magari suo malgrado, per il cattivo funzionamento, per l'assenza di persone e via dicendo rispetto a quello che è avvenuto, che è un tema diverso rispetto all'assenza o all'eventuale malfunzionamento del test e così via. Questo infatti è un elemento di maturazione scientifica; l'altro

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

è un elemento di carattere organizzativo e sanitario: è un piccolo problema - magari sarà irrilevante - però penso che dovremmo metterlo a fuoco.

Ringrazio i nostri ospiti e mi scuso sin d'ora con loro se non potrò ascoltare la risposta, che recupererò. In ogni caso, se i lavori della Commissione dovessero proseguire oggi per ulteriori approfondimenti, alle ore 14, secondo quanto inizialmente previsto, sarò presente.

PRESIDENTE. Senatrice Paita, prima che lei si allontani, ci terrei a fare alcune precisazioni.

Innanzitutto, il Presidente ha convocato un apposito Ufficio di Presidenza per integrare il calendario delle audizioni con quelle dei rappresentanti delle istituzioni come da lei richiesto.

Ci tengo poi a precisare che non ho accusato nessuno di essere lavativo. Piuttosto, senatrice Paita, lei ha contestato la mia gestione dei lavori, in particolare con riguardo al fatto di aver consentito agli auditi di rispondere immediatamente alle domande. Ricordo che ciò è avvenuto più volte in audizioni precedenti ed è servito a chiarire ai commissari alcune

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

questioni; ho consentito che si procedesse anche oggi in questo modo, ma non c'era alcuna accusa nei suoi confronti.

*PEZZOTTI.* Proverò a rispondere a tutte le domande; se dovessi dimenticare qualcosa, mi direte.

Per quanto riguarda la revisione *ex post* dei bollettini, non so se era scritto in qualche diapositiva, ma, come abbiamo detto, i dati erano dinamici: in altri termini, teoricamente ancora oggi se una Regione dovesse dire di essersi accorta di aver dimenticato nel *database* di un laboratorio delle diagnosi che non ha mai inviato, non diremmo niente; nel caso, nei bollettini successivi verrebbe fornito un aggiornamento. Se ricordate, anche nelle tabelle dei dati aggregati mostrate dal Ministero, c'erano delle note delle Regioni in cui si diceva che il numero dei morti segnalato in un certo giorno conteneva un aggiornamento di decessi inizialmente classificati come con Covid e poi invece non ritenuti tali. C'è dunque un meccanismo di questo tipo: fa parte del nostro lavoro e i dati che raccogliamo hanno sempre una valutazione dinamica.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

In ogni caso, l'Istituto superiore di sanità non ha l'autorità per andare a controllare le cartelle cliniche che sono presso gli ospedali, non è di nostra competenza istituzionale, non lo possiamo fare, a meno che non ci sia un incarico specifico. Quello che l'Istituto superiore di sanità ha fatto e su cui possiamo fornire informazioni, è stato richiedere a tutti gli ospedali e raccogliere nel periodo di marzo, con il coordinamento del professor Graziano Onder - che a quel tempo era capo del Dipartimento malattie cardiovascolari e geriatria - le cartelle cliniche delle persone decedute per o con Covid per un esame dettagliato. È stato creato un gruppo di lavoro, che non ha visto il mio coinvolgimento, perché non mi occupavo di questo, che ha condotto una valutazione clinica più approfondita delle cartelle cliniche per una classificazione secondo la famosa distinzione “per o con Covid”. Se il risultato di questo lavoro può essere utile per la Commissione, possiamo fornirvelo senza problemi. Si riportava il valore di decessi per Covid-19 intorno al 90 per cento.

C'è poi il discorso della comorbidità, come risulta anche dalla tabella: io stesso come ultrasessantenne rientro tra le persone con comorbidità, ma



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

mi sento perfettamente sano. Come per tutti i *virus* respiratori - e questo può valere anche per le prossime malattie - in generale il meccanismo della fragilità è comunque presente e comporta un aumento del rischio di morte. Per questo la distinzione “per o con Covid” diventa forse anche non del tutto appropriata: sembra un po’ una discussione inutile. Tenete conto che, per esempio, durante le stagioni influenzali non viene eseguito normalmente il tampone a un paziente ricoverato per vedere se ha l’influenza, mentre avviene durante il picco invernale, quando si assiste ad un eccesso di mortalità molto spesso legato ai virus respiratori. Questo è un po’ il problema.

Quanto alla struttura per età dei decessi segnalati, ritorno al discorso di prima: abbiamo riportato sempre la distribuzione per età dei morti, come accade per qualsiasi patologia nel mondo; l’età, purtroppo, resta in generale il fattore di rischio principale per la morte.

La seconda domanda riguarda l’analisi dell’efficacia delle misure. Se volete, ho portato delle *slide* sul *lockdown*.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Poco fa, in maniera un po' strana, si è detto della statistica giusta: in realtà esistono diverse capacità di analisi che possono rendere il dato più o meno forte. I dati statistici chiaramente sono sempre affetti da errori, come sta nella loro natura, e c'è questa misurazione.

Quello che abbiamo fatto - e poi pubblicato su «Emerging Infectious Diseases», una delle principali riviste americane per quanto riguarda gli aspetti pandemici - è stata un'analisi condotta su tutte le Regioni. La domanda era: «Valeva la pena fare il *lockdown* solo in Lombardia e in qualche altra zona o dovevamo farlo anche da altre parti?» La diapositiva che state vedendo in questo momento ci dice una cosa molto importante: in tutte le Regioni, prima dell'8 marzo, cioè prima della data in cui è avvenuto il *lockdown*, la trasmissibilità (il famoso R con zero di cui si parlava e si è sempre parlato), cioè la capacità che ogni tre giorni una persona in media ne potesse infettare altre, era pari a tre. Questa trasmissibilità con il *lockdown* in due settimane è scesa sotto uno, che è il numero chiave che ci serve per contenere un'epidemia.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Quello che va detto è che la differenza che c'era tra la Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Veneto rispetto alle Regioni del Centro-Sud era soltanto il livello base presente in quel momento. In realtà in Lombardia la diffusione era già avvenuta; nelle altre Regioni c'erano casi e avevamo i dati: anche su questo c'è una pubblicazione sulla rivista «Epidemics» da cui risulta che prima dell'8 marzo in oltre 200 Comuni in tutta Italia erano già stati individuati dei casi. Quindi, se non avessimo chiuso, quella trasmissibilità che in quel momento aveva comportato una diffusione così elevata al Nord, in due settimane avrebbe raggiunto i medesimi livelli al Centro-Sud.

La misura è stata dunque estremamente importante per contenere l'epidemia e si è tradotta sicuramente in un notevole abbattimento dei ricoveri in terapia intensiva, che erano già in sofferenza. Se ricordate, la Lombardia non ce la faceva a sostenere tutto e chiedeva aiuto alle altre Regioni. Potete immaginare se questo fosse successo nel resto d'Italia.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Se quindi su quell'ondata, che alla fine ha provocato 50.000-60.000 morti in più, non avessimo preso questa misura, la situazione sarebbe stata probabilmente abbastanza disastrosa.

**Presidenza del presidente LISEI**

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). Mi scusi dottor Pezzotti - mi perdoni, Presidente, se interrompo così - ma come può uno scienziato come lei essere così apodittico? Come può dire che, a causa del *lockdown*, è successo questo, quando in altre parti del mondo, dove il *lockdown* non si è fatto, c'è stata esattamente la stessa curva?

*PEZZOTTI*. Facciamo l'esempio della Svezia, che poi ad un certo punto ha disposto comunque il *lockdown*.

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). C'è l'esempio della Svezia, ma potrebbero essercene altri.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

*PEZZOTTI.* Posso rispondere?

*PRESIDENTE.* Proseguiamo con domanda e risposta.

*PEZZOTTI.* Signor Presidente, facciamo che non rispondo: non ritengo necessario rispondere. Noi abbiamo fatto una pubblicazione scientifica su questo; quindi, da parte mia, ho fatto il mio dovere di scienziato e qui finisce la discussione.

*PRESIDENTE.* Siamo ordinati e cerchiamo di dare le risposte che chiedono i commissari; poi la risposta può piacere o no. Chiaramente tutti i commissari devono cercare di essere soddisfatti. Uno può dire che ad un quesito non sa rispondere o che risponderà successivamente, però cerchiamo di soddisfare per quanto possibile le richieste.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

**PEZZOTTI.** Mi scusi, Presidente, ma non credo di essere “apodittico”; vorrei rispetto sulle parole.

**PRESIDENTE.** Infatti quella è un’affermazione, non è una domanda.

**PEZZOTTI.** Posso provare a rispondere, ma vorrei che non ci fosse un atteggiamento aggressivo.

**BORGHI Claudio (LSP-PSd'Az).** È incredibile, Presidente, perché si mette in discussione l’italiano. Apodittico l’ho sentito tante volte, ma che sia un insulto è la prima volta che lo sento dire.

**PRESIDENTE.** Mi perdoni, collega Borghi, non mi obblighi a sgridarla come faccio con altri colleghi.

Partiamo dal presupposto che è la Presidenza che dà la parola, per cui non è che ognuno accende il microfono e parla quando vuole. Ripristiniamo le regole: mi viene chiesta la parola e io la concedo. Dopodiché, per le

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

domande cerchiamo di tenere un clima sereno, per quanto possibile, e di rispondere ai quesiti.

La parola va ora alla dottoressa Palamara.

*PALAMARA.* Signor Presidente, volevo provare a rispondere.

Il dottor Pezzotti ha presentato uno studio su una numerica basata sulla rilevazione dei bollettini. È uno studio i cui dati sono stati inviati; ha subito, come succede, un processo di *peer review*: qualsiasi scienziato sa - se ne parlava prima - come è difficile rispondere ai revisori. I dati che sono venuti fuori sono questi; poi potranno essere oggetto di discussione e revisione. Penso che la prima qualità di uno scienziato sia quella di avere la mente aperta: io perlomeno in tutta la mia carriera - ormai, ahimè, un po' lunga - ho sempre cercato di avere la testa assolutamente aperta. Se qualcuno dovesse dimostrare o contestare questi dati, li riesamineremo e risponderemo alle domande. Credo infatti che nessuno voglia essere ideologicamente da una parte o dall'altra.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Posso dire qual è il mio giudizio personale. A mio avviso, dalla peste registrata a Venezia alcune misure estreme sono state utilizzate. Siccome sono anche appassionata di storia - ho preparato anche delle diapositive storiche - in certi periodi forse il mondo cattolico era un po' più attaccato a certi valori. Mi ha colpito molto, per esempio, che San Carlo diceva messa in una piazza, consentendo alle persone di seguirla dai balconi, il che vuol dire che anche le autorità religiose erano coscienti del fatto che mescolarsi in alcune condizioni aumentava il contagio. Ci sono quindi alcune cose che si sono ripetute nella storia, per cui non voglio stare a sindacare. Quello che dico è che, qualora fossero dimostrati dati diversi da questi, li riesamineremo - abbiamo tutti il dovere di farlo - senza alcun tipo di preclusione.

Venendo alle altre domande, per quanto riguarda l'analisi di efficacia delle misure, ne abbiamo già parlato. Quanto al confronto con altri Paesi, la Svezia, ad esempio, all'inizio non ha applicato il *lockdown*, salvo farlo successivamente. Bisogna considerare, però, che c'è una diversa densità di popolazione con la Svezia: lo dico perché abbiamo fatto anche dei calcoli su questo.



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Ritengo, tuttavia, che ci sia bisogno di fare quello che in parte si sta facendo in questa Commissione e che si chiama *after-action review*, perché in tutte le crisi ci sono errori, situazioni che possono essere riviste - lo stiamo facendo adesso con la Dengue, con il trattamento delle arbovirosi - situazioni che possono essere state affrontate in modo frettoloso, perché degli errori sul campo esistono e si fanno. L'importante è prenderne coscienza, poter esaminare gli errori e poter dire dove si è sbagliato ed eventualmente correggere. Questa è la mia personale opinione, con una visione molto laica del problema.

L'altra questione che è stata posta riguarda la durata dell'immunità. La durata dell'immunità ha molte componenti, tra cui la durata dei livelli di anticorpi nel sangue, che sono una prima risposta che fornisce il sistema immunitario. Se si misurano i livelli di anticorpi nel sangue - è un sistema naturale su cui magari, se volete, potrete sentire anche qualche immunologo - all'inizio gli anticorpi sono una certa quantità, poi, andando avanti nel tempo, il livello decresce, pur rimanendo una certa memoria nelle cellule che consentono una risposta all'infezione grave.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Abbiamo visto, soprattutto con studi più approfonditi fatti sulle varianti, che c'era un effetto di *waning*, per cui il livello di protezione fornito dai vaccini decresceva nel tempo e questo è documentato; poi, se volete, quando si parlerà dei vaccini, ne tratteremo in maniera un po' più approfondita.

Chiaramente, a mano a mano che si va avanti nelle conoscenze, è importantissimo capire quanto dura l'immunità cellulare. Perché per l'influenza ci vacciniamo ogni anno? Alcuni calcoli vengono fatti su stime di probabilità, sul *virus* che si suppone che circolerà, quindi la medicina non è mai una scienza esatta, direi purtroppo o meno male.

Su costi e benefici forse non sono la persona più adatta a rispondere, perché bisognerà fare uno studio multisettoriale che coinvolga economisti, psicologi, medici, internisti e secondo me, se vogliamo rispondere in maniera razionale, va fatto.

Per quanto riguarda la mortalità tra i giovani, è chiaramente molto bassa, però i giovani si infettano molto più facilmente degli anziani,

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

semplicemente perché hanno molti contatti, quindi il rischio di infettarsi e di trasmettere l'infezione nei giovani è elevato: fin qui non si discute.

C'è poi la questione di quanto sia etico impedire ai giovani di incontrarsi per non trasmettere il *virus*. Sicuramente su questo possiamo fare tanti discorsi e credo che le opinioni si possano anche dividere. Quello che penso è che tutte le epidemie finiscono; è finita la peste, è finito il colera. Ciò che differenzia le epidemie è la durata e il numero di morti lasciati sul campo e le varie misure vanno a contenere proprio la durata e i decessi.

Quando ero all'università ho lavorato moltissimo per cercare di predisporre un sistema di tamponi salivari che le mamme potevano eseguire la mattina, così da consentire la riapertura delle scuole; abbiamo cercato di mettere su un sistema. È stato molto complicato, però, interagire col sistema della scuola, con i problemi della *privacy*, dei bambini e delle mamme: anche noi ci siamo resi conto che ci sono dei limiti e non lo abbiamo potuto fare.

Quanto ai rapporti con l'OMS, sicuramente l'Organizzazione necessita di essere riformata e revisionata. Dopo questo stress, abbiamo capito che il sistema ha molti pregi, ma anche molti difetti.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Quello che secondo me è molto importante è che ci sia un coordinamento tra i vari Paesi. Il coordinamento a livello di OMS c'è stato attraverso i seminari organizzati molto spesso con i vari Paesi cui tutti si partecipava per discutere, per vedere le varie misure e cercare di uniformare le cose. A livello europeo quello che è stato fatto, anche in modo informale, consisteva in convocare riunioni ogni quindici giorni o tre settimane tra i vari tecnici dei Paesi europei proprio per discutere delle misure, della trasmissibilità, del numero dei campioni e così via.

Quindi un livello di coordinamento internazionale sicuramente è molto utile; perde tuttavia utilità se non c'è un sistema Paese in grado di raccogliere e governare in modo forte e sicuro la circolazione dei patogeni nel suo territorio. Quello che infatti è avvenuto in Congo, ma non solo lì, ci dimostra che la capillarità del Paese è importantissima, nonché la capacità di un centro di governare ciò che avviene nelle varie Regioni.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

CIANCITTO (*FDI*). Ringrazio il professor Bellantone, la professoressa Palamara e il dottor Pezzotti per la relazione e per il lavoro svolto, sia durante la pandemia che oggi.

Ho una serie di questioni riguardanti i dati, ma prima ho necessità di porvi una domanda chiara. Dottor Pezzotti, lei più volte durante la sua illustrazione ha parlato dei dati provenienti dalle Regioni che, se non ho capito male, non avevano un'unica modalità di raccolta: in altri termini, ogni Regione raccoglieva i dati in maniera differente, nel senso che non c'è stata una comunicazione a livello nazionale su come raccogliere i dati.

D'altra parte, credo che, durante una pandemia, la raccolta dei dati sia fondamentale; come avete detto poc'anzi, il sistema di sorveglianza funziona perché avete laboratori sparsi sul territorio che lavorano secondo determinati protocolli e attraverso esami accurati, quindi, seguendo determinate metodologie, che producono risultati. Ciò vi consente di avere di avere un controllo attraverso il sistema di sorveglianza, che attualmente c'è, sul Covid, perché è basato su questo.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

La domanda che mi pongo - che anticipa tutte le altre, poiché a mio avviso è fondamentale - è se ci sia stata difformità sulla raccolta dei dati da Regione a Regione. Giustamente avete detto che i vostri dati sono veritieri, e non lo metto in dubbio poiché lavorate per la tutela del sistema sanitario; tuttavia, mi domando come siano stati raccolti. Insomma, prima di andare avanti nel ragionamento, vorrei sapere se siano stati raccolti in maniera omogenea.

*PEZZOTTI.* Il debito informativo richiesto era omogeneo per tutte le Regioni; non c'erano dubbi sulle modalità. Poi, ogni Regione ha diversi sistemi informativi: per esempio, alcune Regioni hanno i laboratori in rete informatica e altri no. Quindi, differiscono le modalità organizzative specifiche; le Regioni hanno piena autonomia rispetto all'organizzazione dei propri sistemi informativi, su come centralizzarli e poi comunicarli a noi. È questo che cambia. Per esempio, alcune Regioni sono state rapidissime ad informatizzare il tutto, mentre altre si muovevano, per esempio, attraverso la creazione di fogli Excel a livello del servizio di prevenzione della ASL, che

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

poi venivano inviati attraverso email o altre procedure più o meno tecniche.

Quindi, si tratta di un problema legislativo; noi non abbiamo assolutamente la possibilità di comunicare le modalità con cui debbano farlo.

CIANCITTO (FDI). Siamo d'accordo, però, l'organizzazione nella raccolta dei dati è fondamentale. Va bene la comunicazione per via informatica o in altro modo, quindi, non discuto sull'organizzazione di ciascuna Regione nel caricare i dati attraverso una piattaforma o un'altra, ma mi riferisco proprio alla modalità di raccolta stessa dei dati, ovvero come venivano raccolti dal medico di medicina generale o in ospedale. Ripeto, i dati che avete voi sono veritieri, perché avete elaborato quelli che vi hanno trasmesso, ma non ci danno il quadro della situazione.

La normativa dice questo, ma poteva essere benissimo superata. Sono stati emanati tantissimi DPCM durante la fase della pandemia; si sarebbe potuto emanare un ulteriore DPCM o un decreto-legge - adesso non so quale fosse il *modus procedendi* corretto - o comunque un atto legislativo che indicasse un sistema di raccolta dei dati omogeneo, perché se poi il medico

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

di medicina di base li raccoglie in un modo, gli ospedali in altro modo, il laboratorio in un altro ancora e poi la Regione li assembla in maniera diversa, a voi cosa arriva?

Secondo me, questo è un aspetto fondamentale.

*PALAMARA.* Siamo pienamente d'accordo sul fatto che l'uniformità nella raccolta dati è essenziale. Va sottolineato, però, che è difficile per noi, che siamo dei tecnici, entrare nelle modalità di raccolta dati. Abbiamo cercato, tuttavia, di superare questa problematica oggettiva attraverso contatti continui e questo è stato il valore della rete. Voglio dire che i nostri tecnici, quando vedevano e vedono cose che non tornano, alzano il telefono e chiamano per chiedere chiarimenti, quindi, questa opera di revisione continua della raccolta c'è stata, con uno sforzo immane, e le posso dire che lo vediamo anche in altre situazioni.

Se raccogliamo i dati sulle infezioni correlate all'assistenza, ci sono alcune Regioni che sembrano non avere questo tipo di infezioni e questo non



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

è vero. Quindi, ciò significa che, a livello tecnico, cerchiamo di intervenire per superare il problema.

Vorrei precisare che, in questa situazione, noi siamo tecnici; non occorrerebbe neanche precisarlo. Il livello superiore al nostro è un livello legislativo in cui noi, al di là della predisposizione di documenti, dell'esposizione delle problematiche e di informazioni varie, giustamente non entriamo. Secondo me è giusto che ci sia una divisione tra il piano politico e quello tecnico.

CIANCITTO (FDI). Mi perdoni, ma voi avete informato il Ministero di queste criticità organizzative nella raccolta dei dati? Voi siete tecnici, infatti la critica non è rivolta a voi. Avete informato il Ministero dell'epoca?

Ora stiamo facendo queste analisi e in futuro dobbiamo evitare che - in caso di pandemia - si ripresenti il problema, quindi, dare più potere all'Istituto o capire come organizzare il sistema.

Allora è stato segnalato a chi di competenza, quindi al Ministero o al Governo, che c'era una difficoltà nell'organizzazione, e che quindi poteva

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

esserci una difformità nella raccolta dei dati, considerato che l'organizzazione era differente?

*PALAMARA.* C'è stata una collaborazione continua con i tecnici del Ministero, quindi, al nostro stesso livello, perché anche loro stavano sulla piattaforma e guardavano i dati. Credo che nel sistema che è stato messo a punto le problematiche di cui lei parlava siano state superate con grande sforzo, ma alla fine i dati che venivano raccolti erano quelli reali.

*PEZZOTTI.* Vorrei fare una precisazione. Per quanto riguarda la fase del monitoraggio settimanale, quello che è partito da maggio, ricordo che, a novembre, la Regione Calabria è stata classificata come zona rossa proprio per non essere riuscita a inviare i dati, come previsto dai protocolli stabiliti insieme alle Regioni. Quindi, in realtà, quest'operazione è stata fatta nell'ambito di un decreto che lo prevedeva, in maniera anche abbastanza complicata; tutti i giorni tentavamo di avere un contatto, una disponibilità ad affrontare questa situazione; quindi, di fatto c'era questo problema.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Quello che ha detto la professoressa Palamara è inappuntabile, ovvero che, se ci fossero decreti, leggi o disposizioni che potessero facilitare questa situazione sarebbero benvenuti; nell'evoluzione del nostro ruolo come Istituto sarebbero decisamente auspicabili. Chiaramente, come sapete, le Regioni hanno autonomia e anche questo meccanismo a volte non è ben visto dalle stesse Regioni, perché va a intaccare le loro modalità organizzative. Ci sono pro e contro, come in tutte le cose, e non spetta a noi intervenire. Sicuramente sistemi omogenei facilitano e rendono tutto più tempestivo, però non è il nostro ruolo giudicare.

CIANCITTO (FDI). Va bene il sistema regionale, ma quando si è in guerra - e in questo caso la guerra era contro il virus e la pandemia - i sistemi regionali vanno superati e integrati, creando una situazione unitaria di organizzazione di quello che potremmo chiamare "l'esercito" per fronteggiare la pandemia. Non si può organizzare l'esercito se non si conosce il nemico e in questo caso lo si conosce attraverso i dati. Quindi, in quella situazione, secondo me è evidente che, pur lasciando una marginale libertà

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

alle Regioni, andava riorganizzato il sistema. Adesso, dietro questa vostra segnalazione - il lavoro della nostra Commissione è anche questo – dobbiamo fare in modo che, nel momento in cui dovessero verificarsi nuovi virus, batteri o altro, che è necessario monitorare in continuazione, ci sia un sistema sovraregionale che lo verifichi, con una struttura che le Regioni devono mettere a disposizione dell'Istituto e del Ministero; sarà la normativa a prevedere il tutto. A mio avviso, è evidente che da questo punto di vista c'è stata una carenza, che non è dipesa dalla parte tecnica, che, anzi, ha fatto uno sforzo immane, ma è dipesa dalla parte, secondo me, legislativa.

Nel 2018 l'Istituto superiore di sanità ha recepito lo strumento HEPISA (*Health emergency preparedness self-assessment*) del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, pubblicandone anche le relative linee guida. Alla luce di tale lavoro, che interlocuzione c'è stata con il Ministero della salute e il relativo dipartimento di prevenzione - mi riferisco al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie - e cosa ha fatto il Centro di controllo per la prevenzione delle malattie per prevenire la pandemia?

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Vi pongo un'altra domanda. Lo strumento HEP SA si sviluppa in sette domini, che definiscono il processo di preparazione e risposta alle emergenze di sanità pubblica: se avessimo applicato *in toto* lo strumento HEP SA, saremmo stati in grado di fronteggiare meglio la pandemia? Se avessimo avuto un piano pandemico funzionante, o se avessimo applicato quello del 2006, si sarebbero ridotte le patologie e le morti che ci sono state?

A mio avviso è importante riuscire a capire se ci siano stati errori anche nella non applicazione delle indicazioni dell'ECDC, perché voi avete recepito lo strumento - è un dato di fatto - ma poi il Ministero lo ha applicato secondo i sette protocolli previsti? Da questo si riesce a capire se ci sono state criticità e che cosa bisognerebbe fare adesso per evitarle.

*PALAMARA.* HEP SA è uno strumento generale per le emergenze, è un piano di *preparedness* e sicuramente dà delle linee generali di indirizzo. Magari, le chiedo di fare un ulteriore approfondimento, perché non sono sicurissima che l'abbia recepito l'Istituto superiore e non il Ministero, perché penso che questi piani vengano recepiti dal Ministero, che poi li inoltra all'Istituto per

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

applicarli. Quindi, non è direttamente l'Istituto, però su questo faccia un approfondimento.

Chiaramente i piani pandemici servono e il piano pandemico del 2006 era contro l'influenza, che poi è stato anche aggiornato in varie occasioni. Tuttavia, senza entrare nel dettaglio, perché la situazione è un po' confusa anche ai miei occhi, devo dire che l'influenza è sicuramente un altro contesto rispetto al Sars-Cov2 per un motivo fondamentale; perché è un virus conosciuto, per cui abbiamo mezzi di diagnosi, vaccini e, per quanto di efficacia non proprio massima, abbiamo degli antivirali; quindi, il contesto è un pochino diverso. Nelle parti generali, sicuramente ci sono norme applicabili in diversi contesti di infezione.

Per quanto mi riguarda, posso sicuramente dire che l'Istituto si è mosso da subito per un piano di contingenza, perché alla fine bisogna attualizzare le situazioni, che è stato realizzato - su questo, forse il dottor Pezzotti può essere più preciso di me - in tempi abbastanza brevi, e che ha permesso, poi, di approntare una risposta.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

*PEZZOTTI.* Su incarico del Ministero della salute è stato richiesto di effettuare, da parte dell'Istituto, una valutazione del possibile impatto. Questo avveniva a fine gennaio-inizi di febbraio, in concomitanza alla creazione del Comitato tecnico-scientifico.

Rispetto ai piani pandemici sull'influenza, vorrei aggiungere che, oltre a essere un virus nuovo, quindi non essendoci strumenti diagnostici disponibili immediati, né terapeutici, né vaccinali, che potessero essere immediatamente adattati, c'era un altro elemento, ovvero che il virus si trasmetteva, come abbiamo visto, attraverso una trasmissione presintomatica e più elevata. Di solito, per i virus influenzali, visto che abbiamo una memoria di cellule (quella di cui parlava la professoressa), anche se cambia un po' il virus, non tutte le persone sono suscettibili, quindi la trasmissibilità di solito arriva a 1,2-1,3, insomma, a livelli che permettono tempi un po' più lunghi di diffusione. Qui, invece, come abbiamo visto, quando è partito il contagio, in pochissimi giorni ci siamo ritrovati in una situazione abbastanza complicata.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Il piano di contingenza è stato sostanzialmente guidato in quella fase dal Comitato tecnico scientifico - questo credo sia agli atti del Comitato - ed è stato adattato via via che arrivavano le informazioni, ma sostanzialmente erano solo simulazioni di scenari in cui si diceva che, con una trasmissibilità a quei livelli, anche addirittura a 1,5, se avesse colpito l'Italia, in un mese - un mese e mezzo, tutte le terapie intensive non sarebbero state più disponibili; fondamentalmente si diceva questo. L'obiettivo poteva essere fare il *contact tracing*, c'erano varie modalità per cercare di controllarlo, ma, come era già previsto nel piano pandemico a suo tempo, tra le strategie rientra quella di limitare i contatti tra le persone. Ripeto, questa è una decisione che chiaramente non piace a nessuno, compreso chi l'ha dovuta applicare.

PRESIDENTE. Faccio io alcune domande, collegandomi al tema del piano pandemico, che avete appena evidenziato.

Nei piani pandemici, in particolare in quello precedente, seppure ho recepito il vostro rilievo rispetto al fatto che chiaramente non era testato sul



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Covid, di solito sono previste tutta una serie di misure, perché i piani pandemici richiedono anche coperture economico-finanziarie, che oggi ci sono. Se alcune misure anche del piano pandemico del 2006 fossero state attuate, sarebbero state utili a ridurre i contagi e la mortalità?

Specifico in particolare: se avessimo avuto gli stoccaggi previsti dal piano pandemico di mascherine, ventilatori e altri dispositivi di protezione previsti anche in quel piano, sarebbero stati utili?

*PEZZOTTI.* È una domanda molto complessa. Provo a dare un'opinione, ma su questo non ho prove, né controprove.

Sulle mascherine si è molto discusso. Altri Paesi avevano i piani pandemici e li hanno applicati in quella maniera, avevano le scorte, ma le cose non sono andate comunque bene. Quindi, mi viene da pensare, lavorando nella prevenzione, che forse sarebbe stato meglio averli, però quanto questo si sarebbe poi tradotto in un modo efficace per evitare alcune misure non glielo so dire.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

PRESIDENTE. Scientificamente non è dimostrabile.

PEZZOTTI. Ripeto: prendiamo l'Inghilterra, che era molto più avanti di noi; aveva le scorte, aveva tutto. All'inizio avevano deciso di non chiudere e poi hanno chiuso quindici giorni dopo, con risultati peggiori dei nostri, se va a vedere i dati sulla mortalità inglese.

PRESIDENTE. Mi sta dicendo che, nonostante avessero un piano pandemico, hanno fatto scelte differenti rispetto a quel piano.

PEZZOTTI. Inizialmente non hanno voluto fare il *lockdown*, quindi hanno voluto utilizzare le indicazioni del loro piano pandemico. Le assicuro che, per noi che ci occupiamo di epidemiologia e credo per la medicina in generale - il professor Bellantoni sarà d'accordo - Oxford e Cambridge sono un riferimento; ci piace molto anche la loro capacità pragmatica, però poi le cose non sono andate bene.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

PRESIDENTE. So che le domande sembrano banali, però dobbiamo anche sintetizzare.

PEZZOTTI. Se la trasmissibilità di un virus è superiore o intorno a 3, obiettivamente la vedo molto difficile, come mia idea matematica, che alla fine l'unica soluzione per ritardare le cose non sia quella di applicare un *lockdown* e cercare di adottare poi ulteriori misure. Le mascherine sono utili, ma comunque ci sarebbero state le indicazioni sul distanziamento, come sappiamo.

Io prendo la metro tutte le mattine qui a Roma ed è pienissima: è chiaro che la mascherina può aiutare, ma non è risolutiva. Voglio dire che forse da 3 saremmo scesi a 2,5 o a 2.

PRESIDENTE. Ma da 3 a 2,5 sono meno morti e meno contagi; non è una questione banale.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

*PEZZOTTI.* Se lei mette l'utilizzo delle mascherine in opposizione al *lockdown*, non glielo so dire.

*PRESIDENTE.* Non ho detto questo, le ho fatto una domanda specifica: se quel piano pandemico fosse stato attuato, seppur datato, avrebbe previsto la disponibilità di dispositivi di protezione stoccati. Questi dispositivi di protezione sarebbero stati utili, anche nella voragine, a ridurre l'esposizione?

*PEZZOTTI.* Penso di sì.

*PRESIDENTE.* Pensa di sì?

*PEZZOTTI.* Penso di sì.

*PALAMARA.* Posso integrare, Presidente?

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

PRESIDENTE. Certo.

PALAMARA. Chiaramente avere delle scorte ed essere preparati è meglio, la risposta è scontata; è ovvio che sarebbe stato meglio.

Non voglio interpretare il dottor Pezzotti, però, quello che si vuole dire è che forse sarebbe stato utile a ritardare lo scoppio dell'incendio. È chiaro che quando scoppia un incendio la misura che devi adottare è spegnere il fuoco con l'idrante, non puoi fare altro; non so se mi sono spiegata.

PRESIDENTE. So che le mie domande sembrano banali, però, quando scoppia un incendio, salvare una vita in più o una vita in meno è determinante; discutiamo dell'utilità di avere degli strumenti, anche inadeguati. È inutile che ci nascondiamo: questo è l'oggetto del processo penale scaturito a Bergamo, che ha generato lo stralcio di Roma per i dirigenti attualmente indagati, per l'assenza e il mancato aggiornamento del piano pandemico, e per i vertici, il presidente Conte e il ministro Speranza,

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

le cui posizioni sono state archiviate, e lo stralcio di Bergamo per i dirigenti e assessori lombardi, sempre politici.

Uno dei temi che le perizie contestano è che, se ci fosse stato un piano pandemico, che doveva essere aggiornato come prevedevano le linee guida dell'OMS, ma comunque, se adottato, avrebbe aiutato ad affrontare la pandemia. Poi è chiaro che non l'avrebbe impedita, nessuno sostiene questo; quindi, la mia domanda era finalizzata semplicemente a ribadire questo. È per tale ragione che accetto tutte le risposte, poi chiaramente ognuno le giudica. Quindi, recepisco la sua risposta.

Faccio un'altra domanda, che non è legata al piano. Chiedo se mi conferma che nella fase iniziale non c'erano laboratori sufficienti, a livello nazionale, per eseguire i test diagnostici, una volta che sono stati messi a disposizione, necessari ad individuare il virus. Le chiedo se me lo conferma; poi sono stati implementati.

**PALAMARA.** I laboratori c'erano. Il numero dei laboratori è abbastanza adeguato in tutte le Regioni, anche se ovviamente diversificato: alcuni

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

avevano un'alta specializzazione, quindi hanno fatto prima a mettere in piedi la metodica, altri ci hanno messo un po' più di tempo, però, nel giro di poche settimane, la capacità diagnostica è stata abbastanza diffusa su tutto il territorio. Quello che mancava all'inizio, forse, da noi come in tutto il mondo però, erano i reagenti. La Germania, per esempio, distribuiva questi reagenti; per avere alcune macchine per effettuare la PCR ci è voluto un po' di sforzo. Dopodiché, se mi posso permettere, è vero che la prevenzione, cioè avere *stock* di materiali di laboratorio, non deve essere concepito come un costo, ma come un investimento. In una diapositiva si dice che la prevenzione è un investimento e non costo. Qui lo ribadisco.

PRESIDENTE. Glielo chiedo anche da comune cittadino, più che da esperto. Da comune cittadino si percepisce la differenza tra quel tipo di infezione, il Covid, e una semplice influenza, seppur il comune cittadino, per modalità di contagio, non per scala di indice di contagio, le assimila, nel senso che la trasmissibilità avviene in entrambi i casi per via aerea. Dopodiché, uno ha un'elevata trasmissibilità e l'altro magari una trasmissibilità minore, però, in

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

quel piano pandemico del 2006 e negli altri piani pandemici, compreso quello inglese, che poi si è deciso probabilmente di non adottare per seguire altro, sono previste anche le modalità di gestione della rete ospedaliera, quindi, percorsi puliti, percorsi sporchi, trasformazione dei normali reparti in reparti di terapia intensiva.

Quando abbiamo audito i sindacati e gli ordini dei medici, tutti ci hanno detto che non hanno seguito delle indicazioni, ma - lo dico in termini atecnici - si sono un po' arrangiati, nel senso che non avevano indicazioni chiare a livello nazionale; ogni reparto, ogni ospedale, ogni unità sanitaria regionale ha cercato di creare i percorsi puliti e sporchi sulla base anche dell'esperienza diretta. Tuttavia, rispetto alla necessità di percorsi puliti, di trasformazione - e questa è la domanda - alcune indicazioni previste nel piano pandemico del 2006, comprese eventuali restrizioni, quindi il *lockdown*, erano comunque utili e necessarie anche per l'infezione da SARS-CoV, seppur chiaramente differente, e con un tasso di contagiosità molto maggiore, che poi è stato rilevato successivamente?



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

*PALAMARA.* Faccio una piccolissima precisazione. La differenza fondamentale per SARS-CoV è che, quando è emerso il virus, nessuno nella popolazione italiana aveva anticorpi contro quel virus; quindi, la popolazione era *naïve*. L'influenza circola in una popolazione che ha un substrato di infezioni pregresse, per cui è in qualche modo protetta dalla memoria immunitaria; ci sono poi i nuovi ceppi stagionali che emergono, per cui la rinfreschiamo. Questo era un virus nuovo e quando emerge un patogeno nuovo in una popolazione vergine, la trasmissibilità è elevatissima, perché non trova barriere. Di questo elemento di diversità bisogna tenere conto.

Sicuramente, il fatto che servano percorsi sporchi e percorsi puliti negli ospedali è fondamentale: queste sono norme generali. Devo dire che in Italia questa necessità è stata portata alla luce e, a mia conoscenza (approfondirò anche questo), è stata molto stressata nell'epidemia del 2009 da influenza. In quell'occasione la maggior parte delle strutture sanitarie si sono attrezzate. Quanto, poi, la singola struttura sanitaria abbia mantenuto non so dire; quello che posso dire è che l'Istituto, nella sua funzione, ha elaborato in continuazione molti documenti tecnici, dando indicazioni su

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

elementi anche specifici: l'aria condizionata, i percorsi, la gestione dei rifiuti.

Su questo c'erano documenti tecnici che mettevamo a disposizione. Quanto, poi, questi documenti tecnici fossero recepiti a livello singolo, questo non lo so, perché dipende dalla gestione, anche regionale.

*PEZZOTTI.* Se vogliamo fare una riflessione generale, il discorso riguarda sempre ciò che le Regioni recepiscono e applicano delle indicazioni che provengono dal livello centrale. Credo che per alcuni ambiti le Regioni abbiano autonomia di adattare le indicazioni; il nostro ragionamento che riguarda il livello centrale è in parte limitato; non sono mai indicazioni che arrivano nel dettaglio: spetta prima alle Regioni e poi alle aziende sanitarie. È proprio lì che si presenta la complessità italiana; noi stiamo cercando di ricostruire un problema a livello centrale, ma il tutto va contestualizzato in tutte le realtà locali. Credo che sia lì il problema.

*PRESIDENTE.* Questo è motivo per il quale nel 2006-2007 c'erano i piani pandemici regionali, che nascono dal piano pandemico nazionale, che

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

avrebbero dovuto applicare.

*PEZZOTTI.* Esatto, è previsto proprio da un punto di vista normativo.

*PRESIDENTE.* Faccio un'ultima domanda. In riferimento ai dati, ho capito che dal 27 febbraio è stata creata una nuova piattaforma; prima di quella data, la raccolta avveniva in maniera tempestiva?

*PEZZOTTI.* Sì, sempre su una piattaforma dedicata all'influenza. Esiste una piattaforma dedicata ai casi gravi di influenza, sulla quale tutte le strutture devono caricare i dati. È stata emanata una circolare ed è stato fatto un *flag* sul tipo di malattia.

*PRESIDENTE.* Questi dati erano suddivisi per Regione? Sono estrapolabili?

*PEZZOTTI.* Sì, sono quelli che vi ho mostrato all'inizio.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

PRESIDENTE. Sono stati messi a disposizione delle autorità competenti in modo tempestivo?

PEZZOTTI. Noi facevamo bollettini.

PRESIDENTE. Al netto del bollettino, in quel momento c'era la *task force*, se non ricordo male, poi è intervenuto il CTS: i dati sono stati forniti in modo tempestivo?

PEZZOTTI. Noi fornivamo il bollettino al CTS tutti i giorni più o meno, o settimanalmente, adesso non ricordo; è un elemento che possiamo approfondire, però, quei dati venivano aggiornati continuamente.

PRESIDENTE. Glielo chiedo perché, chiaramente, la tempestività dell'adozione di alcune misure è legata anche a quello, ovvero all'immediata

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

disponibilità del dato.

*PALAMARA.* Sicuramente giornalmente veniva fornito il dato della Protezione civile.

*PEZZOTTI.* All'inizio, proprio per il problema della tempestività dei dati individuali, dal 22 febbraio, di lì a qualche giorno, il Ministero aveva predisposto un foglio Excel che mandava ai referenti regionali e chiedeva di compilarlo. Quello che noi abbiamo fatto era questo: fornivamo questa figura, adesso non ricordo con quale frequenza, ma lo facevamo ad ogni richiesta. Purtroppo era tutto negativo, quindi poco utile.

*PRESIDENTE.* Gliel'ho chiesto perché, anche in questo caso, diversi atti contenuti nel fascicolo di Bergamo - lo cito nuovamente - sono legati alla mancata tempestività dell'adozione della zona rossa in Val Seriana e nella Bergamasca. Dico cose che sono note ormai a tutti e scritte nei libri. È un

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

fascicolo chiuso. Mi riferisco alla mancata tempestiva adozione della chiusura della zona rossa in Val Seriana e più in generale in Lombardia, che poi ha consentito lo svolgimento della partita di calcio Atalanta-Valencia, e quindi l'amplificazione del contagio.

Anche all'interno di una serie di intercettazioni telefoniche contenute nei fascicoli, il livello locale evidenziava a livello nazionale quanto fosse grave la situazione, nel senso che si cercava di perorare la necessità dell'adozione della zona rossa. Questo fa pensare a chi legge, che non è un esperto, che il livello locale avesse una percezione della gravità della situazione diversa dal livello nazionale. Se io sono il livello nazionale e vedo giornalmente che in Val Seriana o in Lombardia i contagi crescono in maniera esponenziale e in altre Regioni no, ho la possibilità di assumere una decisione, avendo gli strumenti per farlo. Quindi, i dati dell'Alto Lombardo venivano comunque comunicati, al netto del bollettino...

**PEZZOTTI.** La Lombardia ce li aveva, sono i loro dati; la Lombardia faceva già il bollettino. È un po' un assurdo: la Lombardia sapeva di avere il

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

problema e a livello centrale sembrava... La Lombardia era cosciente di questa cosa e aveva quei dati; nessuno le vietava di fare una zona rossa: questa è la cosa strana.

PRESIDENTE. Questa è una sua considerazione personale. (*Commenti*).

PEZZOTTI. Certo, è una mia considerazione personale.

COLUCCI (*M5S*). Al Presidente non piace questa risposta.

PRESIDENTE. Collega Colucci, così come a lei e ad altri commissari, alcune risposte piacciono, altre no.

COLUCCI (*M5S*). Presidente, mi permetto...

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

PRESIDENTE. Glielo dico per l'ennesima volta: se sto parlando io, parlo io; quando parla lei, parla lei. Mi chiede la parola? Sto dicendo semplicemente che è normale che le risposte degli auditi ai commissari possano piacere o meno, poi ognuno farà le proprie valutazioni personali. A lei piacciono tutte le risposte che le vengono date? Non credo, perché si è lamentato di tante risposte che venivano date dalle associazioni dei familiari, per esempio, legittimamente, perché ogni persona ha il diritto legittimo di farsi un proprio convincimento sulle risposte che vengono date.

COLUCCI (M5S). Signor Presidente, il mio approccio ai vari temi è scientifico, quindi non esprimo né gradimento, né mancato gradimento, ma semplicemente recepisco ciò che scientificamente ci viene detto. Tutto qui.

PRESIDENTE. Anche il mio è un approccio scientifico. Lei non è l'unico ad avere questo approccio, come se gli altri avessero tutti un approccio ideologico. Ritene lei che sia così.

Comunque stavo facendo un'osservazione diversa: il livello locale



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

aveva i dati e aveva la percezione del territorio. Ci sono intercettazioni telefoniche del livello locale che chiede al livello nazionale di adottare delle misure tempestivamente, probabilmente perché i dati erano disponibili e perché i sindaci e il Presidente della Regione erano tempestati di telefonate perché la gente stava morendo dappertutto. Quindi, oltre ad avere la percezione, perché vivevano sul territorio, probabilmente avevano anche i dati e sollecitavano il livello nazionale ad adottare misure.

Quindi la domanda semplicemente è la seguente: quei dati erano in possesso del livello nazionale?

*PEZZOTTI.* Come le ho detto, sicuramente c'era un ritardo tra il momento in cui questi dati venivano trasmessi dal livello locale a livello regionale e successivamente a livello nazionale.

Per quanto riguarda i dati individuali e i dati relativi alla Provincia di Bergamo, a noi sono arrivati sicuramente in tempi successivi. Non era il mio ruolo, ma mi era arrivata voce che nella zona della Provincia di Bergamo ci fosse una certa situazione che andava avanti e noi abbiamo risposto che non

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

avevamo i dati relativi. Parlo della situazione relativa ai primi giorni marzo. Dunque era molto difficile, considerato il ritardo nella comunicazione dei dati a livello locale, che al livello centrale potessimo fornire immediatamente informazioni, basandoci sui dati che avevamo in quel momento. Questo è stato fatto; tuttavia, ripeto, posso dirlo soltanto in maniera informale. La Regione aveva sicuramente una comunicazione diretta con la struttura, quindi non aveva necessariamente il dato formale, ma aveva queste comunicazioni e aveva comunque dei dati che poteva elaborare. Obiettivamente non so nulla sui tempi con i quali i dati sono stati caricati sul loro sistema prima del nostro arrivo, perché noi non abbiamo conoscenza di quella fase.

In ogni caso vorrei aggiungere una considerazione sulla quale si è discusso molto in termini di persone: io mi sono trovato a Milano per il caso di Codogno e ancora adesso sento l'ansia fortissima di aver proposto la chiusura della zona di Codogno. Sono stato io a proporla con il dottor Fontana e il dottor Gallera, nella riunione tenutasi in Lombardia sabato 22 febbraio sera. Per questa chiusura, obiettivamente ci muovevamo con una

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

certa cautela perché avevamo i modelli matematici, però, come al solito, bisogna tenere in considerazione anche quanto è stato detto prima, cioè lo scetticismo verso certi approcci che sono chiaramente matematici e dunque non li tocchiamo con mano. Parlare di *lockdown* quando ancora vedevamo poco del problema non era una decisione facile. Anche per quanto riguarda Bergamo, indicare la responsabilità *a posteriori* è facile, ma se avessimo preso un abbaglio? Per dieci giorni mi sono posto il problema di aver fatto una scelta per Codogno rispetto alla quale qualcuno, il giorno dopo, avrebbe potuto dire che era un abbaglio ed era una mia responsabilità. Obiettivamente questo è uno dei problemi sul quale dovremmo riflettere un po' tutti, cioè andare a cercare per forza la colpa di qualcuno e non avere un confronto più sereno. Questo è un pensiero che ancora adesso mi pesa, perché sono stato protagonista di avvenimenti sui quali tutti, *a posteriori*, hanno delle verità che conoscono bene.

Io invece non ho una posizione. Veramente trovo difficile, anche a livello locale e per chiunque sia stato coinvolto, indicare una responsabilità chiaramente oggettiva per una cosa che è arrivata così rapidamente. Avete

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

visto la curva dei morti che è salita in pochissimi giorni, per una malattia che colpiva la parte fragile della popolazione e qualcuno ancora adesso dice che i fragili sarebbero comunque morti tre giorni dopo. Purtroppo non è facile gestire questi casi, che penso siano molto difficili da gestire in generale.

PRESIDENTE. Come diceva Churchill, tempi difficili richiedono scelte difficili.

PEZZOTTI. Purtroppo a Codogno ho dovuto fare la scelta difficile.

PRESIDENTE. Chiaramente era un periodo difficile per chiunque. È chiaro che vale per qualsiasi cosa. Fare una *review* delle scelte adottate *a posteriori* sconta il fatto di non essere lì in quel momento, ma questo vale per qualsiasi evento.

PEZZOTTI. All'inizio ero uno di coloro che erano convinti che l'epidemia

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

non sarebbe mai partita. All'inizio di gennaio rientravo tra gli scettici. Quando hanno iniziato a parlare di trasmissione pre-sintomatica ero convintissimo che non fosse possibile.

PRESIDENTE. Mi è chiaro. Diciamo che la nostra funzione, la funzione della Commissione, è quella di capire se le scelte prese - al netto del fatto che fosse un periodo difficile - sono state giuste o sbagliate e capire se alcune scelte - sbagliate - in futuro possano essere adottate in maniera differente.

PEZZOTTI. Questo mi piace.

PRESIDENTE. È necessario comprenderlo.

Fatta la nuova piattaforma, i dati arrivavano in maniera più celere? Erano inseriti in maniera più celere e più tempestiva? La nuova piattaforma è stata d'aiuto? È utile oggi per fornire gli strumenti e i dati utili per orientare le scelte?

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

*PALAMARA.* Sicuramente la nuova piattaforma è utile ed è un valore da conservare. Nella diapositiva che ha mostrato prima Pezzotti si evidenzia un ritardo - che definirei fisiologico - nel recepimento dei dati, su cui bisogna lavorare per diminuirlo, considerato il tempo che intercorre tra il momento in cui il paziente si ammala, va dal medico e fa il tampone e il momento in cui viene registrato nel sistema regionale.

Come si diceva prima, probabilmente bisogna ragionare su come, in tempi duri, centralizzare e accorciare queste tempistiche, che sono fisiologiche, anche perché purtroppo il paziente va dal medico magari quattro o cinque giorni dopo la comparsa della febbre. Quindi a noi i dati arrivano con una quindicina di giorni di ritardo.

Io non c'ero in quel periodo, ma mi preme dire che è chiaro che in quei giorni la Regione Lombardia aveva contezza di quello che stava accadendo, anche considerando i ritardi. Non me la sento di esprimermi riguardo alla possibilità di fare scelte diverse.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

PRESIDENTE. Non le chiedo di esprimersi, anche perché sono valutazioni nostre sull'opportunità o meno di certe scelte. Ci sono stati e ci sono i procedimenti penali (uno dei quali è ancora in corso), quindi ci sono anche le valutazioni della magistratura in merito.

CIANCITTO (*FdI*). Signor Presidente, il Centro europeo per le malattie infettive il 9 gennaio ha comunicato il primo caso, com'è stato detto proprio all'inizio della relazione. Sono stati attivati i centri per la diagnosi specifica? Qual era la capacità diagnostica all'epoca, parlo del 9 gennaio 2020?

In secondo luogo, per quanto riguarda l'*app* di tracciamento, secondo voi l'*app* che è stata utilizzata ha avuto una sua utilità nel tracciare i contagi, i contatti ed altro, oppure, alla fine, dal punto di vista dei dati non ha avuto alcuna utilità?

Inoltre, voi avete fatto diversi studi sulla trasmissione, sui meccanismi patogenetici e sull'evoluzione nel tempo; questi studi sono stati utili a chi governava all'epoca per prendere determinati provvedimenti? Sono stati

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

presi in considerazione o no? Capisco che lei, professoressa Palamara, all'epoca non c'era, però queste sono le mie domande.

*PALAMARA.* Per quanto riguarda la capacità diagnostica, forse non sono stata chiara all'inizio, ma sicuramente il 9 gennaio il CDC cinese ha notificato il primo caso. Il 22 gennaio l'OMS ha detto che c'era la trasmissione ed è stato attivato il laboratorio nazionale di riferimento. La capacità diagnostica iniziale su tutto il territorio era bassa, non tanto per mancanza di laboratori, ma perché tutti dovevano reperire i materiali e bisognava omologare i protocolli, ma è stato fatto di tutto e con la massima collaborazione per farlo il prima possibile.

Sull'*app* di tracciamento, non so dare una risposta perché non l'ho seguita e onestamente non so dire quanto sia stata utile.

Per quanto riguarda gli studi, tutto quello che è stato fatto è stato pubblicato sul sito dell'Istituto o su riviste scientifiche. Onestamente, si è fatto di tutto per divulgare. In tutte le situazioni in cui abbiamo avuto



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

l'opportunità, noi abbiamo parlato pubblicamente dei nostri dati, poi quanto questo sia stato recepito non saprei.

CIANCITTO (FDI). Lei ha detto poc'anzi che è stato messo su un sistema di sorveglianza del Covid, attualmente in funzione. Questo sistema di sorveglianza attualmente serve solo per il Covid o anche per altre malattie infettive? All'epoca c'era un sistema di sorveglianza simile a questo che oggi è stato attivato in seguito alla pandemia ed è vigente? Non per il Covid perché il Covid non c'era, ma ad esempio per l'influenza. Esisteva anche all'epoca un sistema di sorveglianza nazionale per il controllo delle malattie infettive? O non c'era perché non c'era il piano pandemico?

PALAMARA. Il sistema di sorveglianza delle malattie infettive, che è disciplinato da un DPCM del 2017, è specifico per ogni malattia, quindi ce ne sono diversi: ad esempio c'è quello per le malattie trasmissibili da alimenti, o quello per la legionella. L'influenza, che è la malattia maggiormente assimilabile al Covid, ha una sua sorveglianza attiva dal 2005,

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

basata su un sistema di medici sentinella. Ci sono medici sparsi a campione su tutto il territorio che fanno tamponi ai malati per diagnosticare l'influenza e i relativi dati poi confluiscono centralmente. Questo è il modo in cui si tiene sotto controllo la circolazione dell'influenza.

Per il Covid, prima del 27 febbraio, è stata utilizzata la piattaforma dell'influenza, ma con un sistema individuale. Mentre il sistema dell'influenza è un sistema a sentinelle, cioè campionario (non è legato, cioè, a un tale Patrizio Rossi che risiede nel tale posto), quello che è stato messo su per il Covid è individuale, quindi consente di avere dati individuali. Ovviamente questo non si può fare per tutte le patologie, quindi, attualmente stiamo cercando di lasciare la sorveglianza individuale per il Covid, che oggi onestamente non ha più senso portare avanti in quel modo, e di trasformare il vecchio sistema dell'influenza in un sistema che si chiama RespiVirNet, che controlla tutti i virus respiratori. Questo è il modo in cui vorremmo procedere, centralizzando i dati, perché quello che ha detto lei all'inizio è fondamentale: bisogna avere un coordinamento centrale, altrimenti i dati non si raccolgono bene.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

In risposta alla senatrice Paita, per quanto riguarda la tempistica di rilevazione penso che abbiamo risposto in maniera abbastanza esaustiva: c'era un certo ritardo di rilevazione dovuto ad un meccanismo fisiologico della raccolta dei dati. Se servisse altro, possiamo approfondire.

Per quanto riguarda l'importanza della struttura territoriale, certamente essa è molto importante. La struttura territoriale dei medici di famiglia, capaci di seguire a domicilio i pazienti, di somministrare terapie e di avere anche un *follow up* è molto importante, non solo per il SARS-CoV, ma per tutte le malattie infettive in generale e anche per evitare l'assalto ai pronto soccorso.

PRESIDENTE. Vi ringrazio per il vostro contributo.

Eventualmente, in relazione alla parte di presentazione che non avete potuto svolgere, su richiesta del collega Borghi, vi chiameremo in una fase successiva.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

***SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE***

PRESIDENTE. Comunico che dopo la richiesta inviata l'11 novembre alla procura della Repubblica di Roma per avere tutti i documenti e i fascicoli ostensibili che avevano ad oggetto il Covid, in particolare il fascicolo che riguardava il commissario Arcuri, anche in funzione delle prossime sedute, non abbiamo ricevuto una risposta formale. Abbiamo fatto diversi solleciti - lo dico perché alcuni commissari mi avevano chiesto di avere questo fascicolo - e oggi è arrivata una prima risposta alla missiva con un contenuto molto minimale, secondo me inidoneo e insufficiente a soddisfare le esigenze che mi sono state manifestate.

Credo quindi che sia doveroso, anche a tutela di tutti i commissari e perché me l'hanno sollecitato più volte, segnalare agli uffici competenti che la documentazione è arrivata dopo tre mesi ed è completamente inidonea. Quindi, la risposta che ci ha dato la procura di Roma al momento è inidonea. Lo dico in particolare perché non c'è nessun fascicolo, mentre noi li avevamo richiesti. Abbiamo solo la richiesta di rinvio e - a quanto risulta da una prima

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

visura sommaria - solo gli atti di base. Questo mi dispiace perché mi ero impegnato con i commissari a cercare di darvi tutta la documentazione, ma non sono nelle condizioni di poterlo fare.

COLUCCI (M5S). Presidente, mi aiuti, di quali procedimenti stiamo parlando?

PRESIDENTE. In particolare del procedimento attivato nei confronti del commissario Arcuri, che è stato in parte oggetto anche della prima audizione del dottor Domenico Arcuri e dell'ingegner Dario Bianchi di JC-Electronics, che vedeva indagato il primo per abuso d'ufficio e quant'altro. Quel fascicolo in particolare risulta chiuso, nel senso che c'era la richiesta di rinvio a giudizio e credo che sia stato archiviato, però - ripeto - non sono nelle condizioni di dare delle risposte.

COLUCCI (M5S). Quindi lei pensa di differire l'audizione prevista per la settimana prossima per consentirci di avere questi dati?

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

PRESIDENTE. Di questo eventualmente discuteremo in sede di Ufficio di Presidenza. Credo che l'eventuale differimento sia una scelta che va discussa assieme in tale sede, perché i commissari mi devono dire che cosa vogliono fare. Io segnalerò agli uffici competenti l'accaduto e riferirò che la documentazione è inidonea.

COLUCCI (M5S). Sì, perché al momento noi non abbiamo ancora i verbali definitivi delle due audizioni, in più manca questa documentazione, quindi io sinceramente valuterei.

PRESIDENTE. Il resoconto stenografico definitivo sarà disponibile entro la giornata di domani. Il ritardo è legato al fatto che i verbali sono stati sottoposti alla classica revisione degli auditi, quindi non è colpa degli uffici.

COLUCCI (M5S). Non sto attribuendo colpe, sto solo descrivendo un dato oggettivo: oggi è giovedì e noi non abbiamo ancora questi verbali. In più

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

manca la documentazione, quindi mi chiedo se sia opportuno procedere la settimana prossima.

PRESIDENTE. Apprezzo la sua domanda “retorica”, nel senso che percepisco che secondo lei non è opportuno, però in ogni caso, ad oggi mi devo attenere al calendario dei lavori, perché abbiamo già convocato la seduta. Io ero fiducioso che arrivasse altra documentazione che non è pervenuta.

L'unica cosa che posso fare per tutelare tutti i commissari e la Commissione è segnalare agli uffici competenti l'accaduto; dopodiché, lei può chiedere una convocazione urgente dell'Ufficio di Presidenza, anche se non so quando potremmo tenerla perché in teoria la Commissione plenaria si riunirà già martedì mattina e quindi diventa complicato convocare anche un Ufficio di Presidenza; quello che le posso suggerire è magari di conferire anche con gli altri Capigruppo e se riuscite a maturare una decisione prima sarebbe meglio.

*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

Io comunque sono a disposizione e non ho problemi a convocare l'Ufficio di Presidenza anche sabato e domenica, però, chiaramente, ad oggi mi devo attenere alle convocazioni delle Commissioni e a quelle audizioni. È anche vero, lo dico a margine, che nessuno ci vieta, questo l'ho detto anche in altre circostanze, di convocare audizioni successive.

Questo è quello che le posso dire.

COLUCCI (M5S). Penso sia utile convocare un Ufficio di Presidenza per esaminare questa questione, quindi le faccio richiesta di convocazione dell'Ufficio di Presidenza.

PRESIDENTE. Mi riservo di sentire gli altri Capigruppo e vi esorto ad accordarvi tra di voi per aiutare la Presidenza a individuare una data utile per tutti.

CIANCITTO (FdI). Signor Presidente, le chiedo di sollecitare ulteriormente la procura di Roma a completare l'invio degli atti che doveva fornirci e di



*Resoconto stenografico n.*

*Commissione parlamentare di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione epidemica del virus Sars-Cov-2 e sulle misure adottate per prevenire e affrontare l'emergenza epidemiologica da Sars-Cov-2*

*Seduta n. 16 del 30 gennaio 2025*

mettere la Commissione nelle condizioni di poter espletare il mandato per cui è stata istituita, perché è fondamentale che ci siano forniti tutti gli atti per consentirci di procedere celermente al lavoro di indagine e di inchiesta. Questo è un modo di osteggiare e di ostacolare il lavoro della Commissione.

PRESIDENTE. La Presidenza prende atto della sua richiesta.

*I lavori terminano alle ore 12,30.*