



Senato della Repubblica

Camera dei deputati

Giunte e Commissioni

XIX LEGISLATURA

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 34

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 DEL PROFESSOR GIOVANNI REZZA, GIÀ DIRIGENTE DI RICERCA DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, NONCHÉ COMPONENTE DELLA TASK-FORCE CORONAVIRUS

36^a seduta: martedì 29 aprile 2025 (*)

Presidenza del presidente LISEI

(*) *Resoconto stenografico declassificato il 26 settembre 2025*

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

INDICE

Sulla pubblicità dei lavori

PRESIDENTE:

- LISEI (*FdI*), *senatore*

Audizione del professor Giovanni Rezza, già dirigente di ricerca dell'Istituto superiore di sanità, nonché componente della task-force Coronavirus

PRESIDENTE:

- LISEI (*FdI*), *senatore*

REZZA Giovanni

BAGNAI (*LEGA*), *deputato*

BOCCIA (*PD-IDP*), *senatore*

COLUCCI Alfonso (*M5S*), *deputato*

LIRIS (*FdI*), *senatore*

ZAMBITO (*PD-IDP*), *senatrice*

ZULLO (*FdI*), *senatore*

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. 34

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. 36 del 29.04.2025

Interviene il professor Giovanni Rezza, già dirigente di ricerca dell'Istituto superiore di sanità, nonché componente della task-force Coronavirus. È presente inoltre, quale collaboratore della Commissione, ai sensi dell'articolo 24 del Regolamento interno, il dottor Francesco Bevere.

I lavori iniziano alle ore 11,15.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Comunico che, secondo quanto stabilito a maggioranza dall'Ufficio di Presidenza, integrato dai rappresentanti dei Gruppi, l'audizione all'ordine del giorno, relativa al ciclo istruttorio sulle misure adottate nella prima fase dell'emergenza epidemiologica per prevenire, contrastare e contenere la diffusione del virus SARS-CoV-2, con particolare riguardo all'aggiornamento e all'attivazione del piano pandemico, sarà svolta in seduta segreta.

Il resoconto stenografico sarà redatto e conservato in regime di segretezza fino a cessazione delle esigenze di tutela dell'istruttoria.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del professor Giovanni Rezza, già dirigente di ricerca dell'Istituto superiore di sanità, nonché componente della task-force Coronavirus

(I lavori proseguono in seduta segreta dalle ore 11,16 alle ore 16,07).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del professor Giovanni Rezza, già dirigente di ricerca dell'Istituto superiore di sanità, nonché componente della task-force Coronavirus, che ringraziamo per la disponibilità.

Come sempre diamo al nostro audito la possibilità di fare una breve introduzione, dopodiché i Commissari potranno rivolgere delle domande.

Cedo subito la parola al professor Rezza.

REZZA. Signor Presidente, ringrazio lei e ringrazio tutti i membri della Commissione presenti. Se mi permetterete, vorrei fare, non per egocentrismo, un po' una cronistoria dei miei incarichi, che si possono

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

confondere in quanto ho cambiato tre posizioni di lavoro nel giro di pochi anni.

Sono stato dirigente di ricerca dell'Istituto superiore di sanità dal 1989. Dal 2009 al maggio 2023 sono stato direttore del Dipartimento malattie infettive. Siccome mi sembra che stiate lavorando proprio sulla primissima fase della pandemia, preciso che in quella fase io ero il direttore del Dipartimento malattie infettive. Dal 2009 al gennaio 2020 sono stato anche membro di vari gruppi di lavoro sulle risposte alle pandemie, in quanto faccio ed ho sempre fatto l'epidemiologo delle malattie infettive, che è una razza in via di estinzione in Italia in questo momento. Nel 2009 fui informalmente un po' il portavoce del ministro Fazio; ero molto vicino al Ministro, che di fatto nel 2011 mi chiese di andare al Ministero. Dopodiché cadde il Governo Berlusconi, quindi rimasi in Istituto superiore di sanità. Il 28 febbraio 2020 ho avuto l'incarico di coordinamento e gestione dell'attività di sorveglianza epidemiologica e microbiologica (quella di cui hanno parlato la professoressa Palamara e il dottor Pezzotti in una precedente audizione);

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

incarico che, con il decreto del 4 marzo del 2020, è stato confermato formalmente con decreto del presidente dell'Istituto superiore sanità.

Il 6 maggio 2020 lo chiese il ministro Speranza e questa andò in porto la nomina a direttore generale, in quanto il precedente direttore generale aveva chiesto ormai da un paio di mesi di poter lasciare il Ministero, quindi la carica era sostanzialmente rimasta vuota. Io accettai effettivamente l'incarico della Direzione generale - siamo al 6 maggio 2020 - che ho condotto per un triennio. All'amico professor Schillaci avevo detto che alla fine del triennio sarei andato via dal Ministero per due motivi principali. In primo luogo, effettivamente non ho fatto la carriera da dirigente ministeriale, mi sentivo un ricercatore; in secondo luogo, perché è molto brutto far vedere che uno è attaccato alla sedia, alla posizione. Il contratto era triennale e alla fine del triennio dissi che avrei abbandonato la posizione.

Sono poi stato assunto - in questo momento sono a tempo definito - da un'università privata di Milano, l'Università Vita-Salute San Raffaele (che credo tutti voi conosciate), come professore straordinario in igiene e sanità

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

pubblica. Fondamentalmente continuo a fare l'epidemiologo e dirigo un master di epidemiologia delle malattie infettive.

Premetto che all'epoca della task force ricoprivo la posizione di dirigente di ricerca presso l'Istituto, con funzione di Direttore del dipartimento malattie infettive, che è una funzione diversa, ai sensi della normativa vigente, e che prevede specifiche funzioni, attribuzioni e responsabilità rispetto ai funzionari ministeriali. Quindi io ero un ricercatore e non un funzionario ministeriale. Non sono a conoscenza di essere sottoposto a indagini e non sono stato mai imputato in procedimenti penali. Non sono stato inquisito, sono stato sentito solo due volte come persona a conoscenza dei fatti dai magistrati di Bergamo, ma non sono stato assolutamente coinvolto nei procedimenti. Ho visto che c'era la possibilità dell'avvocato di fiducia (l'ho visto dalla lettera di convocazione), ma ho capito che era una formalità.

Dividerei questa mia presentazione in cinque punti, sostanzialmente. Dopodiché mi direte voi, perché forse uno di questi punti sarebbe un po' una ripetizione di quello che hanno già presentato Palamara e Pezzotti. Magari

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

lo farò brevemente in un'ottica leggermente diversa, ma cercherò di essere estremamente breve.

Inizierei brevemente a parlare di come è emerso il SARS-CoV-2 e perché ha causato un evento pandemico: questa è una premessa che credo sia importante fare. Secondo, molto brevemente, la risposta internazionale alla pandemia: ci sono state molte carenze, come ben sapete. Quindi azioni implementate in Italia prima e dopo il 20-21 febbraio (vi è stata nella notte del 20 febbraio la comparsa del primo caso autoctono a Codogno), con quelle che sono state le indicazioni del Ministero e le attività dell'ISS. Su questo cercherò di andare veloce, appunto. Alcune riflessioni poi - perché so che è di vostro interesse - sul mancato aggiornamento e la mancata adozione del piano pandemico influenzale. Questo l'ho preparato perché so essere di interesse molto specifico della Commissione. Infine, una breve riflessione: si sarebbe potuto fare di più? Ci sono indicazioni per futuri eventi pandemici? Credo che anche questo sia oggetto dei lavori di questa Commissione. Chiaramente, mi sono fermato al primo trimestre del 2020.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Come emerge un virus pandemico? Noi abbiamo sostanzialmente miriadi di virus che circolano nel mondo animale, e gli animali fanno da serbatoi naturali di questi virus. Gli animali che fanno da serbatoi naturali in genere riproducono molto virus ma non ammalano, tipo i pipistrelli della frutta asiatici o africani (un esempio di cui tanto si parla), piccoli roditori della foresta per il Mpox. Ci sono una infinità di virus che hanno un potenziale per il passaggio dall'animale all'uomo, quindi automaticamente potrebbero avere, in teoria, un potenziale pandemico. Noi spesso dopo gridiamo “Al lupo! Al lupo!”, ma dopo magari la pandemia per fortuna non si verifica. Se non si verifica diciamo che abbiamo gridato “Al lupo! Al lupo!” inutilmente; se invece si verifica, magari non siamo preparati. Insomma, è sempre difficile mantenere un equilibrio in questo senso.

Un virus che può fare? Può passare dall'animale all'uomo, ed è quello che noi definiamo come passaggio di specie. Se si è subito adattato ma è particolarmente aggressivo, l'uomo muore al primo passaggio, con l'uomo muore anche il virus e l'uomo non lo trasmette a nessun altro. Quello che noi definiamo come R_0 di un'epidemia resta al di sotto di 1. L' R_0 che cos'è?

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Indica il numero di casi secondari generati da una singola persona infetta. Se una persona infetta non ne infetta neanche un'altra, R_0 sarà inferiore a 1. Se R è inferiore a 1, l'epidemia non parte. Se R è 2, cosa succede? Succede che due persone ne infettano quattro; quattro ne infettano otto; otto ne infettano sedici; sedici ne infettano trentadue; trentadue ne infettano sessantaquattro e via dicendo. C'è quindi una crescita esponenziale dell'epidemia. Se fosse 1,3? L'epidemia si verificherà, però sarà molto più lenta rispetto a un'epidemia dovuta a un virus che ha un R_0 pari a 2, piuttosto che a 3, piuttosto che a 15, per esempio.

È chiaro che più si allungano le catene di trasmissione interumana, una volta che c'è stato il passaggio di specie, e maggiore è la probabilità che il virus si adatti all'uomo. Però ci sono virus che si adattano molto velocemente: ad esempio, il virus della SARS. Il virus della SARS nel 2002-2003 fece un passaggio e sfortunatamente ci fu una delezione nel patrimonio genetico del virus che lo fece adattare all'uomo. Perché dopo non è tornato negli animali? Perché quella delezione faceva sì che dopo il virus non fosse più trasmissibile fra gli animali. Diciamo che ci sono strani equilibri. Se il

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

virus assume quindi la capacità di diventare particolarmente contagioso e l'R0 supera 1, allora parte l'epidemia. Ed è quello che è successo con ebola, però con cordoni sanitari e via dicendo si riesce a circoscrivere il focolaio; se non si riesce a contenere il focolaio iniziale, l'epidemia dilaga.

Cosa è successo con SARS-CoV 2 in Cina? È accaduto che, fra novembre e dicembre, molto probabilmente, c'è stato un passaggio di specie. Il serbatoio, l'infezione naturale di questo virus, molto probabilmente è il pipistrello della frutta asiatico. Questo virus emerge a Wuhan, città di 11 milioni di abitanti. Come mai? Ci sono i pipistrelli della frutta a Wuhan? Certamente no, sono al Sud della Cina, a Wuhan è praticamente impossibile. Il 31 dicembre le autorità cinesi - viene riportato dall'OMS il 5 gennaio - dicono che ci sono degli strani casi di polmonite di origine non conosciuta. Che roba sarà? Tutti noi incominciamo a interrogarci, perché c'era stata già la SARS. Di fatto, all'inizio di gennaio, molto prontamente i cinesi - ormai la tecnologia è molto avanzata e l'innovazione fa sì che sequenziare un agente anche nuovo non sia particolarmente difficile - riescono a sequenziare il virus. La sequenza viene depositata sul database internazionale

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

(international.org). Quindi su questo si fa molto in fretta, cioè la sequenza viene messa a disposizione piuttosto velocemente.

Come è emerso il virus? Io penso che nessuno possa mettere una pietra definitiva su come sia emerso il virus; nessuno può saperlo. Sappiamo che i primi casi si sono verificati intorno al mercato ittico di Huanan, un mercato che definiamo ittico dove però non vendono solo pesce, ma anche animali selvatici di ogni tipo. E i casi si agglomerano lì vicino. Qual è la particolarità di Wuhan, che è una città di 11 milioni di abitanti, molto grande quindi, con mercati di animali vivi? Io andai in Cina - all'epoca il ministro credo fosse Storace - nel 2006: mandarono una delegazione dell'Istituto superiore di sanità perché già si parlava di aviaria H5N1 (ripeto, siamo nel 2006). I mercati di animali vivi in quel momento erano un po' scomparsi, ma dopo ricompaiono sempre, perché c'è questa abitudine dei cinesi di voler acquistare animali vivi. L'altra particolarità di Wuhan è che c'è questo grande laboratorio ad alto contenimento in cui hanno lavorato con fondi - che io sappia - francesi e di almeno un'organizzazione non governativa americana, forse finanziata da NIH (EgoHealth credo). Naturalmente il laboratorio ad

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

alto contenimento vuol dire che ha una BSL-4: sono laboratori nei quali si lavorano virus particolarmente aggressivi e particolarmente contagiosi.

Qual è l'evidenza che il virus sia emerso da un focolaio naturale piuttosto che l'incidente di laboratorio abbia causato l'emersione del virus? Perché questo termine “emergence” in Italiano non possiamo tradurlo... Emergency è emergenza mentre emergence significa emersione, introduzione nella popolazione umana. Questo virus è stato introdotto a causa di un leakage, di un incidente di laboratorio? Su questo c'è stata anche molta discussione.

Ci sono allora diverse evidenze che propendono per l'ipotesi del passaggio di specie naturale. Quali sono? Che i primi casi si aggregarono intorno al mercato di Huanan. Io dissi: però il mercato potrebbe aver fatto semplicemente da amplificatore di un virus che magari già circolava nella popolazione da uno o due mesi; quindi non è una prova schiacciante, ma un indizio. L'altro indizio è dovuto al fatto che effettivamente due lignaggi, cioè due ceppi diversi del virus, circolavano già allora, da fine novembre del 2019 molto probabilmente: un lignaggio A e un lignaggio B, uno dei quali dopo è

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

diventato predominante. Questo starebbe per un paio di passaggi di specie almeno del virus dall'animale all'uomo. Queste evidenze o indizi - chiamiamoli come vogliamo - sono stati pubblicati su una rivista molto prestigiosa, «Science», da due gruppi di ricerca diversi. Dopodiché possiamo escludere completamente che ci sia stato l'incidente in laboratorio? Non possiamo escluderlo completamente. Gli indizi ci portano verso un'introduzione da un serbatoio naturale, però chiaramente non possiamo escludere ogni altra ipotesi alternativa in via definitiva. Io credo che non arriveremo mai a una conclusione definitiva. Dobbiamo fermarci a quelle che sono le evidenze scientifiche più forti, che per ora ci dicono questo.

Perché il virus, una volta introdotto nella popolazione umana, si è diffuso ed è riuscito a dare un fenomeno, un evento pandemico, mentre il virus della SARS nel 2002-2003 non ci riuscì? Perché c'erano delle similitudini e delle diversità, delle differenze. Le similitudini quali erano? La modalità di trasmissione: quindi per via respiratoria, raramente per via aerosol, con fenomeni di super spread, cioè alcune persone trasmettevano l'infezione a molte altre persone, e alcune persone non trasmettevano

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

l'infezione ad altri. Differenze: il picco di contagiosità. Il picco di contagiosità massima per il virus della SARS avveniva una settimana dopo la comparsa dei sintomi; per SARS-CoV 2, quindi per il virus del Covid-19, al momento della comparsa dei sintomi già si era contagiosi, come per l'influenza. Quindi, quando arrivò - e ricordo che c'erano le riunioni della task force, di cui adesso parlerò - questa notizia, capii immediatamente che non saremmo riusciti a contenere questo focolaio. Questo perché, se un virus si trasmette subito nel momento in cui compaiono i sintomi, voi state in autobus, incominciate a sentirvi male (come con l'influenza), e in quel momento già siete contagiosi. Quindi come contenete l'infezione? Diversamente, con il virus della SARS, era possibile: arrivando il picco di contagiosità una settimana dopo la comparsa dei sintomi, intanto si poteva agire con l'isolamento diretto del malato e con la quarantena dei contatti che venivano rintracciati. Quindi c'era un'enorme differenza.

La seconda differenza è la virulenza e l'aggressività clinica. Paradossalmente, più un virus è aggressivo dal punto di vista clinico, più è facile da contenere, perché sono individuati subito i casi e vengono isolati.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Se invece uno se ne va in giro tranquillamente - questo è un fatto evolucionistico darwiniano - con pochi sintomi, può trasmettere l'infezione a chiunque, come con il raffreddore. La proporzione degli asintomatici è importante: gli asintomatici trasmettono o non trasmettono? Quando abbiamo saputo che gli asintomatici potevano trasmettere il virus? Ho visto che sono tutte domande che anche tutti vi ponete. Gli asintomatici possono trasmettere il virus perché di viral load ce n'è nella saliva. Qual è il punto però? Evolucionisticamente come evolve un virus respiratorio? Il virus non ha intelligenza, però il processo è quello di mutazione-selezione, mutazione-selezione: un puro processo darwiniano. È chiaro che un virus viene favorito e c'è un vantaggio selettivo se la persona infetta tossisce. Perché? Perché se io sono asintomatico, posso trasmettere l'infezione solo a una persona che mi sta molto vicino (ad esempio parlando, ma mi devi stare attaccato). Se invece io tossisco, trasmetto anche a un metro di distanza. Non vi dico poi se starnutisco. Per cui è chiaro che i sintomi danno un vantaggio selettivo al virus. Quindi l'asintomatico può trasmettere? Certo, ma trasmette in misura

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

minore, molto probabilmente, rispetto a una persona che abbia sintomi respiratori.

Sulle tappe e la cronistoria credo che ne abbiano già parlato i miei colleghi. Non so se volete che io brevemente lo ripeta. Il 5 gennaio sostanzialmente c'è una prima allerta: malattia respiratoria di eziologia non nota; il 10 gennaio viene depositata la sequenza del virus in questo database internazionale (virological.org). Quand'è che si ipotizza la trasmissione interumana? Il 20-21 gennaio, perché per un paio di settimane - io lo ricordo bene - pensai: scampato pericolo, abbiamo avuto un certo numero di casi in Cina, dopodiché non segnalano più nulla; quindi vuol dire che questi casi sono stati dovuti, per esempio, a un passaggio di specie dall'animale all'uomo, dopodiché non è successo più nulla e loro non hanno trasmesso più l'infezione ad altri? Dopo un paio di settimane arriva la feroce notizia che si erano ammalati degli operatori sanitari. Gli operatori sanitari sono quelli che hanno più probabilità di contatto con persone malate. Intorno al 21 gennaio incominciammo a sapere che è possibile la trasmissione interumana. Il 22 gennaio c'è un comunicato stampa OMS che dice: c'è trasmissione

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

interumana. L'ECDC di Stoccolma (European centre for disease prevention and control) dice: rischio pandemico basso. Come si fa a dire rischio pandemico basso, quando sappiamo che è un virus che si trasmette da persona a persona?

Il 23 gennaio l'OMS dice: non vale ancora la pena dichiarare la PHEIC (Public health emergency of international concern), quindi una emergenza di sanità pubblica di rilievo internazionale, di preoccupazione internazionale. Però i cinesi cominciano il lockdown di massa a Wuhan e Hubei, nella provincia di Wuhan; lockdown mai visto prima, e i cinesi queste cose le fanno come si dice, a regola d'arte: non vuol dire che tu resti a casa insieme alla persona malata, ma vuol dire che in una settimana hanno costruito un ospedale quarantenario. Noi l'abbiamo inventata, la quarantena; i veneziani, fu la gloriosa Repubblica Veneta ad inventare la quarantena, sostanzialmente. Si resta diversi giorni isolati, quindi non c'è trasmissione intrafamiliare a quel punto, cosa che invece da noi "giustamente" avviene perché uno non può deportare le persone al di fuori dell'ambito familiare. Finalmente, il 30 gennaio l'OMS dichiara la PHEIC, che non vuol dire

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

dichiarazione di pandemia. Per esempio, adesso la poliomielite è PHEIC perché vorrebbero eradicarla, ma nelle zone tribali del Pakistan e dell'Afghanistan non ci si riesce, purtroppo, ed è ancora una Public health emergency of international concern.

Ancora un po' di cronistoria per quanto riguarda invece l'Italia. L'istituzione della task force, se non erro, è del 22 gennaio. Se posso, vorrei soffermarmi un attimo su questa task force, che era informale. Io ricordo che ne ho parlato anche con i magistrati di Bergamo, e non è un segreto perché i verbali li hanno tutti e dissi che non c'erano verbali firmati. E i magistrati dissero: sono resoconti e non sono verbali, perché non erano firmati né controfirmati. C'era un funzionario che passava, verbalizzava e magari non era sempre lo stesso (adesso non ricordo bene). Qual è il punto? Addirittura io trovo: a un certo punto "Rezza dice che - non ricordo in quale data di gennaio - il Covid è come un'influenza". Sapete cosa avevo detto io? Avevo detto: se il Covid arriva nel momento in cui c'è il picco influenzale, siccome i sintomi possono essere confusi (quante persone sviluppano il Covid in forma grave? Poche rispetto a tutte quelle che invece si ammalano in maniera

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

asintomatica e in forma non grave), sarà la tempesta perfetta. E questo è avvenuto. Il Covid a Codogno, o perlomeno in provincia di Lodi, e dopo abbiamo visto anche in Val Seriana (sulla Val Seriana farei un punto speciale), è arrivato nel momento del picco influenzale o quando stava appena diminuendo il picco influenzale. Questo è il motivo per cui, in assenza di test di massa, non si riuscì ad identificare i primi casi.

Dopodiché, il 30 gennaio vengono accertati i primi due casi, ma sono casi importati: i due cinesi famosissimi a Roma, ma non danno vita a catene di trasmissione. Il 30-31 gennaio in Italia vengono interdetti i voli dalla Cina. L'Italia è stato l'unico Paese europeo a fare questo. Però credo che abbiate sentito dai colleghi dell'USMAF quanto sia difficile rintracciare i voli indiretti, quelli che arrivano attraverso connessioni; è praticamente impossibile. È un problema, e con Carmine Guarino abbiamo discusso a lungo di questo. Dopo c'è stata la discussione su cosa fare con i cinesi che rientrano dalla Cina. Io sinceramente ero favorevole a quarantenarli, nel senso di non farli andare a scuola subito, ma questo non successe. Però, fortunatamente, non ci furono conseguenze.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Il 3 febbraio c'è l'istituzione invece del CTS, che credo si riunisca per la prima volta il 7 febbraio. Su questo non ho date precise, perché non ho fatto parte del primo CTS se non da novembre o dicembre, in quanto, dopo essere stato nominato direttore generale, qualche mese dopo d'ufficio sono diventato membro del CTS. Però venivo chiamato talvolta in CTS - dopo vedremo quando - per questioni molto tecniche; magari c'era Brusaferrò che mi chiamava dicendomi “perché non vieni”, in modo da relazionare su un aspetto epidemiologico specifico.

Il 4 febbraio: corridoi sanitari e scanner termici. Su questo diciamo che non c'è stata molta collaborazione da parte degli altri Paesi europei. Noi diciamo tanto dell'Italia, ma l'Italia ha fatto molto, mentre gli altri Paesi europei che cosa hanno fatto? Io non ricordo un medico dell'Unione europea che sia venuto nel primo periodo, nella prima fase, quando noi eravamo in difficoltà. Sono arrivati i russi (non so cosa abbiano fatto, ma sono arrivati); sono arrivati gli albanesi; ricordo anche i medici cubani. Però l'Unione europea non ha reagito granché bene e su questo penso che non ci siano molti dubbi. Anche sul blocco dei voli, noi abbiamo bloccato i voli, ma gli altri

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Paesi europei no. Quindi chi arrivava a Parigi piuttosto che a Londra, dopo poteva venire a Roma con una connessione. E poi, vai a rintracciarli dopo. Sono tutte azioni che non possono fermare una pandemia, ma possono ritardarla.

Il 6 febbraio importiamo un caso, ma si tratta di un rimpatrio di un militare con una malattia lieve da Covid-19. Arriviamo al 21 febbraio, che è la data di diagnosi del primo caso autoctono. Io lo ricordo bene perché era mezzanotte e mezza e mi chiamarono dalla Lombardia. Io avevo contatti diretti, qualche volta anche con l'assessore, ma specialmente con i tecnici, con la dottoressa Gramegna e con Danilo Cereda. I lombardi mi chiamarono a mezzanotte e mezza del 20, (quindi era ormai il 21), e mi dissero: qui abbiamo il primo caso autoctono. Quando abbiamo sentito che c'era un primo caso autoctono, abbiamo capito che l'epidemia era partita: c'era una generazione di casi alle spalle, e su questo non c'è dubbio. Dopo ci sono i primi provvedimenti, ma di questi magari se ne parlerà dopo: il 4 marzo, chiusura della scuola; dopo, il lockdown nazionale famoso; la dichiarazione dello stato di pandemia. Vedete, la dichiarazione dello stato di pandemia da

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

parte dell'OMS arriva l'11 marzo; ripeto, l'11 marzo la dichiarazione dello stato di pandemia, ma è una dichiarazione fatta sui media, perché l'OMS non dichiara la pandemia; è fatta sui media.

Che cosa è successo fino al primo caso autoctono? Questa è l'altra cosa forse importante. Il Ministero ha fatto tre circolari, che credo siano quelle fondamentali, dopodiché c'è questa ordinanza della Protezione civile, del Consiglio dei ministri del 27 febbraio, la famosa n. 640, con la quale dopo viene istituita formalmente anche la sorveglianza epidemiologica. Ci sono tre circolari di una certa importanza. C'è quella del 22 gennaio, in cui si dice che è confermata la trasmissione interumana - questa penso sia una delle cose più importanti. Quando si conferma la trasmissione da persona a persona, insomma, uno incomincia veramente a temere che ci sia un rischio; non so come mai l'ECDC dichiara ancora un rischio moderato. Se l'infezione si trasmette da persona a persona, devi stare un po' attento. Con questa circolare vengono istituiti il canale sanitario con gli scanner termometrici. Sono tutte misure che possono avere un valore relativo. È chiaro che se io mi faccio un'aspirina, una tachipirina, e in quel momento la febbre non ce

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

l'ho, passo. Oppure se sto incubando, perché mi sono infettato il giorno prima, e manifesto i sintomi il giorno dopo, io non vengo beccato dallo scanner: su questo non c'è dubbio. È un mezzo che può diminuire l'impatto, però non può fermare l'epidemia: questo è chiaro.

Ci sono poi le misure per i casi sospetti ed è interessante vedere chi sono i casi sospetti: sono SARI (infezioni respiratorie gravi) di ritorno da Wuhan, operatori sanitari che hanno contatti con persone sospette o persone che abbiano un decorso clinico insolito; oppure ARI (infezioni respiratorie acute) in contatti stretti di casi confermati o che hanno fatto viaggi a Wuhan. A Wuhan dove? Se ha avuto contatti con animali, mercati o ospedali. Questo non è che se lo è inventato il Ministero, ma sono ripresi dagli organismi internazionali, in particolare dall'OMS.

Viene successivamente istituita la necessità di diagnostica di laboratorio e la segnalazione di casi sospetti per il rintraccio dei contatti dei passeggeri - anche questo è estremamente importante - laddove ci sia un caso sospetto a bordo. La circolare del 27 gennaio è importante anche perché, se c'è un caso sospetto, probabile o confermato, si dà la definizione di caso. C'è

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

sempre molto orientamento ancora sulla Cina, perché è chiaro: la diffusione in quel momento era soprattutto a Wuhan; la Cina è un continente e Wuhan, per quanto abbia 11 milioni di abitanti, anche considerando la provincia dell'Hubei, è una piccola zona della Cina in mezzo a un mare magnum. Il sospetto è basato quindi su viaggi in Cina o contatto con persone che abbiano una infezione respiratoria acuta grave o casi di Covid-19 in ambito ospedaliero. Certo, se già gli viene diagnosticato, ma è chiaro che all'epoca a nessuno però era stato diagnosticato un Covid.

La circolare del 22 febbraio è quella sulla gestione dei casi in cui si fa intanto un primo elenco dei laboratori che possono effettuare la diagnosi molecolare. Come vedete: secondo i protocolli specifici di RT-PCR per Sars-CoV-2 indicati dell'OMS. Cioè sono test fatti in casa ancora. Non c'erano test commerciali. Per esempio i test rapidi li abbiamo avuti in estate. Quando abbiamo cominciato a fare, ad esempio, lo screening dei passeggeri di ritorno da zone affette? Quando è stato questo? È stato durante l'estate, quando si è reso disponibile il primo test rapido. All'inizio in regime di monopoli

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

addirittura: il primo test rapido credo fosse addirittura una società coreana che lo produceva.

Prima del 27 febbraio, questo per quanto riguarda l'Istituto, perché all'epoca stavo in Istituto... Però forse sono cose che vi hanno già detto, quindi corro moltissimo: l'istituzione del laboratorio nazionale di riferimento; il sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica; si incominciò a lavorare su una piattaforma sulla quale le Regioni potessero caricare immediatamente i casi. Anche questa ve l'hanno credo mostrata i miei colleghi: è un po' l'evoluzione delle attività del laboratorio di riferimento nazionale. È chiaro che all'inizio l'Istituto superiore di sanità doveva confermare tutti i casi, dopodiché i laboratori regionali facevano benissimo. Tante volte noi diciamo che il fatto che l'Italia non sia un Paese centralizzato, ma basato sulle Regioni, crea dei problemi. Sì, ci possono essere problemi di coordinamento, però è pur vero che l'Italia è molto grande e variegata, e ci sono Regioni che effettivamente hanno retto bene all'urto.

Una parola la vorrei spendere sulla regione Lombardia, perché tutti hanno detto che la Lombardia non ha retto al primo urto. Voglio dire, ti arriva

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

uno tsunami dentro casa per cui, pur con la potenza di fuoco che ha la Lombardia, che ha ospedali che nessun'altra Regione italiana ha, è chiaro che si fa fatica dopo a contrastare l'onda d'urto. Fosse successo in una qualsiasi altra Regione, probabilmente sarebbe andata almeno altrettanto male. Dopodiché, i laboratori di riferimento regionale non hanno più necessità di avere conferme da parte dell'Istituto superiore di sanità.

Cosa è successo prima del 20-21 febbraio del 2020? C'è stata una attività di sorveglianza sui casi gravi, che era un adattamento del sistema di sorveglianza dell'influenza (questo credo che l'abbiano detto i miei colleghi nella precedente riunione), che ha permesso di identificare quei tre casi, di cui due importati e uno rimpatriato, sostanzialmente. Tutte le SARI, cioè le infezioni gravi testate risultarono dopo negative, finché non siamo arrivati al primo caso di trasmissione locale, la notte fra il 20 e il 21 febbraio.

Con l'ordinanza n. 640 qualcosa è cambiato, perché è stato istituito un flusso individuale con una piattaforma specifica. Però è chiaro che per un po' di tempo il sistema era in rodaggio. Io ho sentito qualcosa dell'audizione del professor Vespignani, che ha detto: "qualche dato girava su carta o su

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Excel”. Su carta non so sinceramente (non so dove abbia preso l'informazione), ma su Excel sicuramente, perché Excel è un programma per l'immissione dei dati. Cosa succede? Anche se noi, come Istituto superiore sanità, fornivamo subito una piattaforma, le Regioni, specialmente quelle sotto grande stress (parlo di Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna perché c'era l'hub ospedaliero di Piacenza, che sta a un passo dalla Lombardia, da Lodi), è chiaro che stavano molto sotto pressione, per cui prima di fare un doppio input regionale e nazionale, magari facevano la prima immissione dei dati su Excel. Ma è normale, è una cosa che si fa per quanto riguarda l'input dei dati. Sostanzialmente, abbiamo avuto per lungo tempo questo flusso individuale dell'Istituto superiore di sanità e il flusso di dati aggregati; quelli che dopo in conferenza stampa, ogni giorno, venivano presentati in sede di Protezione civile. C'era quell'appuntamento tardo-pomeridiano: quello era fatto sui dati aggregati.

C'è una differenza fra i dati aggregati e i dati individuali. È chiaro che con il flusso dei dati aggregati la Regione ci dice: oggi ho avuto tutti questi casi diagnosticati; li manda al centro e il centro immediatamente li elabora

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

tutti e ci dice: oggi abbiamo avuto tanti casi e tanti morti. È un sistema molto veloce: dalla sua ha, come vantaggio, la velocità; dall'altra, ha l'imprecisione. È chiaro, infatti, che quei casi aggregati vengono segnalati per data di segnalazione e di diagnosi al massimo, ma non per data di comparsa. Quindi fanno riferimento a casi che effettivamente si sono verificati nei giorni precedenti. Però è molto veloce. Dall'altra, il sistema dell'Istituto superiore di sanità, fatto in collaborazione con le Regioni, chiaramente ha un flusso individuale e dà dati molto più precisi, per esempio sulla comparsa dei sintomi. Questo è importante: per i modelli matematici, il calcolo R con t ha un'importanza unica e fondamentale, però è un po' più lento, perché le Regioni devono mettere dei dati sulla piattaforma dell'Istituto, e questo prende un po' più tempo. Quindi è un sistema leggermente più lento, ma questi sono motivi tecnici e logistici sui quali si può sinceramente far poco.

Non mi soffermo su questa slide (vi è stata già mostrata credo dai colleghi), né sul flusso dei dati, che è quello ancora odierno. Le Regioni fanno da hub per la trasmissione dei dati: gli aggregati al Ministero, gli individuali all'Istituto superiore di sanità.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Credo che la prima cosa importante, dal punto di vista degli interventi, sia stato l'intervento fatto su Codogno e sulle undici municipalità coinvolte nel lodigiano, dove la Regione Lombardia dichiarò la zona rossa. I dati vennero elaborati dalla Fondazione Bruno Kessler, quindi il dottor Merler, che credo sia una delle eccellenze del nostro Paese; ricordo che ebbe il premio anche dall'istituto Aspen per uno dei migliori studi fatti su modelli matematici per Ebola (prima del Covid, quindi aveva lunga esperienza). Lui stima sostanzialmente, a Codogno, un R_0 di 2,5-3. Potete capire come i casi crescevano in maniera esponenziale. Vedete infatti sulla destra la crescita dei casi. Dopodiché si fa questo intervento di zona rossa. La zona rossa era stata applicata, a parte a Wuhan, in Occidente a Toronto: era stato fatto un lockdown all'epoca della SARS, perché c'è una grande comunità cinese a Toronto, quindi i cinesi si spostavano da Hong Kong verso il Canada e Toronto fu colpita dalla SARS. All'epoca, ricordo cosa disse Cosmacini sul «Corriere della Sera»: «non si può applicare la quarantena in una moderna città». Non è vero, perché funzionarono l'isolamento e la quarantena con la SARS; con la SARS-CoV-2, come ho detto prima, è più difficile. Però

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

succede che la zona rossa, che è chiaramente un provvedimento che può essere adottato per breve tempo perché è molto restrittivo delle libertà individuali (però a mali estremi, estremi rimedi), abbatta quell' R_0 e l' R a tempo t dopo l'intervento. Quindi, in quel caso dieci o quindici giorni dopo l'intervento, come vedete, al di sotto di uno. Ma al di sotto di uno non vuol dire che non c'è più nessun caso, perché le persone infette continuano purtroppo a trasmettere un po' l'infezione ai membri della famiglia, ad esempio. Però meno di uno vuol dire che il numero di casi tende a scendere. Infatti vedete che, quando l' R_T si abbassa, dopo un po' si abbassa anche il numero di casi, l'incidenza di nuovi casi.

Qui c'è un episodio cruciale, perché i buoi erano scappati dal recinto, Noi pensavamo: conteniamo Codogno. Ma intanto c'era Vo Euganeo. Con Vo Euganeo, devo dire, la Regione Veneto intervenne molto efficacemente; ha un forte servizio territoriale. A Vo Euganeo in effetti il focolaio venne contenuto molto rapidamente. Però pure lì non facciamo i paragoni: vogliamo mettere la densità abitativa della Lombardia con Vo Euganeo? Con tutto il rispetto, penso che la Regione Veneto abbia uno dei servizi territoriali

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

più forti d'Italia. Questa antica tradizione della quarantena se la sono portata dietro e sono estremamente bravi ed efficienti, però Vo Euganeo non è paragonabile a Lodi. Quindi ottimo lavoro su Vo Euganeo della Regione Veneto, ma allo stesso tempo a Lodi è molto più difficile: è una zona molto più densa e la gente se ne va verso l'Emilia, perché in Emilia c'è l'hub ospedaliero di Piacenza. Le epidemie si muovono per contiguità territoriale oppure fanno dei salti; e questa incomincia a fare dei salti: compaiono casi a Rimini e da Rimini dove se ne vanno? Verso il Nord delle Marche. Quindi a quel punto diventa tutto difficile.

Credo che uno dei dibattiti più critici sia stato quello sull'istituzione o meno della zona rossa in Val Seriana. Il 3 marzo del 2020 il CTS esamina la richiesta della Regione Lombardia della zona rossa in Val Seriana. La zona rossa la possono chiedere il Comune, la Provincia, la Regione o il Governo. In genere, siccome una zona rossa è molto pesante per i cittadini, si cerca di condividere le responsabilità: in genere succede questo. Devo dire che personalmente - questo l'ho detto ai magistrati e lo dico tranquillamente anche a voi - insieme a Merler della Fondazione Bruno Kessler valutiamo il

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

numero di casi Comune per Comune; quando gli ho chiesto quando secondo lui bisognava chiudere, mi ha risposto: quando ci sono delle catene di trasmissione più lunghe di 20-21 casi, perché bisogna considerare l'incidenza per 10.000 abitanti e quelli sono paesi abbastanza piccoli. Io ero molto spaventato dalla possibilità che il virus potesse muoversi dalla Val Seriana verso Bergamo, perché Alzano e Nembro sono molto vicini a Bergamo. Se l'epidemia prende Bergamo, dopo se ne va a Milano e parte in tutta Italia: questo era il punto fondamentale. Chiaramente chiedo al Presidente dell'Istituto superiore di sanità di portare questa istanza in CTS, che dà un parere favorevole all'adozione delle misure restrittive ad Alzano e Nembro, per due motivi: l'elevato numero di casi, e quindi un'elevata incidenza, soprattutto a Nembro, e una contiguità con Bergamo. Il parere viene trasmesso; il 4 marzo si chiede un approfondimento che l'Istituto superiore di sanità fa e in effetti afferma che vale la pena prendere questa misura restrittiva. Quindi il 5 marzo il CTS invia la lettera al Ministro e da quello che mi risulta il Ministro avrebbe anche firmato il provvedimento restrittivo (quantomeno era favorevole), però il 6-7 marzo c'è una riunione del CTS alla

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

presenza del Presidente del Consiglio, ma contemporaneamente succede che Province con un numero di casi più alto di dieci per 10.000 vengono segnalate anche in Emilia-Romagna, in Veneto e nelle Marche. Allora a quel punto che succede? C'è un parere favorevole a ulteriori restrizioni, ma a quel punto ci deve essere per forza una decisione politica. Io dico una cosa: noi tecnici siamo sempre stati sentiti, dopodiché le decisioni le prende la politica. Io ricordo che anche il presidente del Consiglio Draghi si fece una domanda. Vi ricordate quando Draghi disse: esiste un rischio accettabile? Allora in una conferenza stampa chiesero a me: il presidente Draghi ha detto che c'è un rischio accettabile, qual è secondo lei? Io dissi: io sono un medico, faccio l'epidemiologo, quindi per me il rischio accettabile è zero; è chiaro. Posso dire che voglio una persona malata o morta? Assolutamente no, perché io sono medico. Dopodiché, per un economista il rischio accettabile sarà 10, per un privato che vive del proprio lavoro il rischio accettabile è anche 100 o 1.000, perché l'alternativa è il non guadagno, "l'inedia". È chiaro, quindi, che certe decisioni, comunque sia, anche se suggerite dai tecnici, vengono prese dai politici, per forza, ma è giusto che sia così.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Quanto all'obbligo vaccinale, ad esempio, io non direi mai che è necessario un obbligo vaccinale; direi che è necessario mantenere alte le coperture vaccinali. Dopodiché, obbligo o non obbligo lo decide la politica, perché la politica pesa il parere tecnico con l'economia e la società, e quindi prende la decisione. Questo è chiaro.

L'8 marzo venne quindi presa la decisione - che io ricordi - di estendere la zona rossa a tutta la Lombardia, credo anche ad altre Regioni (penso che il Veneto ci fosse sicuramente); dopodiché l'11 marzo partì il *lockdown* nazionale.

Passiamo agli effetti del *lockdown* nazionale. Rispetto a quando fare un *lockdown*, non so se questo è il momento e la sede; me lo dite voi, perché stiamo andando molto oltre la *task force*. È chiaro che con un *lockdown* nazionale (un provvedimento molto duro che deve essere delimitato nel tempo, altrimenti il Paese non regge), da un punto di vista tecnico si ha la riduzione dell'indice R_t , non c'è niente da fare, e soprattutto si va non solo a limitare la diffusione nelle zone colpite, ma a proteggere le zone non colpite. La grande paura io credo sia stata se l'epidemia fosse arrivata al Sud, e non

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

parlo della Calabria, perché magari con le interconnessioni che ci sono il virus impiega molto tempo prima di arrivare da Crotone a Cosenza, ma penso alle grandi città del Sud, che sicuramente potevano essere messe molto a rischio, con sistemi sanitari che, per carità, ci sono anche delle eccellenze, ma non sono paragonabili a quelli di alcune Regioni del Nord Italia. Il discorso è che il *lockdown* più o meno lo hanno fatto tutti i Paesi, dopodiché ce ne sono alcuni che lo hanno fatto implementare in maniera più dura, però l'Italia è stato il primo Paese a essere colpito. Noi abbiamo avuto questo tsunami di casi, perché quando è arrivato il virus a Codogno non era arrivato in nessun altro posto d'Europa e non credo per negligenza, perché sono fattori anche casuali quelli che fanno sì che un Paese venga colpito prima di un altro.

Sempre sul *lockdown* qualcuno dice che gli inglesi prima avevano cercato di non farlo, dopodiché invece ci hanno ripensato e lo hanno implementato. In Svezia sono stati molto più morbidi, però sapete che lì la densità per chilometro quadrato è molto più bassa, cioè non si può paragonare l'Italia alla Svezia. È molto difficile fare questi confronti che noi

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

in epidemiologia chiamiamo ecologici, perché il confronto ecologico dice che in Italia va in un modo e in Svezia in un altro, però ci sono dei fattori di confondimento (come li chiamiamo in epidemiologia), che confondono quel risultato. È chiaro che non possiamo paragonare le mele con le pere; c'è anche un'attitudine della popolazione, ci sono fattori culturali; è sempre molto difficile valutare gli effetti e soprattutto fare confronti fra Paesi diversi: è difficilissimo.

Che fa il *lockdown*? I provvedimenti restrittivi cosa possono fare? Vedete la campana grigia e la campana verde? La campana grigia rappresenta lo scenario in cui faccio correre il virus: è chiaro che se faccio correre il virus l'epidemia dura di meno, perché faccio tanti casi in poco tempo, mentre se adotto delle misure restrittive abbasso il picco epidemico e l'epidemia dura di più, viene dilazionata nel tempo. Ma qual è il vantaggio? In parte uno dei grandi vantaggi è quello di non occupare le terapie intensive. Non penso solo al Covid, perché se pensassi solo al Covid sapete che in terapia intensiva qualcuno si è salvato e qualcuno no, perché magari si arriva anche in condizioni estreme; ma se uno è infartuato o ha un *ictus*, dopo dove

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

va? Pertanto, il punto molto importante è cercare di mantenere efficiente l'attività degli ospedali e delle terapie intensive, altrimenti si rischia di saturarle e dopo muoiono persone che invece potrebbero essere salvate. Questo è il punto. Quindi non è tanto il numero totale di casi o di morti per Covid, quanto il fatto di riuscire a tenere parzialmente libere le terapie intensive.

Un altro punto critico - io sto parlando di punti critici a questo punto - è quello del piano pandemico del 2006. Era un'altra discussione che credo sia di vostro interesse. Una delle grandi discussioni che c'è stata riguardava il fatto se il piano non era aggiornato e perché non era stato adottato quello vecchio: queste erano le due grosse domande, cioè se valeva la pena farlo o non farlo. Che il piano non fosse stato aggiornato è oggettivo e non si può discutere; dopo si può discutere di quanto è utile un piano pandemico influenzale per il Covid - questa è la domanda che ci possiamo fare - perché i piani pandemici sono sempre stati fatti per la pandemia influenzale. Invece ci siamo trovati una pandemia dovuta a un virus diverso: non completamente diverso, però sicuramente diverso. Pertanto, alla domanda se era necessario

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

aggiornare il piano pandemico, rispondo che lo era: i piani pandemici vanno aggiornati. I piani pandemici, quei mallopponi che nessuno legge, devono restare carta? No, devono essere materia viva: bisogna fare le esercitazioni, le scorte di farmaci e di vaccini (laddove disponibili), percorsi puliti, percorsi sporchi, esercitazioni. Sui piani pandemici, se io faccio un bel libretto non è neanche un bene perché è pesante da leggere, faccio fatica a leggerlo e soprattutto non lo applico. Questo non serve. Quindi servono i piani pandemici, ma servono soprattutto se vengono applicati. Magari non servono piani pandemici troppo rigidi, però i piani servono. Quindi non era stato aggiornato e questo è inutile che lo dica io, è la verità. Si poteva utilizzare il piano pandemico del 2006? Sinceramente, questa è una domanda a cui è difficile rispondere, perché si trattava comunque di un piano pandemico influenzale, quindi non di un piano pandemico per tutte le infezioni respiratorie, Covid compreso. Pertanto, molti dei punti compresi in quel piano pandemico non erano validi per il Covid, per esempio quelli che parlavano di scorte di vaccini e di farmaci. Noi abbiamo vaccini antinfluenzali; c'è il vaiolo e ci sono le scorte di vaccini per il *monkey pox*.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

In questo caso per il Coronavirus non c'erano vaccini disponibili fino ad allora, né tantomeno farmaci antivirali di provata efficacia.

Se andiamo a scorrere le fasi previste nel piano pandemico del 2006, io le ho un po' contestate, perché sono un po' rigide e tante volte difficili da leggere e interpretare. La fase 1 prevede nessun nuovo sottotipo nell'uomo con rischio basso nell'uomo. Non era il caso. La fase 2 prevede circolazione di sottotipi influenzali nuovi (influenzali, non nuovi tipi virali, ma anche l'OMS evidentemente è stata ferma a quel punto) in animali, con rischio sostanziale nell'uomo. Questo specifico coronavirus non era stato identificato nell'animale, quindi saltiamo: questa fase non è applicabile. Fase 3: infezione nell'uomo senza trasmissione interumana. Il livello zero è assenza di infezioni nel Paese e di fatto c'era assenza di infezioni nel nostro Paese. Livello 1: presenza di infezioni nel Paese o intensi collegamenti con Paesi a rischio. Qualcuno dice che forse era interpretabile come fase 3.1, non per presenza di infezioni, perché non c'erano infezioni nel nostro Paese, ma per intensi collegamenti. Intensi collegamenti con il Paese o con Wuhan? Lo dico perché credo che con Wuhan avevamo solo tre voli diretti a settimana,

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

quindi il fatto che il contatto fosse intenso è da interpretare. Per questo dico che talvolta queste fasi sono difficili da interpretare con certezza. Se noi applicassimo la fase 3.1, saremmo addirittura oggi in fase 3.1 con H5N1, perché abbiamo casi negli Stati Uniti, oltre che in Cambogia, e abbiamo intensi collegamenti. Quindi pensateci bene: se io dico che era la fase 3.1, allora lo è anche adesso per H5N1, a rigor di logica. La fase 4 prevede piccoli *cluster* con diffusione localizzata. Al solito, non avevamo presenza di piccoli *cluster*, però avevamo intensi collegamenti. Perché si parlava di presenza di piccoli *cluster*? Potrebbe essere semplice presenza di casi. Comunque questo era il piano del 2006. Dopo il 20 gennaio incominciano a essere segnalati casi di trasmissione interumana in Cina, al che, se noi intendiamo intensi collegamenti, facciamo un passaggio dalla fase 3.1 alla fase 4.1; dopo si hanno grandi *cluster* ma limitata diffusione interumana, stiamo all'inizio di febbraio, passiamo subito alla fase 5.1? Sostanzialmente dopo passiamo immediatamente alla fase 6, perché al 21 febbraio capiamo che c'è già qualche generazione di casi, quindi facciamo un salto diretto alla fase 6. Aiuta la lettura di queste fasi? Sinceramente ho qualche dubbio.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Uno dei motivi per cui io dopo sono stato tempestivamente chiamato al Ministero della salute, oltre al fatto che era rimasta vacante la direzione, era quello di mettere a punto il nuovo piano pandemico durante la pandemia; è quello che venne licenziato e che è ancora in vigore, perché quello del 21 gennaio 2021 è il piano attualmente in vigore, quindi adesso dovrebbe essere aggiornato. Quel piano è molto semplificato dal punto di vista delle fasi: c'è una fase interpandemica, c'è una fase di allerta e dopo c'è la fase pandemica vera e propria. Quindi la discussione sulle fasi è quantomeno molto difficile da interpretare. Dopodiché i provvedimenti che possono essere presi sono il mantenimento e il rafforzamento del sistema nazionale sentinella della sindrome influenzale, che è stato fatto; il mantenimento e il rafforzamento della sorveglianza veterinaria. Al riguardo devo dire che sono medico e c'è competizione con i veterinari, anche se mi rifaccio all'approccio *one health*. Naturalmente scherzo, ma in Italia siamo stati gli antesignani dell'approccio *one health*. Spesso siamo molto provinciali: subito riprendiamo gli slogan di organismi internazionali con questi bei nomi stranieri come *one health*, che è molto enfatico, ma noi sotto il Ministero della salute abbiamo avuto la

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

direzione veterinaria e la direzione medica e della prevenzione da sempre, mentre in molti Paesi i veterinari sono associati all'agricoltura. Dovremmo cioè rivendicare come Paese di essere stati i primi, o quantomeno fra i primi, a seguire un approccio *one health*, perché abbiamo veterinari, medici e una grande rete veterinaria degli zooprofilattici, grazie al direttore generale Marabelli, che è veramente molto efficiente. Il piano prevede poi di integrare informazioni epidemiologiche umane e veterinarie, di mettere a punto ulteriori strumenti per monitorare i casi di influenza attribuibili ai nuovi ceppi virali nell'eventuale pandemia. Vedete dalle fasi 3 e 5 queste sono le azioni di sorveglianza. Dopodiché, gli interventi sono: valutare opportunità di restrizioni degli spostamenti; istituzione di controlli sanitari alle frontiere; attuazione di protocolli previsti dal regolamento sanitario internazionale in caso di passeggeri con sospetti sintomi; isolamento, quarantena, uso di mascherine chirurgiche (su questo vedremo che tipo di raccomandazione ha fatto l'OMS); uso di farmaci antivirali e vaccini (non era applicabile); dopodiché il Governo può deliberare lo stato di emergenza e, come sapete, questo è stato fatto dopo, con l'istituzione dei vari commissari e via dicendo.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Ci sono state varie polemiche e varie voci in cui si diceva addirittura che il virus circolava in Italia da prima; si trattava di studi fatti a posteriori che andavano a dimostrare che nelle fogne di Torino era stato identificato nel 2019; i cinesi dovrebbero essere contentissimi: c'era il virus a Torino nel novembre 2019. A Torino abbiamo avuto i primi casi molto dopo rispetto alla Lombardia, quindi io ho molti dubbi su quanto queste informazioni possano essere accurate o possano dirci qualcosa, sinceramente.

Di fatto, quando sono cresciuti i ricoveri di polmonite in Italia? Lo dico perché tutti i casi di Covid grave testati sono risultati negativi fino al 21 febbraio. Sono cresciuti soprattutto nella seconda metà di febbraio, quando è cresciuta la mortalità (queste sono le diapositive, vado velocissimo perché credo che ve le abbiano mostrate i miei colleghi dell'Istituto). Sostanzialmente la mortalità è cresciuta nella seconda metà di febbraio, quindi dopo il 21 febbraio. L'Istat, come al solito, arriva con dati molto completi, ma chiaramente con un certo ritardo. Quei dati ci dicono che c'è stato questo picco di mortalità: i casi erano apparentemente pochi, perché si facevano pochi test e perché erano tutti concentrati in una zona che,

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

sostanzialmente, era la Lombardia, il Lombardo-Veneto, in parte l'Emilia e le Marche. Chiaramente però, purtroppo, il numero di morti è stato molto elevato nella prima ondata, che è quella avvenuta dopo Codogno, dopo Bergamo, insomma quella tristemente famosa per questo motivo.

Mi sto avviando alla conclusione. Per parlarvi della confusione a livello internazionale: io prima vi ho mostrato che lo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) parlava di rischio moderato e di rischio basso; che l'OMS solo il 30 gennaio dichiara la PHEIC, e poi dichiara la pandemia il 7 marzo. Dopodiché, per esempio, sull'uso delle mascherine sì o no, l'OMS prima diceva di no. Ma lo faceva perché effettivamente c'erano evidenze che non servivano o perché non ce ne erano, quindi era meglio dire di no? Dice di no altrimenti tutti sarebbero corsi ad approvvigionarsi delle mascherine e non ne sarebbero restate per gli operatori sanitari? Tant'è vero che in seguito, ad aprile, fa un altro *advice* dicendo che, per prevenire efficacemente il Covid-19 in aree con trasmissione comunitaria, i Governi dovrebbero incoraggiare il pubblico generale a usare maschere in speciali situazioni e contesti. Insomma, quindi,

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

quanto alle informazioni, non solo l'Unione europea si è mossa solo al momento dell'acquisto dei vaccini, prima un po' poco, ma i Paesi europei sono stati molto scoordinati fra di loro; non c'è stato da questo punto di vista un grande coordinamento e una grande solidarietà. Di fronte a un primo evento di questo genere, invece, in Estremo Oriente erano molto preparati: penso a Singapore, dove oltretutto hanno dei problemi di *privacy* molto inferiori ai nostri, quindi quando decidono di usare un'app per rintracciare i contatti lo fanno veramente, mentre da noi è più difficile. In Estremo Oriente sono molto preparati; in Occidente in genere è più difficile intervenire in maniera molto tempestiva.

Riassumendo, vediamo qual è stato l'andamento dei casi e i vari provvedimenti presi. Sostanzialmente, nella prima fase della pandemia ci sono state le zone rosse e il grande *lockdown* nazionale; dopodiché io credo che degli altri provvedimenti se ne discuterà in seguito, quindi non voglio assolutamente rubare altro tempo alla vostra attenzione. Pertanto, chiuderei qua la presentazione.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

ZULLO (*FdI*). Signor Presidente, ringrazio il professor Rezza. Io sono un medico specialista in igiene, per cui mi ha fatto molto piacere ricordare tante nozioni; la ringrazio anche della lezione, perché penso sia stata bellissima per me e anche per il collega medico.

Noi abbiamo parlato di tutta l'evoluzione, di come si è evoluta la trasmissione e di come si è evoluta l'epidemia. Vorrei però collegare tutto lo sviluppo pandemico con i provvedimenti, nel senso che - questo è un mio parere - si è parlato molto di una difficoltà del nostro Paese nell'affrontare la pandemia sul territorio, soprattutto - si è detto - in Regioni come la Lombardia, dove il sistema ospedaliero è molto più sviluppato e, come si dice, il territorio è stato un po' depauperato. Tuttavia in quel periodo veniva in evidenza il fatto che, dal CTS e dai provvedimenti ministeriali del Governo, tutti i medici erano al lavoro (i medici ospedalieri, quelli delle strutture private accreditate, i medici del lavoro che dovevano continuare a fare sorveglianza sanitaria dei lavoratori nei contesti lavorativi), però erano stati messi a casa i medici di medicina generale. Questa fu a mio avviso una incongruenza inaccettabile. Addirittura, poi, con una circolare del 19 marzo

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

si introdussero le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA), che dovevano vicariare il lavoro dei medici di medicina generale per fare assistenza domiciliare; queste erano formate con giovani medici, che era difficile anche reperire, per cui sono entrate in azione molto tardi per poter fermare la patologia a domicilio. L'altra indicazione era che al primo segnale, al primo sintomo, si doveva allertare il 118 e portare direttamente il paziente sintomatico al pronto soccorso, in ospedali che non erano preparati nella separazione dei percorsi.

Lei inoltre ha detto: tutto sommato posso anche accettare il piano pandemico, anche se quello per l'influenza era un po' diverso. Tuttavia uno dei cardini dei piani pandemici è la messa a disposizione e il fatto di tenere in magazzino i disinfettanti, i dispositivi di protezione individuale (come lei ha detto), i farmaci, eccetera. Noi eravamo senza dispositivi di protezione individuale, nel senso che nemmeno per l'influenza il piano pandemico era attuato o letto nelle aziende, in periferia o a qualsiasi livello. Ci siamo cioè trovati senza dispositivi di protezione individuale, con un'ipocrisia dal nostro Governo in quella circolare del 19 marzo in cui si diceva che le Regioni

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

dovevano mettere a disposizione delle RSA i dispositivi di protezione individuale ed effettuare tamponi sistematici agli operatori e agli ospiti, tenuto conto che l'assistenza nelle RSA era dei medici di medicina generale, che non c'erano; inoltre le RSA offrivano assistenza ai pazienti più fragili, gli anziani, che cadevano come birilli.

Io penso che questo sia stato veramente un modo inaccettabile di affrontare la pandemia in quel momento. Vorrei anche sapere il suo pensiero su questo. Mi scuso fin d'ora perché sarò in un'altra Commissione dalle ore 13, per cui se mi allontanerò non sarà per mancanza di rispetto, ma perché purtroppo ho quest'altro impegno.

REZZA. Signor Presidente, premetto che adesso svolgo un altro compito, quindi posso darle solo la mia opinione su questo e penso non sia neanche molto rilevante. Sui medici di medicina generale effettivamente c'è il problema, che io credo sia molto datato, di cercare di rafforzare la sanità territoriale. Quello che dice è giusto: è chiaro che il medico di medicina generale dovrebbe essere una componente essenziale della medicina

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

territoriale e in qualche modo, durante la pandemia, è venuta un po' a mancare questa figura.

Il fatto di chiedere di allertare subito il 118 in modo da andare verso il pronto soccorso, credo fosse un modo per cercare di bypassare tanti passaggi che potevano mettere a rischio altre persone. Non avendolo fatto io quel provvedimento e non avendolo vissuto, l'interpretazione che posso darle è che in quella maniera si cercava di far avere alle persone potenzialmente contagiose meno contatti possibili.

Per quanto riguarda, invece, i dispositivi di protezione individuale, sul fatto che il nostro Paese fosse impreparato credo che lei abbia ragione. Mi sembra che di dubbi ce ne siano pochi, tant'è vero che vi siamo dovuti ricorrere come Paese, ma non solo l'Italia: c'è stata una competizione internazionale, ogni Paese li cercava. Non so se vi ricordate quel carico di mascherine che, arrivato dalla Cina, venne fermato in Ungheria o non ricordo in quale Paese dell'Est Europa, e non arrivò in Italia. C'era una competizione internazionale fortissima. Il punto è a chi spettava mantenere le scorte dei dispositivi individuali. Che mi risulti, il Ministero doveva mantenere le

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

scorte per gli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF), mentre le Regioni dovevano mantenere le scorte per la popolazione generale. Lo scarico di responsabilità a me non piace molto: le Regioni dicono lo Stato, lo Stato dice le Regioni. Sarebbe meglio cercare di evitarlo. Può darsi pure che le Regioni non lo avessero mantenuto con una corresponsabilità centrale, perché al centro avrebbero dovuto stimolare le Regioni a farlo. È difficile trovare delle responsabilità quando il sistema globalmente ha delle *defaillance*, su questo non c'è dubbio. Le RSA sono state la grande criticità della pandemia non solo nel nostro Paese, ma in Italia in modo particolare, perché effettivamente quello che è accaduto all'interno delle RSA è stato, a dir poco, molto triste. Effettivamente in quel caso c'è stata poca preparazione e il sistema non ha funzionato, su questo non c'è dubbio.

BAGNAI (*LEGA*). Signor Presidente, avrei solo una rapidissima curiosità sull'ordine dei lavori, per non mancare di rispetto né all'audito né ai colleghi, soprattutto di opposizione. Noi siamo qui oggi per occuparci della primissima fase, quindi le domande vanno circoscritte al periodo del CTS,

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

oppure siamo nel primo anno? Qual è l'ambito? Aggiungo anche a beneficio dei colleghi che una personalità eminente come quella del professor Rezza, che ha avuto una lunga carriera prima e una lunga carriera durante varie fasi della pandemia, e che è stato oggi così disponibile, auspicarei che potesse tornare in seguito, perché ha firmato circolari lungo diversi mesi. Vorrei quindi sapere se devo sparare una pallottola sola, metaforicamente e in aria?

PRESIDENTE. Ci siamo limitati alla prima fase della pandemia. Rileggo quello che abbiamo concordato in Ufficio di Presidenza: ciclo istruttorio sulle misure adottate nella prima fase dell'emergenza epidemiologica per prevenire, contrastare e contenere la diffusione del virus Sars-CoV-2, con particolare riguardo all'aggiornamento e all'attivazione del piano pandemico. Quindi ci riferiamo alla prima fase; poi chiaramente le fasi sono un po' come quelle del piano pandemico.

BAGNAI (*LEGA*). Facciamo così: se sbaglio mi correggerete, utilizzando le parole di un santo.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

PRESIDENTE. Resta evidente che gli auditi che sentiamo, anche per le fasi successive, possono essere richiamati e verranno richiamati per rendere conto delle fasi successive della pandemia. Per quello che riguarda la prima fase, l'operato del CTS e della *task force*, ci possiamo allungare forse alla seconda ondata, settembre-ottobre al massimo.

BAGNAI (*LEGA*). La ringrazio, signor Presidente, mi scusi per questa precisazione e procedo immediatamente.

Avrei diverse curiosità, ma cerco di prioritizzarle e ne espongo al professore solo tre, chiedendogli una cortese risposta. Poi mi scuso in anticipo anch'io, ma purtroppo dovrò lasciare la seduta perché mi hanno chiesto una intervista sul disegno di legge sulle persone scomparse, quindi alle 13,30 non sarò qui.

Lei, professor Rezza, ha fatto un'osservazione molto pregnante riferita al fatto che i virus sono sempre diversi. Quando la pandemia iniziò, io andai a vedere cos'era un coronavirus e capii due cose: che era un virus

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

estremamente mutante e che era il virus del raffreddore; intendo un sottoinsieme di coronavirus, questo non per banalizzare, ma per dire che aveva evidentemente un'ampia diffusione. Poi andai a vedere le SARS, mi sembra che il CoV-1 abbia fatto 700 morti e il mio criterio era: se passiamo i 700 morti abbiamo un problema. Lei guardi che criterio banale, da profano, che avevo. In questo caso, però, noi stiamo cercando di capire come dovevamo prepararci e c'è una cosa che le vorrei chiedere. Dato che i virus sono mutevoli e mobili, lei giustamente ha detto che il piano pandemico era diverso, era per una emergenza diversa che lei ha definito virale. Ma allora questo significa che non saremo mai pronti - lo chiedo all'epidemiologo - perché i virus saranno sempre diversi, soprattutto se generati da rocamboleschi salti di specie, su cui c'è una letteratura sulla quale adesso non la disturbo? Qual è la sua considerazione su questo? Glielo chiedo perché quello che interessa tutti noi - siamo tutti qua in buona fede - è capire come prepararci. Ha una prima riflessione su questo? La posso provocare su questo? I virus, infatti, mutano, come lei mi insegna.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. In effetti i coronavirus umani fin qua conosciuti, come l'OC43, il 229E, l'Hong Kong-1 - ce n'erano quattro o cinque -, davano una sintomatologia abbastanza blanda (raffreddore, raramente polmonite, soprattutto in pazienti molto fragili); probabilmente erano coevoluti, avevano una lunga storia di coevoluzione con l'uomo. Quello della SARS, invece, avendo fatto un salto di specie recente (nel 2002, poi venne identificato nel 2003), aveva una particolare aggressività clinica. Si ricorderà l'epidemia del 2009 da influenza suina. Poi si disse che definirla suina non era politicamente corretto per i maiali, e che, ugualmente, chiamarla variante messicana non era politicamente corretto e abbiamo cambiato nome di continuo. Quanto al virus A/H1N1, variante suina del 2009, noi ci aspettavamo un virus aviario influenzale che arrivasse da Oriente, mentre arrivò un virus influenzale suino da Occidente. Pensi lei quanto è difficile fare predizioni già con i virus influenzali. Come lei giustamente dice, di virus non ci sono solo quelli influenzali che circolano nell'animale e che possono fare il salto di specie e arrivare nell'uomo; ci sono i coronavirus e

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

probabilmente ci saranno anche altri virus che noi in questo momento non attenzioniamo e che potrebbero dare problemi simili.

Di fatto, con l'ultimo piano pandemico, quello del 2021, già si prendeva in considerazione il Covid, anche se continuava ad essere un Panflu, cioè un piano pandemico influenzale. Attualmente dovrebbe essere licenziato un altro piano, ma che io sappia è ancora all'esame della Conferenza Stato-Regioni, perché le Regioni hanno fatto una serie di appunti - questo è quello che ho letto su «Quotidiano Sanità» - al piano presentato dal Ministero e quindi necessiterà di tempo per essere ancora rivisto. Ebbene, questo piano prende in considerazione diverse famiglie virali: non solo l'influenza, non solo il coronavirus, ma anche altri virus parainfluenzali, ed altri come il virus nipah, eccetera. Prende in considerazione, quindi, tutti i virus respiratori. Non è che contestassi la sua possibile applicazione, ma la mia domanda era la seguente: quanto avrebbe portato di più applicare pedissequamente un piano, piuttosto che fare interventi che non erano neanche previsti dal piano, come le zone rosse, per esempio? Non mi riferisco tanto al fatto che, essendo mirata a un virus influenzale, c'erano dei

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

presidi possibili e delle scorte che potevano essere fatte, che non servivano invece per il coronavirus; non mi riferisco tanto a questo, perché le scorte di dispositivi di protezione individuale sono sempre utili per qualsiasi virus respiratorio: su questo non c'è dubbio. Mi riferisco piuttosto al fatto che, se non è reso materia viva, un piano rischia di restare fine a sé stesso. Nel prossimo piano pandemico, però, per quanto ne sappia, sono previste azioni nei confronti di tutti i virus respiratori, perché alla fine le azioni che si possono fare sono sempre quelle.

BAGNAI (*LEGA*). Signor Presidente, sottopongo alla sua attenzione la seguente osservazione, che non è un'altra domanda, ma semplicemente il fatto che forse, dal punto di vista della politica, proprio le ultimissime parole del professor Rezza mi hanno involontariamente suggerito che avrei potuto porre la domanda in modo diverso, e cioè: qual è il minimo comune multiplo di misure che possono essere prese per fronteggiare un'evenienza sconosciuta? Penso che siano quelle che ci hanno insegnato le nostre

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

mamme: lavarsi le mani, non mettersi le dita nel naso. Questo o altro, ma questa è una domanda che io non voglio fare, la farà qualcun altro se vorrà.

Io vorrei fare un'altra domanda. Lei, anche durante tutta la comunicazione riferita alla prima fase della pandemia, ha articolato tutti i suggerimenti che dava alla politica, di cui giustamente oggi riconosce il primato. Apro e chiudo una parentesi per dire che avremmo avuto bisogno all'epoca di parole così sagge, perché invece avevamo suoi colleghi che, nella totale indifferenza degli altri colleghi, affermavano un primato della scienza nel momento stesso in cui la scienza brancolava nel buio, e da accademico io ho trovato veramente ributtante questo comportamento. Lei, però, non è coinvolto in questo perché ha sempre avuto un atteggiamento equilibrato. Però volevo chiedere: Rt, significatività statistica, che campione veniva utilizzato? Quanto era ampio? Quali erano le dispersioni delle stime? Chi lo calcolava? Ogni quanto veniva ricalcolato? Lo chiedo perché sembrava che quello fosse l'alfa e l'omega, ma è una bussola che comunque ci ha mandato a sbattere più o meno quanto altri Paesi, o né più né meno. Diciamo che, se non è stato dannoso, è stato superfluo, perché alla fine abbiamo fatto gli stessi

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

risultati degli altri. Come veniva calcolato? Per esempio, veniva ricalcolato?

Con quale frequenza? Quanto era ampio il campione? Quale era l'espressione statistica? Si dice 2,5, ma aveva un intervallo di confidenza da 1,7 a 3,3? Non so se mi spiego.

REZZA. Questa è una domanda da professore di statistica. È vero che l'indice R_t è stato quasi assunto a dogma. È chiaro che qualsiasi modello è basato su assunzioni e lei mi insegna che, *garbage in, garbage out*, dipende da quello che mettiamo dentro il modello, dipende dalle assunzioni che si fanno. È logico anche che le stime vadano prese con un certo livello di confidenza, però i livelli di confidenza venivano riportati. La cadenza era settimanale, perciò per una data settimana l' R_t era 1,3, però andava ad esempio da 0,9 a 2,1. È chiaro che, qualora il limite di confidenza inferiore superasse 1, c'è una certa confidenza sulla precisione della misurazione dell'indice R_t . Io vorrei raccontare un aneddoto divertente, non so se il Presidente me lo permette.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Stavo davanti a un supermercato, quando un ragazzo che ne stava uscendo, con *piercing* e tatuaggi, mi rincorse e io mi chiesi cosa volesse. Mi disse: lei è quello dell'Rt? Noi ogni settimana davamo questo Rt, come se fosse - sì, è vero - l'unico parametro, ma non era l'unico parametro su cui basarsi. Devo dire che l'Rt lo calcolava la Fondazione Bruno Kessler. Io non voglio fare una difesa di parte, assolutamente, tanto avete visto che cerco di essere il più obiettivo possibile, però la Fondazione Bruno Kessler, effettivamente, fra i tanti che ho conosciuto, mi ha dato una sempre forte percezione di solidità. Devo dire che l'indice Rt fino a una certa data era basato sui casi, ma poi non è stato più possibile farlo, perché se noi avevamo una grande sottostima a quel punto era inutile basarlo sui casi. Poi, se diventano importanti le ospedalizzazioni e non più i casi, è bene che l'Rt si basi sulle ospedalizzazioni e non sui casi, per esempio, e questo è stato fatto. È stato fatto e dato con cadenza settimanale. Fino a qualche mese prima di stoppare questo processo, devo dire che il riscontro in termini di andamento dei casi visto a posteriori rispetto all'Rt era sempre stato abbastanza buono. È chiaro che non ci può essere una precisione massima in un parametro del

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

genere, però eravamo abbastanza soddisfatti della resa dell'Rt. Dopodiché è chiaro che, diminuendo molto la sensibilità del sistema di sorveglianza, dovendosi basare soprattutto sulle ospedalizzazioni, negli ultimi tempi la misura magari è diventata meno precisa. Su questo non so se voi vorrete prima o poi sentire anche il dottor Merler, che potrebbe, dal punto di vista tecnico, darvi delle informazioni importanti.

Naturalmente l'indice Rt non era l'unica misura, perché ad esempio c'erano anche misure d'impatto, quali l'ospedalizzazione e il numero di ricoveri in terapia intensiva. Soprattutto nella seconda fase dell'epidemia, si è andati sempre di più verso queste misure d'impatto, questi dati molto *hard*, molto forti. Nella prima fase della pandemia - ma parlo sempre dalla seconda ondata in poi - ci si è basati anche su degli indicatori che erano più *soft*, devo dire la verità, ma che servivano per cercare di fare una validazione interna della sensibilità del sistema di sorveglianza. Non so se sono stato abbastanza preciso nella risposta, però questo indice Rt veniva aggiornato sostanzialmente settimanalmente e ha dato delle buone indicazioni. È chiaro, però, che non ci si può assolutamente basare soltanto su un unico indicatore.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

BAGNAI (*LEGA*). Sicuramente è stato preciso, forse non è stato chiarissimo.

Per esempio, non ho capito da quanti individui era composto il campione.

REZZA. Era universale, perché erano tutti i dati della sorveglianza, sostanzialmente.

BAGNAI (*LEGA*). Ci si basava sulla totalità dei casi o sulla totalità delle ospedalizzazioni, quindi a un certo punto non si è più riusciti a gestire.

REZZA. Questo spiega perché i limiti di confidenza potevano essere abbastanza stretti, perché non si trattava di un campione, ma della popolazione.

BAGNAI (*LEGA*). C'è un'altra cosa che mi interessava. Lei ha anche ironizzato e lo capisco, perché effettivamente durante la pandemia, ma anche dopo, sono circolate cose abbastanza surreali sui vari canali. Questo però

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

credo anche in reazione a un atteggiamento estremamente irreggimentato e orientato dei canali di informazione ufficiali; peraltro orientato, come ha giustamente notato lei, come una banderuola, nel senso che prima mascherine sì, poi mascherine no. Lei giustamente ha fatto un'osservazione molto pregnante e ha detto: magari hanno evitato di dire che bisognava usare le mascherine perché altrimenti tutti sarebbero corsi a prenderle e le persone più esposte sarebbero rimaste senza. Questa è una cosa che dobbiamo ricordare tutti noi qui che abbiamo una responsabilità politica: le nostre parole hanno chiaramente un valore performativo, scatenano delle aspettative e degli affidamenti e si rischia quindi di generare qualche cosa che può essere contrario ai fini; per esempio, poteva avere un senso prioritizzare le forniture di DPI sugli operatori sanitari. E va bene.

Peraltro, anche il discorso delle mascherine era circoscritto alla “densità” dell'ambiente in cui la persona si trovava: all'esterno forse non erano utili; poi, c'è stato chi ha detto che a volte erano utili e altre volte che non lo erano; chi in un Paese ha detto che erano utili e in un altro ha detto che non lo erano; insomma, c'è stato di tutto. La densità di popolazione di

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Stoccolma è il doppio di quella di Roma, incidentalmente, secondo le mie divisioni (ma forse non le so fare).

La domanda è un'altra. Lei ha molto ironizzato sulla possibile presenza del virus in tempi antecedenti al primo caso, però c'è anche letteratura scientifica su questo. Non voglio fare il puntiglioso. Per esempio, ho qui un articolo pubblicato su una rivista, che suppongo sia minore a giudicare dall'*impact*; si tratta di un giornale dei tumori, dove sono intervenuti studiosi italiani, tra cui Apolone, Montomoli e Pastorino, più altri tredici. D'altra parte, i medici hanno questo modo di gonfiare l'*impact factor*, ovvero di scrivere gli articoli con un battaglione di persone; noi economisti, tipicamente, abbiamo degli *impact factor* più ridotti. Tale articolo parla di «Unexpected detection of SARS-CoV-2 antibodies in the prepandemic period in Italy» (*Commenti*). È un fatto accertato, c'è letteratura scientifica sulle misure bibliometriche, e il più scarso dei medici ha un *impact factor* pari a quello del più bravo degli economisti. Ma questo non interessa (*Commenti*). Siccome siamo stati in scientocrazia, bisogna anche avere degli elementi oggettivi per valutare gli scienziati. Torniamo sul punto.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Questi studiosi hanno trovato - non so se fossero andati a cercarli - gli anticorpi del Sars-CoV-2 non nelle fogne, dove tipicamente si trova la cocaina, per quel che ne so io, più che gli anticorpi, ma su un campione di 959 individui asintomatici che erano stati *enrolled* in uno studio per il cancro ai polmoni. La domanda è: dobbiamo veramente buttare via questa letteratura scientifica oppure ci dice qualcosa? Mi sembra che lei sia per il sì e che, quindi, prima di Codogno qui non c'era nulla, una volta era tutta campagna, non c'era il Sars-CoV-2; poi, ci sono articoli scientifici pubblicati, quindi, hanno passato una *peer review*, che dicono che invece questo virus apparentemente c'era o c'erano i suoi anticorpi in persone che in Cina non erano state. Quindi, questo suscita delle curiosità, anche semplicemente sul perché questo tipo di letteratura vada scartata: perché non è autorevole? Ha un basso *impact factor*? Dateci dei parametri, altrimenti chiunque arrivi qui canta la sua canzone. Capisce che è complesso per noi orientarci.

REZZA. Trovo molto interessante questa riflessione. Sinceramente, forse l'ho buttata un po' in satira, ma non intendevo ironizzare. Si può più che altro

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

esprimere dei dubbi. È vero quello che lei dice: è comunque letteratura scientifica e avrà subito un processo di *peer review* su riviste non di alto impatto, e va bene; sono studi fatti a posteriori che ci dicono “prima”, “forse”.

Ho espresso dubbi e ne ho dibattuto anche con colleghi. Quel ritrovamento del virus nelle fogne di Torino avveniva a novembre ed effettivamente a Torino non abbiamo avuto casi fino a marzo, credo, o ben dopo la Lombardia. Qual è il punto? Certo, se arriva il cinese - scusate se banalizzo, con tutto il rispetto per il Paese - affetto da Sars e va in bagno, dopo, magari, il virus ce lo ritroviamo nella fogna. Allora, escludere del tutto il caso sporadico è pressoché impossibile, se parliamo laicamente. Dopodiché, sugli studi sierologici qualche dubbio mi viene per un semplice fatto, ovvero che la sierologia magari è meno specifica di un sequenziamento virale, essendoci tantissimi coronavirus. Ad ogni modo, sono andato a vedere l'articolo e uno degli autori è una persona - che ha fatto gli esami sierologici - che stimo molto, e certe cose le sa fare. Da un certo punto di vista ho

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

espresso dei dubbi; dopodiché, non me la sento di escludere del tutto la possibilità: che ci fossero casi prima del 21 febbraio è indubbio.

Quando ci è stato segnalato e ho ricevuto quella telefonata la notte del 20, se non erro, dai colleghi lombardi, mi sono fermato a pensare: se abbiamo un caso grave in un giovane, abbiamo generazioni di trasmissione di casi alle spalle. Qual è lo scenario probabile? Abbiamo il caso indice il 20-21 febbraio: il giovane Mattia - non è un segreto perché l'hanno riportato tutti – che aveva sviluppato i sintomi qualche giorno prima, magari la settimana prima e non era stato diagnosticato subito, perché giustamente fare una diagnosi del genere all'epoca era un po' difficile. Non abbiamo il paziente zero, cioè colui che ha introdotto l'epidemia, e non sappiamo quando, dove: a Codogno? Nel lodigiano? Non lo sappiamo. Era un cinese? Magari c'era stata una piccola catena di trasmissione in Germania e, poiché l'attenzione era focalizzata sui cinesi, non abbiamo riconosciuto il tedesco o l'italiano che rientrava dalla Germania. Questo è il punto: a noi manca il caso zero; ma che ci fossero generazioni di casi alle spalle, magari tutte tra i giovani, per cui, essendo giovani, durante il picco influenzale avevano sintomi più o meno

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

simili a quelli dell'influenza e chiaramente la diagnosi non si faceva, sono d'accordo con lei; assolutamente c'erano molti casi prima del 21 febbraio.

BAGNAI (*LEGA*). Giusto per chiarezza e per completezza del verbale. Qui si parla di 959 campioni presi a settembre del 2019; quindi, un pochino avanti.

REZZA. È questo che mi lascia dubbioso, perché se parliamo di tanti casi in Italia a settembre del 2019 sinceramente ho forti dubbi. Ripeto, siccome ho stima del collega che ha fatto gli esami sierologici, non me la sento di dirvi di buttare completamente al fiume questo lavoro. No. Però, veramente esprimo forti dubbi sul fatto che non ci sia stato un problema di specificità della sierologia, perché noi datiamo tra novembre e dicembre l'ingresso del virus a evoluzione umana in Cina.

BAGNAI (*LEGA*). Solo per darvi il dato corretto sullo studio che lei conosce. Io non sto dicendo che c'erano 959 casi a settembre; sto dicendo che hanno

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

analizzato 959 campioni a settembre del 2019 e riscontrato circa una dozzina di casi, però, secondo loro, il virus circolava e secondo lei no. A me basta questo. Non voglio sapere altro. Io me lo sono preso, sono ancora qui, per cui va bene.

REZZA. Rispetto tantissimo gli statistici perché ci ho sempre lavorato, soprattutto i biostatistici. Ciò su cui nutro dei dubbi è il fatto che a settembre potesse già circolare in Italia. Dopodiché, come al solito, quando dico che dubito, non lo escludo al cento per cento; lo escludo al 99,9 per cento.

BOCCIA (PD-IDP). Professor Rezza, anzitutto la ringrazio. Ha esposto una relazione iniziale molto utile per i lavori della Commissione e per le ulteriori riflessioni che questa Commissione dovrà fare e non solo sulla fase 1, a cui faceva riferimento il Presidente quando gli è stato chiesto da parte senatore Bagnai se la rivedremo o meno, immagino di sì. La sua relazione ci servirà quando dovremo mettere a fuoco alcuni passaggi che vengono messi in discussione, e mi dispiace che il senatore Bagnai sia andato via.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Probabilmente sarebbe stato opportuno - glielo chiedo a margine delle mie domande - sottolineare qual è il mestiere di uno scienziato che si occupa di epidemiologia.

La prima domanda che le pongo è molto banale. Lei ha detto che il piano pandemico non era aggiornato e che era un piano per l'influenza. Può lasciare agli atti di questa Commissione la differenza sostanziale che c'è tra il piano pandemico per l'influenza, così com'era quello preesistente non aggiornato, e l'eventuale piano pandemico per il Coronavirus, che poi abbiamo dovuto fronteggiare? Questa è una prima domanda secca, se mi permette retorica dal mio punto di vista, ma ci serve per lasciarla agli atti della Commissione, onde evitare fraintendimenti quando voi auditi non ci sarete o diverse interpretazioni rispetto alle parole del professor Rezza.

REZZA. È chiaro che, quando parliamo di un piano pandemico influenzale, miriamo a un virus di cui abbiamo una conoscenza profonda: banalmente, un vaccino contro l'H5N1 praticamente lo abbiamo già, nel senso che abbiamo dei vaccini pre-pandemici che hanno già l'antigene di H5N1.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Rispetto al ceppo circolante, semmai si verificasse una pandemia – non sia mai, speriamo di no; Dio provvede - basterebbe adattare il vaccino, però noi abbiamo esperienza di vaccini influenzali che, come sappiamo, non hanno il cento per cento di efficacia, hanno un'efficacia variabile, ma abbastanza elevata e soddisfacente; soprattutto se il numero dei casi è molto ampio, possono essere molto efficaci nella riduzione dei casi; abbiamo un'esperienza decennale. Di Covid non abbiamo esperienza, non ne avevamo, non era mai stato messo a punto un vaccino contro il Covid; quindi, non sapevamo quanto tempo avremmo dovuto aspettare. Stesso discorso vale per i farmaci antivirali: contro l'influenza esistono farmaci antivirali che sappiamo avere un'efficacia limitata, però hanno un'efficacia, perché possono comunque ridurre i sintomi e la durata degli stessi. Nei confronti del Covid non sapevamo di avere a disposizione dei farmaci, che sono arrivati dopo un anno, un anno e mezzo. Quindi le certezze che avevamo per l'influenza non le avevamo per il Covid, e queste certezze facevano anche sì che alcune scorte potevano essere presenti per l'influenza e non per il Covid.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Rispetto alla modalità di trasmissione, per l'influenza sappiamo che la modalità principale è quella respiratoria o per contatto, quantomeno per un contatto abbastanza diretto; anche per quella respiratoria, a distanza è più difficile, l'aerosol trasmette di meno rispetto alla trasmissione entro un metro o ravvicinata. Per il Covid era un punto interrogativo, perché all'inizio, quando è arrivato questo virus, eravamo totalmente ignari, tant'è vero che anche rispetto alla decisione di chiudere, di attuare un *lockdown*, ci interrogavamo sull'efficacia, sull'effetto, sull'evoluzione del virus, se avrebbe continuato a circolare.

Personalmente penso che anche la comunicazione dell'incertezza sia molto importante. Non voglio fare *Cicero pro domo sua*, ma ho spesso cercato di comunicare l'incertezza, altrimenti tanti errori si fanno.

Al Ministero siamo stati sempre molto riservati, lo si sa, pure troppo, forse; invece, quando stavo all'Istituto superiore di sanità avevo molte occasioni per parlare. La cosa peggiore che si possa fare è dare una certezza ed essere smentiti il giorno dopo, perché c'è la perdita di credibilità da parte delle istituzioni. Quindi comunicare l'incertezza è importante, e con il Covid

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

avevamo molte incertezze, anche sulle modalità di trasmissione. Applicare *tout court* ciò che è stato pensato per l'influenza al Covid era un esercizio non sappiamo fino a che punto valido.

C'era una certa sovrapposizione, un certo *overlap*. Essendo un virus a trasmissione respiratoria, si poteva assumere che alcuni provvedimenti utilizzati per l'influenza potessero essere validi anche per il Covid. Tuttavia, la mia domanda è che cosa avrebbe aggiunto una pedissequa applicazione di quelle fasi, che sono molto difficili da interpretare, come credo di aver dimostrato, e delle azioni dell'OMS - andate a vedere il piano del 2006 – quando, invece, sono stati presi provvedimenti addirittura restrittivi talvolta per eccesso.

A volte, si è peccato più per eccesso che per difetto, diciamo la verità; pensiamo al divieto che una persona potesse andare sulla spiaggia da sola: è chiaro che lì c'è stato forse un eccesso di risposta rispetto a un difetto di risposta. Voglio dire che, da questo punto di vista, non so quanto l'applicazione pedissequa del piano influenzale avrebbe aiutato in questo senso; ho dei dubbi proprio su questo.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

BOCCIA (PD-IDP). È stato molto chiaro ed è utile sottolinearlo.

Il piano attualmente in vigore è quello del gennaio 2021, come lei ci ricordava, ovvero quello approvato dal Governo Conte 2: le risulta ad oggi che sia stato aggiornato?

REZZA. Non sono io a dover rispondere su questo.

BOCCIA (PD-IDP). Non nella condizione del vecchio ruolo che ricopriva. Glielo chiedo in virtù del fatto che lei nella comunità scientifica è molto autorevole; nel precedente ruolo avrebbe dovuto saperlo, oggi è tornato ad occuparsi dell'attività sanitaria.

REZZA. So che è in discussione alla Conferenza Stato-Regioni.

BOCCIA (PD-IDP). Bene.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

PRESIDENTE. Lo sappiamo tutti.

BOCCIA (PD-IDP). Dobbiamo lasciare agli atti un po' di elementi.

PRESIDENTE. Ognuno lascia agli atti quello che vuole. Questo è agli atti della stampa.

BOCCIA (PD-IDP). Mi riferisco agli atti nostri. Il professor Rezza ci ha appena detto che un piano pandemico di un virus che non si conosce è un piano pandemico che non si può fare, mentre quello per l'influenza è un piano pandemico che si può fare. L'ho tradotta così, la lascio a verbale, perché poi ci torneremo quando decideremo di rifare un altro confronto tra di noi.

Professor Rezza, in riferimento all'Rt - mi dispiace che il senatore Bagnai non ci sia - l'indice di trasmissibilità nel tempo rappresentava il numero medio di persone che un individuo infetto contagiava in un determinato momento, e non come qualcuno al tempo in Regione Lombardia aveva provato a sintetizzare, con una sintesi passata alla storia della

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

comunicazione di massa, ma non voglio tornare sul punto, perché siamo qui per mettere a fuoco alcune valutazioni. Il calcolo dell'indice di trasmissibilità, come ci ricordava lei, non era semplice e diretto, ma era stimato attraverso modelli matematici ed epidemiologici e si faceva attraverso la raccolta dati, la stima dell'intervento seriale, il modello statistico: si applicavano modelli bayesiani - se non ricordo male - e di inferenza statistica che stimavano l' R_t basandosi sull'andamento recente dei nuovi casi e sull'intervento seriale, e poi interveniva la correzione per ritardi e sottostime. Lei pensa che ci potesse essere uno strumento migliore di quello utilizzato durante la pandemia?

REZZA. Diciamo che nessun indicatore da solo ci può guidare del tutto. Bisogna sempre cercare di utilizzare più indicatori.

All'inizio di questo esercizio - parlo dell'autunno del 2020, quando si è cominciato a utilizzare gli indicatori - se ne sono utilizzati addirittura 21, se non erro, appartenenti a tre categorie diverse, quando magari in altri Paesi ne utilizzavano un numero molto inferiore, il sistema era più semplificato.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Ognuno di noi, magari, poteva essere d'accordo o meno sull'uso di tanti indicatori; alcuni erano solo indicatori di verifica interna di come il processo stesse funzionando. Dopodiché, si è semplificato molto basandosi solo sull' R_t e altri indicatori forti, quali potevano essere l'andamento dei casi, l'andamento delle ospedalizzazioni, i ricoveri in terapia intensiva. Credo che dipenda molto da quello che si vuole ottenere: se vogliamo valutare in anticipo come stanno andando le cose, l' R_t permette di anticipare magari di una o due settimane l'andamento dei casi, ci dà la tendenza, se sta andando meglio o peggio. Dopodiché, abbiamo cominciato a fare il test da soli; c'era una pesante sotto diagnosi, non ci si poteva basare più né sull'andamento dei casi né sull' R_t basato sull'andamento dei casi: ciò che contava erano i casi gravi. Quindi, ci siamo orientati verso il numero di ospedalizzazioni, il numero di ricoveri, le percentuali di terapie intensive occupate e sempre l' R_t , perché ci dava un po' d'anticipo sulla tendenza dell'ospedalizzazione. Quindi, utilizzato insieme ad altre misure d'impatto vero, l' R_t ha sempre avuto la sua utilità. Non c'è un singolo indicatore che vada bene per tutto, però l'uso di alcuni indicatori mirati può essere molto importante.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

BOCCIA (PD-IDP). Professor Rezza, l'Istituto superiore di sanità, quale massimo organo scientifico del Paese - lo ha citato anche lei nella sua relazione - è dotato di tutte le competenze necessarie a tutelare la sanità in Italia.

Uno degli auditi ha espresso alcune perplessità, segnalando che era stato necessario ricorrere a un consulente da Trento, che era stato anche contrattualizzato. Il consulente aveva già un contratto per studiare le pandemie in Italia e con quali risultati prima della pandemia e della presentazione del piano segreto all'inizio del febbraio 2020?

È stato anche criticato il calcolo del coefficiente di riproduzione R_0 , predisposto sui dati cinesi: data la sua grande esperienza nel settore, qual è il suo giudizio degli auditi, tenuto conto anche del livello professionale, e come giudica l'attività del consulente?

REZZA. Questa domanda mi mette un po' in imbarazzo, sinceramente. Ci sono indicatori obiettivi per misurare la qualità delle persone; in Italia ci sono

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

certamente altri modellisti bravi, ma Bruno Kessler è un'eccellenza. Ripeto, io sono membro onorario dell'Aspen Institute; la fondazione Bruno Kessler ha preso un premio su Ebola prima della pandemia di Covid; ha pubblicazioni su «Nature Communications», su «The Lancet Infectious diseases», su tutte le migliori riviste; credo non ci siano dubbi da questo punto di vista.

Perché è stato contrattualizzato Bruno Kessler? Credo che l'Istituto, per quanto sia un Istituto completo, come diceva lei, e sicuramente un riferimento per quanto riguarda la sanità pubblica in Italia, non è detto che abbia tutte le competenze all'interno. In quel caso, per esempio, fui io stesso a indicare la fondazione Bruno Kessler, perché ne conoscevo il valore, e lo hanno dimostrato non solo per il lavoro che hanno fatto, ma anche dopo per l'intensità e la qualità delle pubblicazioni scientifiche. Bruno Kessler è di un livello assolutamente molto elevato; è quanto di meglio si potesse cooptare in Italia. È chiaro che invece di basarsi su modelli fatti in casa, in quella circostanza si è cercato di cooptare il meglio o quantomeno uno dei centri migliori che ci siano in Italia; non dico assolutamente che sia il migliore in

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

assoluto, ma secondo me sta a un livello molto elevato. Non so chi abbia espresso dubbi su questo, però sinceramente non mi sembra affatto condivisibile; basta mettere probabilmente a confronto.

COLUCCI Alfonso (M5S). Professore, la ringrazio per la sua illustrazione odierna. Le pongo una macro-domanda, che si riferisce alla sua funzione di direttore del Dipartimento delle malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità all'epoca dei fatti.

Il Dipartimento - leggo proprio pedissequamente - controlla e studia i fattori che contribuiscono alla prevenzione, sviluppo, terapia e diffusione delle malattie infettive nell'uomo, si propone di contribuire attraverso l'apporto di conoscenze professionali e specialistiche diverse, studia e fornisce consulenze al Ministero della sanità, alle Regioni e al Sistema sanitario nazionale su argomenti che concernono le malattie da agenti infettivi; ne espleta le attività di controllo e di diagnosi e le attività di sorveglianza e di conferma diagnostica. Questa è proprio la definizione ufficiale delle funzioni.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Ci può riferire come ha espletato, in questa sua qualità, proprio le funzioni di consulenza in favore del Ministero della sanità, ma anche delle Regioni e più in generale del sistema sanitario nazionale nelle prime fasi della pandemia? In che cosa è consistita questa attività?

REZZA. La ringrazio della domanda. Proprio in qualità di direttore del Dipartimento delle malattie infettive venni cooptato all'interno di quel gruppo di lavoro - la *task force* informale che non chiamo comitato - proprio perché sin dall'inizio seguii l'andamento del Covid in Cina e nel mondo. Questo perché noi - ho scritto il libro «Epidemie» di cui ho fatto dono al Presidente - seguiamo le epidemie per mestiere, con lo scopo di preparare il Paese per la sorveglianza in particolare, e per l'eventuale risposta.

L'Istituto non ha un ruolo diretto nel rispondere alle pandemie, ma nel fornire indicazioni per la risposta al Ministero della salute e, chiaramente, alle Regioni. Quindi, in tutta la prima fase, quando non avevamo casi da noi, quello che si è cercato di fare è stato analizzare le informazioni che provenivano dalla Cina, alcune anche informali; magari ci inviavano dei

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

video e ci chiedevamo se fossero reali, anche perché se quella era la situazione lì c'era da preoccuparsi. La nostra preoccupazione era che effettivamente il virus prendesse piede e potesse espandere la sua area di azione al di là di Wuhan. Quindi, nella prima fase abbiamo soprattutto raccolto informazioni scientifiche e cercato di capire: aumentavano i casi? Qual era la sintomatologia? Quanto poteva essere grave? Qual era la contagiosità? Tant'è vero che uno dei primi documenti - lo fece Bruno Kessler, erano i famosi scenari che diedero vita a quel famoso piano di contingenza, che non era un piano pandemico – era basato su scenari che stimavano l'R dell'epidemia sulla base dei dati cinesi, perché in Italia non avevamo casi in tutta la prima fase. Chiaramente avevamo contatti diretti con i tecnici delle Regioni - l'Istituto non può avere contatti a livello politico, ma solo contatti tecnici – per cercare di capire il livello di preparazione per quanto riguarda anche la raccolta dei dati. Il compito principale che ci è stato assegnato è stato quello della sorveglianza epidemiologica e microbiologica. Questo compito quando ci è stato formalizzato? Dopo il primo caso autoctono, quindi a fine febbraio (il decreto del Presidente dell'ISS è del 4

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

marzo), ma chiaramente già ci stavamo preparando, avendo messo in piedi la tecnica diagnostica di tipo PCR, sulla base delle indicazioni che ci arrivavano dall'OMS, in modo da cercare - dico una parola grossa – di validare, ma di fatto valutare, la performance anche di eventuali laboratori regionali. Questo per quanto riguarda il laboratorio. Dopo abbiamo lavorato alla costruzione di una piattaforma che potesse servire per l'input dei dati da parte delle Regioni.

Dopo l'ordinanza n. 640 del febbraio 2020 abbiamo dato chiaramente un'ulteriore accelerazione alla messa in piedi del sistema di sorveglianza. Sostanzialmente il giorno dopo il primo caso autoctono abbiamo mandato due collaboratori a Milano per cercare di supportare la Regione Lombardia soprattutto nel valutare quanto fosse in grado di stare dietro proprio all'input dei dati. Stessa cosa abbiamo fatto con il Veneto e le altre Regioni italiane.

Avevamo grossa preoccupazione sull'efficienza del sistema di sorveglianza, perché Regioni che si sono trovate sotto pressione da un giorno all'altro dovevano anche fare l'input dei dati in tempo reale, e questo non era facile.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Mettere in piedi anche dei modelli è il motivo per cui venne cooptato Bruno Kessler, perché la stessa fondazione aveva anche contatti diretti con le Regioni, in particolare con la Lombardia e dopo con il Veneto, per stimare l'R dell'epidemia in quelle Regioni. I contatti sono stati diretti e anche mediati.

COLUCCI Alfonso (*M5S*). A questo punto, professore, le chiederei funzioni e compiti della *task force*, anche in relazione all'attività dell'Istituto superiore di sanità. Assistiamo spesso a una sorta di confusione sulla definizione, sul ruolo, sulle funzioni della *task force*, e addirittura in questa Commissione si è denunciata l'assenza di verbali che fossero formali, sottoscritti e quant'altro. Lei ha parlato prima di meri resoconti, probabilmente una forma coerente con la natura e la finalità dell'organismo della *task force*. Ce lo potrebbe cortesemente chiarire? Ripeto, funzioni, compiti e ruoli della *task force*, anche in relazione al compito invece istituzionale dell'Istituto superiore di sanità, nella prima fase che ci ha testé illustrato.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. La *task force* ha ceduto il passo, poco a poco - anche se c'è stato un periodo di sovrapposizione – al Comitato tecnico scientifico, di cui non ho fatto parte fino all'autunno avanzato del 2020, anche se qualche volta sono stato chiamato a riferire in CTS, per esempio per la richiesta di zona rossa in Val Seriana. Devo dire che fui fra i più attivi nel richiederla.

La *task force* si riuniva molto spesso, quasi ogni giorno, anche durante il weekend, ma era un gruppo di lavoro informale; venivano fatti dei resoconti – e su questo ho avuto un confronto anche quelle volte che sono stato audito dalla magistratura di Bergamo - che non venivano poi firmati, quindi restavano sostanzialmente documenti redatti da una persona, che in genere era un amministrativo, che faceva un resoconto dell'andamento dei lavori. Non essendo firmati, chiaramente non potevano avere il valore di un verbale, però non avrei problemi a rileggere e a discutere anche quei resoconti; erano le normali discussioni che potevano avvenire in un'epoca in cui era grande l'incertezza sull'evoluzione dell'epidemia.

Ho detto che qualche volta è stato travisato il pensiero, ho fatto l'esempio della confusione fra Covid e influenza, ma quello può capitare se

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

una persona che verbalizza non è addentro alla materia. Da qui l'importanza di avere una verbalizzazione in cui venga firmato il verbale, perché chiaramente c'è una verifica di quello che si è detto.

Le discussioni erano in gran parte sull'andamento dell'epidemia, cioè su quanto l'epidemia potesse espandersi e arrivare in Europa e in Italia, dove è arrivata per prima; purtroppo, ci siamo trovati di fronte a questa evenienza per certi versi inattesa. Potevano essere suggeriti dei provvedimenti, ma noi come Istituto superiore di sanità, e in particolare per quello che facevo io, cercavamo di analizzare l'andamento epidemiologico dapprima in Cina e dopo nel resto del mondo. Per esempio, è molto importante il fatto che ad un certo appunto si segnalassero relativamente pochi casi in Cina, mentre diversi casi comparivano in passeggeri a Hong Kong, a Tokyo, in Indocina, quindi si capì che evidentemente erano più di quanti probabilmente pensavamo che fossero. Tant'è vero che gli inglesi, proprio sulla base di questi casi importati da altri Paesi, avevano redatto un modello matematico che diceva che erano molti di più di quanti ce ne saremmo aspettati. Quindi l'analisi della situazione epidemiologica era il mio compito principale.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Dopodiché, come gruppo di lavoro, come *task force* si potevano condividere possibili indicazioni, questo certamente sì.

È chiaro che i bracci operativi al Ministero erano la programmazione sanitaria, la prevenzione; se non erro, c'erano anche corpi militari all'interno della *task force*; era abbastanza composita, ma soprattutto composta da persone appartenenti a diverse istituzioni. Quindi, era sostanzialmente un gruppo di lavoro con figure istituzionali. Venivano chiamati talvolta degli esperti che, qualche volta, magari, non hanno dato grandi contributi, mentre altre volte sì.

COLUCCI Alfonso (M5S). Professore, le pongo una terza e ultima domanda. Poi, se il Presidente lo consentirà, porremo domande più specifiche.

Perché questa *task force* non ebbe più seguito e venne, in parte, sostituita – se è corretto parlare di sostituzione – dal comitato tecnico scientifico?

Lei ci ha detto che non ha fatto parte formalmente del Comitato tecnico scientifico, ma è stato invitato a partecipare e talvolta ha partecipato

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

alle riunioni. Quindi qual è stata l'esigenza tecnica di sostituire la task force, che io immagino come un pensatoio, come un luogo di scambio, con un Comitato tecnico scientifico? Abbiamo visto come i due organismi si siano in parte, per un certo periodo di tempo, anche sovrapposti temporalmente e non funzionalmente tra di loro. Mi può illustrare questo aspetto?

REZZA. Non ne so granché, perché queste erano decisioni politiche e non pensavo proprio che sarei finito al Ministero della salute, per cui ero poco interessato a questo tipo di aspetti. La task force era soprattutto costituita – anche se non ricordo tutti i componenti – da figure istituzionali, quindi da persone appartenenti all'Istituto superiore di sanità, al Ministero, all'Esercito; non ricordo tutti i componenti, ma magari anche da Aifa e Agenas, che non ricordo se fossero presenti all'interno della task force. Ho però l'impressione che fosse un organismo composto soprattutto da figure appartenenti a enti e istituzioni e naturalmente da qualche tecnico. Io ad esempio ero una figura esclusivamente tecnica, ma appartenendo all'Istituto superiore di sanità ero coinvolto. C'era anche l'Istituto nazionale di malattie infettive Spallanzani.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Dopodiché, evidentemente, quando è stato nominato il CTS, quella fu una nomina più politica rispetto a quella della task force, perché la task force si rifaceva a figure istituzionali, invece il coordinatore del CTS mi sembra che fosse il dottor Miozzo della Protezione civile e il segretario Ciciliano, che adesso è il capo della Protezione civile e c'era il professor Locatelli, che credo solo dopo sia diventato presidente del secondo CTS. C'erano, insomma, esperti di varia estrazione, come il professor Antonelli, il professor Richeldi della Cattolica, comunque personaggi appartenenti anche ad università e altri istituti, ma non necessariamente alle istituzioni. È stato un gruppo che dopo si è allargato molto, perché devo dire che il primo CTS ad un certo punto era veramente molto numeroso, tant'è vero che quando poi fu riorganizzato il secondo CTS, con il cambio di Governo, si è molto ridotto (circa 10-15 persone).

LIRIS (*FdI*). Professor Rezza, anch'io mi associo ai ringraziamenti e ai complimenti per la relazione. Su tanti argomenti mi ritrovo perfettamente. Devo lasciare agli atti, come ha fatto il senatore Boccia, che mi sarei

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

aspettato – glielo dico da collega più giovane e meno blasonato, da igienista – che lei avesse redarguito e redarguisse il presidente Boccia quando le ha messo in bocca l’affermazione per cui fare un piano pandemico su un virus che non si conosce sia qualcosa di inutile. C’è un non detto in quell’asserzione del collega Boccia, ossia che l’aggiornamento fosse inutile. È evidente che un piano pandemico si fa su qualcosa che non si conosce, tant’è vero che si fa in maniera preventiva. Un vaccino si fa su qualcosa che si ha di concreto, tuttavia è stato affermato che il piano pandemico fosse inutile. Non si può partire dal presupposto che il piano pandemico non serva e che non serva aggiornarlo se non si conosce il virus, visto che il Piano era tarato solo sull’influenza.

REZZA. Se posso, andava aggiornato.

LIRIS (Fdi). Ci mancherebbe altro.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

PRESIDENTE. Abbiamo lasciato che il collega Boccia dicesse tutto quello che voleva e tirasse le sue conclusioni.

ZAMBITO (PD-IDP). Non è che uno fa l'interpretazione autentica di quello che dice un altro.

LIRIS (FdiI). Lei sa che io sono intellettualmente onesto e le assicuro che l'ha detto, poi riprendiamo insieme quello che ha detto alla fine mettendolo in bocca a lui. È importante perché ha detto che voleva fosse lasciato agli atti. Ha detto di averlo interpretato così perché il piano pandemico 2006 era tarato sull'influenza, pertanto non efficace su una pandemia da SARS-CoV-2.

PRESIDENTE. Quello che dicono i commissari conta il giusto, perché si tratta delle loro opinioni personali. Conta quello che dicono gli auditi e poi chiaramente ognuno valuta quello che dice l'audito, perché auditi diversi dicono cose diverse, quindi poi ognuno ne fa una sintesi.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

LIRIS (*FdI*). Giustissimo, signor Presidente.

PRESIDENTE. Il dottor Rezza ha risposto dicendo che non si poteva applicare tout court quel piano pandemico perché conteneva una serie di misure come vaccini e antivirali che era impossibile applicare perché in quella fase non c'erano ancora.

LIRIS (*FdI*). Ci mancherebbe altro, questi nascono successivamente.

Data la caratura dell'audit, entro nello specifico. Nelle autovalutazioni che si fanno e si mandano all'OMS, nel 2019 c'erano alcuni ambiti di valutazione che venivano indicati dal Ministero della salute con livello 5 sia per quanto riguarda l'ambito radiologico, sia per quanto riguarda la preparazione delle emergenze. Quando lei interviene, alcuni ambiti da 5 passano a 1, quindi il più basso, e alcuni passano a 3.

La prima domanda è, ad esempio nel rischio radiologico, cosa ha notato che non ci fosse a tal punto da decidere di passare da livello 5 a livello

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

1 - che significa da tutto a nulla - e sul livello 3 per quanto riguarda l'emergenza e mappatura delle risorse, che è quello che dice che ci siano piani multisettoriali, ma non ci sono esercitazioni e aggiornamenti, che è quello che poi ha detto nella sua relazione. Questi passi indietro che lei ha gestito quando era direttore del Dipartimento di prevenzione e quindi ha certificato e firmato come tali, a cosa li imputa?

REZZA. Sono stato un direttore tecnico e mi aveva chiamato Fazio nel 2011 per fare il direttore generale, cosa che poi non andò in porto. Successivamente mi chiamò il ministro Speranza, ma esclusivamente come direttore tecnico, tant'è vero che ho svolto la mia attività sul Covid per tre anni e poi sono tornato a fare altro. Pertanto, nel momento in cui faccio delle valutazioni, alla fine cerco di essere il più aderente possibile alla realtà che mi ritrovo di fronte valutandola sulla base di evidenze scientifiche.

Faccio una precisazione sul piano pandemico. Non ho detto che un piano pandemico influenzale non andava aggiornato e che non serve. Andava aggiornato e non è stato aggiornato, questo l'ho detto chiaramente e ho detto

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

- questo è vero e il Presidente l'ha ribadito - che non poteva essere applicato tout court, anche se ci sono anche delle zone di *overlap* trattandosi di virus respiratori, e le motivazioni sono che influenza e Covid hanno delle differenze. La mia perplessità era sull'applicazione del piano pandemico in sé, perché ho mostrato come le fasi contenessero una certa complessità e ambiguità e perché non so quanto, in questa maniera, avrebbero aggiunto ai provvedimenti che invece sono stati presi, quindi proprio sull'applicazione.

Quello che invece ho detto e che ribadisco è che un piano pandemico non deve essere solo scritto sulla carta, ma dev'essere applicato in ogni fase, anche durante la fase interpandemica. Le scorte, e tutto il resto, devono essere preparate nel momento in cui non abbiamo ancora l'evento pandemico in atto. Sono stato presso la Corte dei conti proprio perché nel momento in cui mi sono trovato, dopo la pandemia, di fronte a H5N1 ho detto: ma un'opzione sul vaccino la vogliamo fare o no? Sperando di non usarlo mai. Questo implica che si fanno degli investimenti che poi non si sa se verranno utilizzati e per questo sono andato a parlarne alla Corte dei conti. C'è tutta una serie di atti preparatori che vanno predisposti, al di là che il piano

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

pandemico sia aggiornato o meno, se un piano pandemico c'è questo dev'essere messo in pratica.

Per quanto riguarda invece l'autovalutazione, ho fatto una valutazione realistica di quella che era la situazione. Per esempio, non potevo dare livello 5 alla comunicazione (avrò dato livello 1 o 2, non ricordo, forse poteva essere ancora più basso), perché avete visto cos'è stata la comunicazione istituzionale e non durante la pandemia. Sarei disonesto dal punto di vista intellettuale se dicessi che entrambe hanno funzionato. Credo che non abbiano funzionato né la comunicazione istituzionale, né quella non istituzionale, cioè quella dei talk show e via dicendo. È chiaro che di fronte a questo e sulla base dell'esperienza fatta in quei mesi cosa volete che vi dica?

Per carità, magari sono stato anche facilitato avendo visto i problemi che avevano affrontato altri colleghi e allora mi sono detto che non avrei voluto passare quel tipo di problemi e dunque sono stato più cauto; sono dovuto stare per forza attento ed essere realistico, controllare se effettivamente avevamo scorte di tutto. È stato citato l'ambito radiologico;

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

ebbene, c'è stato un momento in cui era assolutamente necessario rifornirci e mantenere le scorte, perché cosa potevamo sapere, con quello che stava succedendo anche in Europa, che cosa ci avrebbe aspettato? È logico, quindi, che facendo una valutazione realistica ho dato quei voti. Quelli precedenti non sta a me giudicarli e non sta a me fare una comparazione. Di fatto, ho fatto una valutazione che credo sia stata realistica.

LIRIS (FdI). Per quanto riguarda i riferimenti bibliografici del piano nazionale sanitario in risposta all'eventuale emergenza pandemica da Covid-19, il cosiddetto piano segreto, il piano pandemico 2006 proprio non esiste e non è neanche annoverato tra le fonti, neanche come riferimento. Qual è il motivo? Anche perché quando l'OMS aveva ridotto la scala delle fasi da sei a quattro, noi nel piano pandemico del 2006 ancora ne consideravamo sei, quindi quando c'era il passaggio di fase non sapevamo se il criterio fosse quello dell'OMS aggiornato o quello del piano pandemico in vigore in Italia perché non aggiornato.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. Non mi sono occupato del piano di contingenza. Ho letto soprattutto la parte degli scenari, perché era quella più affine alle mie competenze epidemiologiche, in cui Merler aveva disegnato più scenari: scenario fuori controllo, scenario parzialmente controllato e lo scenario di buon controllo dell'epidemia. Gli scenari sono delle indicazioni e se proprio va male cosa possiamo fare? Se invece riusciamo a contenere un minimo, come ci dobbiamo adeguare? Da lì nacque l'esigenza di aumentare i posti di terapia intensiva, che prima erano circa 5.000 e poi sono arrivati a 9.000. Non mi sono, però, occupato nello specifico del piano pandemico e quindi non le so dire perché non fossero contenuti riferimenti bibliografici ai documenti all'epoca in vigore. Da quello che lei stesso mi dice, già l'OMS aveva riformulato le fasi pandemiche, mentre le fasi che ho indicato come estremamente farraginose praticamente non esistevano più da parte degli organismi internazionali. Questo è il problema dell'aggiornamento del piano e non sono io a dirlo, ma è un fatto che risale al 2006 e se è quello il piano in vigore, in qualche modo se ci fosse stata un'emergenza pandemica di tipo influenzale comunque si sarebbe dovuto tener conto di quel piano, anche se

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

effettivamente poi può in qualche misura entrare in contrasto con i riferimenti degli organismi internazionali, che invece valutano le fasi in una maniera diversa. Ci vuole un po' di elasticità nell'interpretazione. Siamo italiani e rivendico la nostra flessibilità.

LIRIS (*FdI*). Nella task force del 15 febbraio 2020, Maraglino afferma che è necessario l'aggiornamento del piano pandemico risalente al 2009: le risulta il motivo per cui si passa da quello storico, che tutti sappiamo, del 2006 a una data diversa, ovvero il 2009? È una citazione di quello che ha detto Maraglino nella task force.

REZZA. Sinceramente non lo so. L'ultimo piano è quello del 2006, ma se siano state apportate delle modifiche nel 2009 non glielo so dire.

PRESIDENTE. Sicuramente è un refuso, perché non esiste un piano del 2009.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

LIRIS (*FdI*). Non esiste un piano, ma sono state fatte delle note aggiuntive, che però non hanno avuto applicazione. Il motivo per cui si parla del 2009 c'è, volevo solo sapere se lei ne fosse a conoscenza.

REZZA. Probabilmente sono note aggiuntive.

LIRIS (*FdI*). Anche queste non hanno comportato né esercitazioni, né protocolli, né altro.

PRESIDENTE. Professor Rezza, le vorrei chiedere qualche chiarimento rispetto a quello che in parte ha già detto. Sulla task force ha già detto tutto quello che era possibile dire (cos'era, cosa non era, se era un organismo informale), quindi non le faccio domande, anche perché non ci sono atti di costituzione di quell'organismo, lo abbiamo appreso da lei.

Le volevo solo chiedere se alle riunioni della task force partecipava la politica e in che modo partecipava, se c'era il Ministro, se c'erano altri soggetti della politica, se partecipavano e se esprimevano delle decisioni.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. Sicuramente partecipava il Ministro. Non ricordo se venisse sempre, ma veniva molto spesso ed era molto attento e preoccupato dell'evoluzione, perché avendo la responsabilità politica questo è comprensibile. Non mi sembra che venissero prese lì le decisioni. In quella sede veniva illustrato il quadro e venivano date tutt'al più delle indicazioni.

PRESIDENTE. Tornando al piano pandemico, il 5 gennaio l'OMS lancia l'allarme globale a tutti gli Stati membri attraverso il sistema formale RSI (l'Event Information System) basato sulla valutazione iniziale del rischio della situazione in Cina.

Questo allarme consigliava agli Stati membri di adottare misure per identificare i casi, curare i pazienti, prevenire l'infezione e la trasmissione da uomo a uomo di agenti patogeni respiratori acuti con potenziale epidemico e pandemico. Si è trattato del primo allarme globale dell'OMS per l'adozione di misure concrete per una malattia respiratoria sconosciuta. L'OMS ha costantemente promosso la condivisione delle conoscenze attraverso

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

briefing dedicati ai Paesi, durante i quali sono state condivise le esperienze critiche dei Paesi colpiti precocemente e sono stati illustrati gli elementi di risposta globale.

Il 5 gennaio l'OMS lancia questo alert e quindi le volevo chiedere se è a conoscenza di quello che è stato fatto, nel nostro Paese, a seguito di questo alert.

REZZA. Personalmente non lo so, perché in questi casi la risposta è da parte del Ministero, quindi è possibile che il Ministero abbia diramato l'informazione sull'allerta dell'OMS. Generalmente viene fatto attraverso dei documenti informali, ad esempio delle e-mail, in cui si dice che l'OMS ha dato questo tipo di informazione. Di azioni precise, però, non ne sono state fatte, anche perché gli alert non determinano la necessità di interventi veri e propri.

PRESIDENTE. Leggo il suo schema. Lei scrive che nelle prime due settimane di gennaio presumibilmente siamo nella fase 3 - livello 1,

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

chiaramente con un margine di soggettività nell'interpretazione, ma a metà gennaio ci troviamo in quella fase e dopo il 20 gennaio probabilmente nella fase 4. Questo è quello che lei dice nello schema che ci ha mandato e questo riguarda il tema più in generale del Piano pandemico influenzale che abbiamo. Il piano pandemico influenzale del 2006, sia nella fase 3 - livello 1, sia nella fase 4 - livello 1, prevedeva tutta una serie di misure da adottare, alcune chiaramente non applicabili al caso di specie (vaccini e antivirali), ma molte di quelle misure che ho letto nel piano pandemico del 2006, che lei conosce, e che sono quelle che devono essere adottate nella fase interpandemica sono, per un completo profano come me, completamente sovrapponibili a questo tipo di pandemia. La verifica dei posti letto disponibili nelle terapie intensive, la verifica dei dispositivi di protezione, l'individuazione di strategie di comunicazione, quindi tutta una serie di misure che appartengono alle misure di buonsenso più che di scienza, mi viene da dire da non scienziato della materia, erano misure che sono perfettamente sovrapponibili a questa fase. Glielo chiedo perché lei, in un verbale di sommarie informazioni che ha rilasciato alla Procura di Bergamo,

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

se non ricordo male, si è espresso in maniera critica rispetto alle attività che potevano essere promosse nella fase interpandemica.

Le perplessità che hanno manifestato alla procura di Bergamo, ma che manifesto anch'io da normale cittadino non è tanto se una parte delle azioni presenti in questo piano sia stata poi adottata, ma quando sia stata adottata e quindi le chiedo: nella seconda settimana di gennaio sarebbe stato utile, come prevede la fase 3 livello - 1 del piano pandemico, iniziare già una ricognizione dei dispositivi di protezione, iniziare a verificare la disponibilità di posti letto, prepararsi eventualmente con la comunicazione, adottare tutta una serie di misure che sono previste anche nel piano influenzale del 2006?

REZZA. Sulle fasi ho espresso dubbi e ho detto, perché c'è molta soggettività, che qualora considerassimo di avere intensi collegamenti con Wuhan, che non è tutto il Paese, ma una zona molto limitata della Cina, allora ci saremmo trovati in fase 3 - livello 1. Su questo c'è un punto interrogativo, anche perché la stessa cosa varrebbe oggi per H5N1, perché oggi con H5N1 ci troviamo nella stessa condizione, non lo sappiamo, speriamo che non

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

diventi mai un'epidemia, ma nelle prime due settimane di gennaio c'erano solo notizie rispetto ad alcuni casi e non si sapeva se ci fosse o meno trasmissione interumana. Quelle misure che lei dice, giustamente, che vanno adottate in periodo interpandemico, andavano adottate dal 2006 fino ad allora, nel senso che la verifica delle scorte, il rafforzamento dei sistemi di sorveglianza e via dicendo, così come la ricognizione dei posti di terapia intensiva, sono tutte misure che certamente in periodo interpandemico, tanto più qualora noi facessimo riferimento a quel vecchio Piano e ci trovassimo in fase 3 - livello 1, sono misure che certamente andrebbero prese.

La domanda che ci dovremmo fare è se sono state prese o no. Il rafforzamento dei sistemi di sorveglianza è stato fatto, tant'è vero che si era predisposta una piattaforma per la raccolta dei dati. Lo stesso vale per la diagnostica, certamente, perché erano state messe a punto, sulla base dei protocolli dell'OMS, le metodiche di PCR utili alla diagnosi.

Sulla ricognizione dei posti di terapia intensiva, la domanda va fatta dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, perché è una pertinenza specifica di quella Direzione. Quello che mi

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

risulta è che sia stata fatta nel momento in cui è stato fatto il Piano di contingenza, al quale ho già premesso di non aver lavorato, perché sulla base di quel piano e dei suoi scenari si doveva andare a riformulare il fabbisogno di posti letto di terapia intensiva. Quello che palesemente manca anche a livello regionale (mi dispiace dirlo, ma coinvolge anche le Regioni, ma non lo devo dire io, perché è un dato oggettivo) è a livello di scorte di dispositivi di protezione individuale, dove mi sembra che ci siamo trovati molto in affanno, tant'è vero che dopo su quello c'è stata molta discussione e alla fine c'è stata una rincorsa all'accaparramento dei dispositivi di protezione individuale (per fortuna di mascherine non mi sono occupato).

PRESIDENTE. Tutta una serie di azioni è stata posta in essere in un momento successivo, quando eravamo già nella fase 5 o 6 della pandemia. Come lei ha detto, la verifica della presenza delle scorte dei dispositivi di protezione e l'esito della ricognizione che è stata fatta sono datate, nel verbale della task force, al 14 febbraio. Quella è la prima data in cui si dice che non ci sono abbastanza dispositivi di protezione, quindi di molto

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

successiva, anche prendendo a riferimento le fasi del piano pandemico precedente. La stessa cosa per i posti di terapia intensiva e i posti letto: la ricognizione è stata fatta solo successivamente alla presentazione dello studio del dottor Merler, quindi parliamo del 12 febbraio, quando il dottor Merler è venuto per la prima volta all'interno della task force – sempre a quanto risulta dai verbali – a illustrare il suo studio. La perplessità non è se siano state fatte, ma se questo tipo di attività andassero fatte in una fase precedente alla data nella quale sono state effettivamente eseguite e se questo sarebbe stato utile nella fase successiva. Gliel'ho chiesto proprio perché nel verbale delle sue sommarie informazioni lei ha manifestato una critica, dicendo che nella fase interpandemica si sarebbero potute effettuare più attività di vari tipi.

REZZA. Penso che l'Italia, come altri Paesi europei, sia arrivata non del tutto preparata ad affrontare questa pandemia, su questo mi sono espresso e credo di riportare un dato oggettivo. Con Italia intendo il sistema Paese e con altri Paesi europei intendo quasi tutti. Quello che stava messo meglio in termini

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

di terapia intensiva era la Germania, perché ha un sistema basato sull'offerta sanitaria, per cui avevano circa 30.000 posti di terapia intensiva, che è una cifra molto elevata. Quando faccio riferimento al periodo interpandemico, faccio riferimento a tutto il periodo interpandemico, dopodiché non le posso dare contezza delle date precise in cui sono state fatte queste ricognizioni, perché non ero coinvolto nella ricognizione dei posti letto e dei dispositivi di protezione individuale. Se lei mi dice che più o meno questi dati erano pronti per il 14 febbraio, non so quanto tempo veniva impiegato, però penso che questa ricognizione sia stata fatta anticipatamente rispetto al 14 febbraio. Su questo dovrebbe sentire chi se ne è occupato, perché altrimenti il sottoscritto rischierebbe solo di dire inesattezze.

PRESIDENTE. Il 23 gennaio arriva il famoso volo da Wuhan e nel verbale della task force si dà atto che dai controlli effettuati non è stato rilevato alcun caso. Il 31 gennaio si scopre che c'erano due persone malate (i due coniugi), le prime. Il 23 gennaio, quando il volo arriva, è peraltro lo stesso giorno nel quale la città di Wuhan entra in lockdown totale. Il 31 gennaio avremmo

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

dovuto imparare che c'era una fase asintomatica, perché se il 23 gennaio arrivano e si dice che tutti stanno bene in quel volo, il 31 gennaio scopriamo che ci sono questi due soggetti di quel volo con una sindrome respiratoria acuta e quindi di SARS-CoV-2, comprendiamo che c'era una latenza del virus importante. Chiedo conferma se ritiene che sarebbe stato opportuno svolgere le quarantene, come lei ha affermato prima, su tutti i voli diretti e indiretti che provenivano dalla Cina. Ciò avrebbe contribuito a contenere la diffusione del virus. Nessuno immagina che il virus non potesse arrivare in Italia, chiaramente tutte le misure sono di contenimento, ma avrebbero aiutato le quarantene a contenere?

REZZA. Lei fa questa domanda a me, che sono stato, soprattutto nella prima fase della pandemia – oggi sono fra quelli meno ossessivi sul tema – molto rigido nel richiedere misure importanti, perché c'è sempre la speranza di poter contenere o quantomeno ritardare un fenomeno. Il punto è che effettuare i controlli sui voli è difficilissimo: si usano termoscanner e canali sanitari e quando abbiamo messo i test a disposizione magari si è riusciti a

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

intercettare uno o due casi, dopodiché gli altri sfuggono al controllo, perché basta che una persona si sia infettata il giorno prima e sviluppi i sintomi tre giorni dopo che ha superato qualsiasi ostacolo. Se c'è una cosa su cui l'Italia è stata rimproverata per aver agito troppo, è proprio il controllo dei voli. Ricordo che anche persone molto vicine al Ministro criticarono il fatto che l'Italia bloccò i voli da Wuhan e in seguito dalla Cina. Dico questo perché gli altri Paesi europei decisero di non disporre alcun blocco dei voli e l'OMS assolutamente non lo consigliò. Quando si bloccano i voli diretti, chiaramente sfuggono tutti i voli indiretti. Ha quindi un senso bloccarli o no? Secondo me ha un senso al fine di ridurre l'impatto delle persone infette che arrivano. Disporre la quarantena per tutti quelli che arrivavano dalla Cina era una misura decisamente impossibile da attuare. Se l'avessero chiesto a me e avessi potuto decidere, forse l'avrei anche fatto, ma sarebbe stata una pia illusione cercare di contenere o mitigare l'andamento dell'epidemia in quella maniera, specialmente se gli altri Paesi non adottano le stesse misure. Lei mi insegna che gli altri Paesi europei sono andati ognuno per conto proprio e non c'è stato nessun accordo o coordinamento. Su questo l'Italia si è trovata

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

praticamente isolata a fare l'interdizione dei voli dalla Cina e poi il virus è entrato chissà in che maniera nel Lodigiano. Ancora oggi non sappiamo chi fosse il paziente zero.

COLUCCI Alfonso (M5S). Professor Rezza, volevo tornare su una sua affermazione riguardo alla comunicazione. Lei ha detto che la comunicazione istituzionale e quella non istituzionale (con la quale peraltro ha detto di intendere quella dei giornalisti) hanno mostrato delle carenze. Vorrei fare alcuni rilievi e chiederle delle precisazioni. Lei sa che c'è uno studio dell'AgCom che ha dimostrato come nel periodo di riferimento del 2020 solo il 64 per cento degli italiani si informasse a mezzo della TV, essendo la restante parte dell'informazione assorbita dai social media o da strumenti come WhatsApp, quindi la TV costituisce già nel 2020 un canale d'informazione limitato.

Pensi, professore - ma di queste cose è informato -, che un aggiornamento di questo studio riporta come, nel 2023, la percentuale di persone che si informano in Italia per mezzo della televisione scende

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

addirittura al 46 per cento. Quindi si ha una netta prevalenza nell'utilizzo delle informazioni social per acquisire il dato. Dunque, il 50,5 per cento degli italiani dichiara, secondo questa analisi, di venire a conoscenza delle informazioni in primo luogo attraverso i social, attraverso cioè questi altri strumenti, che sono appunto X, WhatsApp, Facebook, Instagram fra gli altri. Lei ha parlato della comunicazione istituzionale e ricordo che c'è stato un altro studio che ha evidenziato come gli italiani facessero grande affidamento sulla comunicazione istituzionale, intesa come comunicazione proveniente, ad esempio, dall'Istituto superiore di sanità, quindi come una informazione scientifica fortemente qualificata. Può quindi precisare il suo pensiero? Quando prima ha parlato di “comunicazione istituzionale”, a che tipo di comunicazione si riferiva? Quando poi ha parlato di “comunicazione non istituzionale” a che tipo di comunicazione faceva riferimento, con più ampio riguardo a quel fenomeno individuato ora, in maniera corrente, come infodemia?

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. È una domanda molto interessante e devo dire che, purtroppo, la risposta non può che essere articolata, anche perché mi sono trovato a fare comunicazione da un lato e dall'altro, nel senso che nei primi tre mesi della pandemia ero un esperto dell'Istituto superiore di sanità. Essendo già noto prima, non sono “nato” con il Covid, perché il Covid ha generato molti esperti “dopo”. Avevo però un tipo di comunicazione molto libera e dopo, quando mi sono trovato a fare il direttore generale al Ministero, ho avuto una comunicazione molto ristretta, con dei limiti molto rigidi. Questo è un bene per proteggere chi lavora nelle istituzioni, ma è un male perché si diventa poco competitivi nei confronti dell'informazione libera, che è molto più attraente: penso ai colleghi che vanno nei talk show, ad esempio, e via dicendo.

Quando parlo di comunicazione istituzionale intendo prettamente il Ministero e l'Istituto, anche se l'Istituto dopo non ti vieta di partecipare ai talk show o alle trasmissioni più “leggere” e quindi di essere meno istituzionale, perché comunque sei un ricercatore e non un funzionario. Per comunicazione non istituzionale intendo non solo quella dei giornalisti, ma

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

anche quella di qualsiasi collega che vada in televisione. Ne abbiamo visti molti e l'infondemia è nata un po' anche da quello, cioè dal fatto di chiamare sempre più esperti, perché i programmi si moltiplicavano, la domanda di informazione era molto ampia e abbiamo visto come spesso fossero anche in contraddizione fra di loro, se non fino ad arrivare addirittura ad una competizione tra l'uno e l'altro. In quel senso, certamente il fatto di avere dei canali di informazione istituzionali molto rigidi e di fare una comunicazione un po' più *appealing*, un po' più attraente, da parte di organismi ed esperti non istituzionali, fa pendere la bilancia a favore della comunicazione non istituzionale. Quando stavo in Istituto, c'era un sondaggio, in cui risultavo essere all'apice, insieme alla Capua, per quanto riguardava il gradimento del pubblico, in termini di attendibilità dell'informazione. Chiaramente, dopo essere andato al Ministero ho dovuto tenere molto bassa l'asticella. Le ripeto, queste sono scelte che le istituzioni fanno ed è giusto che ci si adatti, a seconda del ruolo che si ricopre.

Ho purtroppo una “certa”, come si dice a Roma, ovvero una certa età e guardo ancora la televisione, anche se la trovo abbastanza noiosa e non mi

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

informo solo attraverso la televisione, perché magari arriva prima Facebook e chiunque di noi, anche se non è giovanissimo, se non altro per motivi che esulano dalla professione, usa Facebook o altri social. È chiaro, però, che i giovani ormai si informano molto di più sui social. Questo fa saltare qualsiasi livello di intermediazione, perché è un'impresa titanica quella che volesse fare un'istituzione per stare al passo con tutta la concorrenza che c'è sui social, senza alcuna intermediazione, neanche quella dei giornalisti, di cui tanto spesso ci siamo magari lamentati. Quello di cui ho visto la mancanza in Italia è il giornalismo scientifico obiettivo, perché l'esperto tende a dare la sua opinione e questa è la cosa terribile; non bisognerebbe esprimere opinioni, ma esprimere i fatti, per come sono, oggettivi e il meno possibile influenzati dalle proprie opinioni e questo mi sembra che un po' sia mancato. Sui social è una battaglia, è una divisione tribale e mi sembra che i margini di intermediazione e sintesi siano molto pochi.

COLUCCI Alfonso (M5S). Lei ha perfettamente ragione, professore, perché evidentemente con i social salta l'intermediazione, ma salta anche qualsiasi

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

controllo di qualità e di attendibilità della fonte, che credo sia il primo tema di un'informazione giornalistica attendibile. D'altra parte, mi pare di capire che lei abbia anche lamentato l'intervento degli esperti in TV, per la semplice ragione che molto spesso la TV si alimenta della contrapposizione e quindi molto spesso contrappone semplicemente personalità, anche con carature diverse, pur di far apparire la contrapposizione, che poi dà interesse e crea audience. Quindi, mi pare di capire che lei lamenti il difetto di una comunicazione più istituzionale nei media. Mi pare di aver capito che lei, naturalmente nella sua funzione e nel suo ruolo, dovesse attuare una comunicazione formale ed istituzionale. Non capisco il senso e se lei lamenta che questo suo tipo di informazione e di comunicazione non reggesse il passo rispetto *all'audience* o se piuttosto, a suo avviso, sarebbe stato necessario che nei media ufficiali ci fosse più informazione istituzionale. Qual è il tema?

REZZA. Diciamo che ho espresso dei dubbi, perché ho detto da una parte che il fatto di non sovraesporre l'istituzione è una garanzia - se vogliamo - non di imparzialità, su questo ci arriviamo dopo, ma di correttezza e

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

understatement. Dall'altra però ti fa perdere il passo rispetto all'informazione più attraente, che è quella del dibattito. Quindi è semplicemente un dubbio che ho espresso. Dopodiché, credo che si diano sempre troppe certezze e ciò che è stato più difficile è stato comunicare l'incertezza. Quando si comunicano le cose con certezza, in primo luogo si rischia di essere sempre smentiti il giorno dopo; in secondo luogo, c'è il tema di entrare anche in polemica. Ad esempio, ho evitato quasi sempre e, quando mi è capitato, ho cercato una pacificazione, perfino con chi aveva posizioni no vax. Quando si è trattato di fare quella sorta di sanatoria, rispetto al passato, mi sono espresso favorevolmente, perché ho detto che la battaglia del Covid è stata vinta e quindi basta: perché continuare ad accanirsi? Credo, quindi, che cercare la mediazione ed esprimere anche l'incertezza sia molto importante per le istituzioni e per tutti noi che svolgiamo un lavoro di tipo scientifico. Dopodiché, le ripeto, per quanto riguarda la comunicazione istituzionale, ho espresso dubbi. Da una parte, probabilmente è bene che le istituzioni non si esponano come tutti gli altri, dall'altra diventano perdenti di fronte a un'esposizione che garantisce maggiore visibilità.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

LIRIS (*FdI*). Professore, il suo nome risulta nei sottogruppi della task force del 16 febbraio 2020, anche se lei ha affermato che formalmente ci è entrato successivamente. Il 16 aprile 2020 ci sono i sottogruppi e c'è un elenco; se vuole, poi, c'è la documentazione, ma non è questa la domanda.

La necessità dell'aggiornamento del piano è stata però illustrata l'11 aprile 2019 da Maraglino, di cui abbiamo la relazione. Anche lì, in quella bozza del piano pandemico in via di aggiornamento, è presente anche il suo nome. Ci sa indicare com'era stata conferita quella nomina e se ci sono degli atti?

REZZA. Stiamo parlando del 2019?

LIRIS (*FdI*). Sì.

REZZA. Quando si fanno dei gruppi di lavoro è normale che il Ministero coinvolga l'Istituto superiore di sanità.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

LIRIS (*FdI*). Alcune domande sono rapide, affinché siano agli atti.

In relazione alla bozza del 2019, il documento è stato elaborato considerando i requisiti in base all'esperienza della pandemia dell'H1N1 del 2009. Ecco perché: era intervenuto l'H1N1 nel 2009 e questo faceva parte della nota di aggiornamento. In una relazione della Direzione generale sanità della Regione Lombardia si scrive che il piano pandemico del 2006 è stato costruito sull'ipotesi che le caratteristiche del virus influenzale pandemico fossero rappresentate dall'H5N1. In base a questo possiamo affermare che il piano pandemico del 2006 andasse aggiornato già dal 2009, essendo intervenuto l'H1N1?

REZZA. Nel 2009 non erano però passati neanche tre anni, per cui non credo ci fosse la necessità di aggiornare il piano pandemico. Probabilmente erano state apportate, da quello che mi legge - ma non lo so - piccole modifiche o qualche aggiornamento. Nel 2009 ricordo più che altro che ci fu la necessità di prendere delle misure di contenimento, di mitigazione e di acquisto di

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

vaccini. Dopo andò come andò, perché arrivarono prima i casi che i vaccini, perché si era a novembre del 2009. Che fine abbiano fatto quegli aggiornamenti, però, sinceramente non glielo so dire. Forse erano degli adattamenti al fatto che ci fosse un'epidemia in atto.

LIRIS (*FdI*). Sulla task force del 23 gennaio 2020, l'azione 4, quella nella sezione Prossime azioni, consiste nel definire il modulo informativo da rendere al viaggiatore su comportamenti da tenere in caso di... e nei successivi sette - dieci giorni. Le chiedo se ci sono moduli e se possiamo dedurre quindi che si dava per scontato che l'incubazione fosse di sette - dieci giorni. Se fosse così, le chiedo che senso avesse, essendo asintomatici nei sette - dieci giorni, l'uso dei termoscanner.

REZZA. Qualsiasi provvedimento si possa prendere è un provvedimento che può servire ad identificare un certo numero di casi, una proporzione del totale, ma non serve a contenere tutto il fenomeno. I dieci giorni di tempo di incubazione rappresentano un intervallo massimo, essendo in genere più

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

breve per i virus respiratori. Dopo abbiamo visto che, con Omicron, siamo arrivati probabilmente a due, tre, quattro o cinque giorni, ma quello è un limite massimo. È chiaro però che, a meno che non si decida di non far arrivare nessuno in Italia, né dalla Francia, né dalla Germania e da tutti i Paesi che hanno continuato ad avere voli dalla Cina, oppure a meno che non si decida che qualsiasi persona che venga dalla Cina viene identificata e messa in quarantena per quindici giorni, cosa praticamente impossibile, non c'è, purtroppo, provvedimento che tenga. Il massimo che si può fare è cercare di diminuire la massa, l'impatto delle persone che arrivano. Quella è l'unica cosa che si può fare, dopodiché ogni provvedimento, purtroppo, è destinato in parte a fallire, che siano i termoscanner o che siano i test rapidi, che pure abbiamo fatto e hanno identificato un certo numero di persone, ma non riescono a contenere tutto il fenomeno. Si fa in modo di cercare di diminuire l'impatto degli arrivi: tutto qua.

LIRIS (*FdI*). È evidente che vado a trovare alcune discrasie nel sistema e chiaramente ragiono in funzione prospettica. Il 31 gennaio 2020 Sileri

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

chiedeva in via precauzionale se fosse possibile effettuare un tampone ai circa 60 italiani che, dalla regione di Wuhan, sarebbero stati rimpatriati in stato di quarantena presso tre strutture della Cecchignola. Sileri richiedeva questo. Lei ed Ippolito, anche questo è a verbale, vi opponete al tampone, sostenendo che non è utile effettuare un test e che non sarà effettuato nessun prelievo ematico, in quanto non vi è nessuna evidenza scientifica in ordine all'utilità dello stesso. Quindi, se non è utile affrontare test, perché non vi è alcuna utilità, come mai i 60 italiani rimpatriati alla Cecchignola sono stati posti in regime di quarantena per diciotto giorni? Perché i cinesi che sbarcavano in Italia non erano sottoposti a quarantena, come gli italiani rientrati da Wuhan (misura adottata, a livello internazionale, da diversi Paesi, sin dalle primissime settimane di gennaio 2020)? Se quindi c'erano i diciotto giorni, si dava per scontato che ci fosse la contagiosità anche nello stato asintomatico?

REZZA. Non ricordo questa frase mia e di Ippolito, ma probabilmente abbiamo detto che non era utile farlo subito, perché magari potevano essere

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

ancora negativi, come di fatto è stato, perché sono stati rimpatriati come negativi e dopo qualcuno ha avuto i sintomi. È chiaro che, essendo militari italiani che vivevano alla Cecchignola, uno applica un principio di massima precauzione e li tiene qualche giorno in quarantena. Questo mi sembra a vantaggio sia loro che della comunità che li ospita. Dopodiché, su tutti quelli che arrivavano dalla Cina - ripeto - era decisamente impossibile. Ricordo una discussione sul fatto se far fare la quarantena ai bambini che tornavano dalla Cina e andavano a scuola, cioè di non mandarli a scuola in quei giorni e ricordo che - in una trasmissione televisiva, non era un documento ufficiale - mi espressi a favore, nel senso che se si può evitare, si evita. Questa misura però non venne presa, dopodiché fortunatamente non successe nulla. Ripeto, però, che tutte queste misure non riescono a contenere un'epidemia che avanza. È bene applicarle finché si può, per cercare di ritardare l'andamento dell'epidemia. Nella fattispecie, per i militari che tornavano alla Cecchignola credo che un'attenzione in più si poteva porre e infatti è stata posta.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

PRESIDENTE. Le risulta, tornando ancora al tema della comunicazione, che ci fosse o che sia stato redatto un piano di comunicazione? Nelle riunioni della task force avete mai parlato, se c'è stato un piano di comunicazione, di come adottarlo e via dicendo, o no?

REZZA. Non ne sono a conoscenza; che poi il Ministero avesse un proprio piano di comunicazione è possibile, ma non ne sono a conoscenza. Diciamo che dal punto di vista della comunicazione, come Istituto superiore di sanità, avevamo l'autorizzazione da parte del nostro ufficio stampa.

PRESIDENTE. Glielo chiedo perché la comunicazione è uno degli elementi essenziali, previsti sia nel piano pandemico del 2006, sia in tutti i piani pandemici e la comunicazione in fase di pandemia è ritenuta da tutti strategica. Non risultando nella task force che si sia mai parlato di comunicazione, le chiedo conferma di questo.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. Forse a livello del Ministero ne hanno parlato, ma a livello di task force non mi sembra.

PRESIDENTE. Il 15 febbraio - sto sempre sul tema della comunicazione - il Ministro invoca la necessità di non creare allarmismi. Questa è una preoccupazione che il Ministro invocava già in altri verbali. Essa emerge già in altri verbali, sia appunto del 15 febbraio, ma anche del 14 febbraio, dell'11 febbraio, del 25, del 24, del 23 e del 22. Quindi, c'era la volontà del Ministro di non creare allarmismi. Le risulta che sia mai stato discusso, all'interno della task force, anche di disposizioni, che a me risultano e che hanno dichiarato molti medici - ma non solo, anche personale delle Forze dell'ordine - per cui era stato loro vietato l'uso dei dispositivi di protezione per non allarmare la popolazione?

REZZA. Non risulta, assolutamente no. Però, ripeto, non è che tutti si occupassero di tutte le cose, nel senso che io mi occupavo di andamento epidemiologico e analisi epidemiologiche. Sulla comunicazione, se c'era una

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

volontà di non allarmare, evidentemente questo poteva essere stato un piano interno al Ministero. Il Ministro del resto aveva un ufficio stampa, un portavoce e via dicendo: probabilmente avranno discusso loro le modalità della comunicazione.

PRESIDENTE. Il 18 febbraio, il segretario generale illustra i dati dei report con l'aumento di circa 20.000 casi; a Hubei i casi cumulativi confermati sono 58.000, con 1.696 decessi; i casi nella regione europea sono oltre 47, i decessi sono incrementati di 106 unità, tre dei quali fuori dalla Cina. Siamo al 18 febbraio: leggo i dati che ha comunicato il segretario in quella data. Glieli leggo perché siamo tra la fase 5 e la fase 6 del vecchio piano pandemico e la situazione sembrava abbastanza grave all'estero. La fase 6 del livello 1 del piano pandemico prevede di: valutare e diffondere notizie sull'impatto della pandemia; valutare l'opportunità di adottare i poteri di emergenza; valutare e aggiornare l'impatto di trattamenti e contromisure, inclusa l'efficacia di eventuali interventi farmacologici; adottare le misure di prevenzione generica previste e quant'altro. Glielo chiedo perché il 19 febbraio si è

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

giocata la partita tra Atalanta e Valencia, che ha visto la partecipazione, credo, di circa 40.000 tifosi, di cui una buona parte, ovviamente, essendo atalantini, della bergamasca e molti hanno sostenuto che questo evento sportivo così rilevante abbia contribuito in maniera significativa alla diffusione e al contagio nella bergamasca, in maniera così violenta nelle fasi successive. Ritiene che sarebbe stato opportuno, già in quella fase, che era non più interpandemica, ma già pandemica avanzata, vietare eventi sportivi di questo genere?

REZZA. Proprio il 20 febbraio, la sera, ci sarebbe stato il caso di Codogno. Quei casi europei sono casi evidentemente importati, non sono casi autoctoni, perché il primo caso autoctono è stato quello italiano, per cui il 19 febbraio la situazione era sempre quella del focolaio di Wuhan - sto ragionando - ovvero di trasmissione sostenuta a Wuhan, con nessun caso in Europa. L'OMS non aveva dichiarato l'epidemia; era PHEIC secondo l'OMS (dal 30 gennaio era *public health emergency of international concern*), e non erano state prese misure simili in nessun Paese. Allora, col senno di poi, è

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

chiaro che c'è stato un evento di mass gathering in Val Seriana. Sappiamo quello che dopo è successo in Val Seriana: ne parla uno che ha chiesto per primo la zona rossa in Val Seriana. Col senno di poi, le dico: certo. Ma all'epoca non c'erano casi in Italia e in Europa e nessuno in Europa si era mai sognato di vietare degli eventi di adunata di massa. Per cui, sinceramente, col senno di poi, le dico di sì, ma con la situazione dell'epoca sarebbe stato l'unico Paese europeo ad adottare una misura del genere, in mancanza di evidenze di casi sul territorio.

PRESIDENTE. È stato chiarissimo.

Faccio ora riferimento al verbale del CTS del 21 febbraio, a cui non so se lei fosse presente, perché nei verbali del CTS si usa la dicitura “il CTS dice”, ma non c'è scritto chi lo dice, come lo dice e quando lo dice, a differenza dei verbali o dei brogliacci della task force. Ebbene, il 21 febbraio, secondo il verbale, il CTS ritiene di suggerire l'adozione di tutta una serie di misure di contenimento e di controllo aggiuntive a quelle attualmente in essere, che tengano conto anche del rapido mutamento delle informazioni

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

scientifiche disponibili e si suggerisce l'adozione di un'ordinanza del Ministero della salute che preveda una serie di misure: la quarantena di chi ha avuto contatti stretti con positivi negli ultimi quattordici giorni; l'isolamento domiciliare fiduciario per chi torna da aree a rischio della Cina; un ruolo attivo nella gestione della sorveglianza da parte dei dipartimenti di Protezione civile e delle ASL del territorio; la chiusura delle scuole. Glielo chiedo perché, sempre in tema di comunicazione, il 21 gennaio il presidente del Consiglio Conte, nella conferenza stampa, diceva che la situazione era sotto controllo, che eravamo preparati, che avevamo predisposto un piano e che lo stavamo attuando. Pochi giorni dopo diceva che l'Italia era un Paese sicuro, in cui si poteva viaggiare e fare del turismo. Il 21 febbraio il presidente Conte dichiarava: la situazione è sotto controllo, noi eravamo preparati e abbiamo predisposto un piano e lo stiamo attuando. Pochi giorni dopo, il 23 se non sbaglio, ribadiva che l'Italia è un Paese sicuro, in cui si può viaggiare e fare del turismo. Le voglio chiedere se, quando lei parla di comunicazione istituzionale che trasmetta più incertezza - queste sono le parole che ha adottato prima - si riferisce al fatto che la comunicazione

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

istituzionale non debba dare per assolute delle fattispecie, come in questo caso, che poi possono essere smentite dai fatti.

REZZA. Signor Presidente, mi perdoni, ma sembra una domanda retorica, nel senso che è chiaro che il 21 febbraio è dopo il primo caso autoctono, se non sbaglio. Quindi, dopo il primo caso autoctono, certamente è bene essere prudenti.

PRESIDENTE. Le misure che sono state richieste dal CTS il 21 febbraio sono state ribadite poi nel verbale del 22 febbraio: mi riferisco alla richiesta di tutta una serie di misure. Sono state poi accolte, parzialmente, nella circolare n. 5443 del 22 febbraio. Sono state accolte solo parzialmente dal Ministero e, come ricordava lei, dal 23 al 29 febbraio sono iniziati ad arrivare al CTS a voi scienziati i dati di contagio della bergamasca, perché quelle misure, come ha ricordato, erano limitate a undici Comuni. Successivamente sono iniziati ad arrivare i dati dei contagi della bergamasca. Le misure nella bergamasca sono state prese solo l'8 marzo, con il lockdown esteso a tutta la

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Lombardia e il lockdown nazionale. Lei ha detto che è stato uno di quelli che ha più sollecitato l'adozione di queste misure e dunque le vorrei chiedere in che contesto ha sollecitato l'adozione di queste misure, se lo ha fatto nel CTS, e le ragioni per le quali dalla fine di febbraio, quando sono iniziati ad arrivare i dati del contagio, fino all'8 marzo, queste misure non sono state adottate.

REZZA. Ho fatto proprio una diapositiva su questo, adesso non ce l'ho sotto gli occhi, però credo di ricordare abbastanza bene. In quella fase, sostanzialmente l'ordinanza che consegnava a noi la sorveglianza epidemiologica e microbiologica - la definivamo come sorveglianza integrata - è quella di fine febbraio, mi sembra il 28. Dunque, il 28 febbraio il presidente dell'Istituto diede a me l'incarico di mettere in piedi la sorveglianza: questo formalmente dal 4 marzo. La piattaforma l'avevamo già data alle Regioni, da quel che ricordo; le Regioni però cominciavano a immettere i dati, dipendeva da Regione a Regione, ma la Regione Lombardia, in particolare, faceva il data input su Excel e condivideva i dati

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

con la Fondazione Bruno Kessler per il calcolo dell' R_0 e con l'Istituto superiore di sanità. La Regione Lombardia, sulla base dei dati che aveva appena immesso, all'inizio di marzo - con precisione credo il 3 marzo - segnala una situazione di criticità nella Regione, al di fuori di Codogno. Ricordo precisamente di aver scandagliato i dati, con al telefono Stefano Merler della Fondazione Bruno Kessler, Comune per Comune della Lombardia, e l'incidenza più alta si registrava in questi due paesi della Val Seriana, Alzano e Nembro, e in altri casi sporadici - anche in un paese della bresciana - però lontani dai capoluoghi di Provincia. La situazione della Val Seriana sembrava la situazione più seria. Per quel motivo il 3 stesso scrissi al Presidente dell'Istituto superiore di sanità, segnalando la gravità della situazione. Il Presidente portò l'istanza in CTS con, sostanzialmente, una richiesta di zona rossa. I motivi erano palesi, cioè un numero alto di casi, specialmente per uno dei due Comuni, ma i casi stavano crescendo proprio in quel momento. La vicinanza con Bergamo è una cosa che mi preoccupava moltissimo, perché chiaramente Bergamo è un capoluogo di Provincia, una città grande e da Bergamo si può muovere tanta gente verso Milano e verso

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

il resto d'Italia. Quella era la motivazione. Il CTS sembrava favorevole a dare parere favorevole e ci chiese, il 4 marzo, un approfondimento. Portammo l'approfondimento e io fui chiamato in CTS, non ne facevo parte, ma fui chiamato a relazionare in quel consesso sulla necessità della zona rossa. Il 5 o il 6 marzo, cioè non subito - da quello che mi è stato riferito (però ripeto: è quello che mi è stato riferito) il Ministro era d'accordo - io in quei giorni andai in CTS ad accompagnare il Presidente, venne un giorno il Presidente del Consiglio, come del resto anche la Regione, perché la Regione chiedeva al Governo e “forse” il Governo poteva pensare che quel provvedimento potesse essere preso direttamente dalla Regione. Evidentemente cercavano una situazione condivisa. Credo che il presidente Conte esprimesse non una contrarietà, ma qualche dubbio, perché la zona rossa implica comunque un movimento di Forze dell'ordine che devono fare una sorta di cordone sanitario e quindi spostare Forze dell'ordine da un'attività verso un'altra. Credo che intorno al 7 o all'8 marzo si accumularono altri dati, con focolai al di fuori della Val Seriana e credo che questo fu il motivo per cui non venne immediatamente fatta una zona rossa in Val Seriana, ma venne presa la

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

decisione, credo l'8, di estendere una sorta di zona rossa - che è un lockdown, perché per zona rossa intendiamo proprio il cordone sanitario intorno a un'area al cui interno c'è il distanziamento sociale - estesa a tutta la Lombardia e non ricordo se anche ad altre Regioni. Dopodiché l'11 partì il lockdown nazionale vero e proprio, con l'intenzione di proteggere le altre zone d'Italia. Chiaramente, come le ho detto prima, i tecnici danno i loro suggerimenti e le loro indicazioni, poi è legittimo che la politica decida per un intervento piuttosto che un altro.

COLUCCI Alfonso (M5S). Con riferimento a quella discussione che lei ci ha appena riferito, altri auditi ci hanno presentato la necessità, esposta dal Presidente del Consiglio dell'epoca, di avere un supplemento istruttorio prima di poter assumere una decisione così importante. Lei, del resto, ha fatto riferimento anche alle esigenze logistiche dello spostamento dei militari, oltre alla gravità dell'informazione.

REZZA. Questo ci fu detto, chiaramente.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

COLUCCI Alfonso (M5S). Può gentilmente confermare che ci fu una richiesta di supplemento istruttorio per prendere la decisione di chiusura?

REZZA. Sì, il supplemento istruttorio ricordo che lo demmo proprio il 4 marzo. È chiaro che nei giorni successivi abbiamo continuato a fornire dati che mostravano anche un allargamento dei focolai in altre zone del Nord Italia e in parte anche nell'Italia centrale, se vi facciamo rientrare anche il Nord delle Marche.

Ci fu un aggiornamento continuo dei dati. Le decisioni che furono prese le conoscete: la decisione fu di non fare zona rossa il 4 e il 5, quando i dati potevano sostenerla, in Val Seriana, ma piuttosto dopo di estendere questa zona rossa, io direi un lockdown prima regionale e dopo nazionale sulla base dei dati che arrivavano. Il lockdown nazionale venne fatto sulla base di dati che mostravano focolai al di fuori della Lombardia. Le Regioni colpite erano Lombardia, il Nord-Ovest dell'Emilia (Piacenza), la Romagna (Rimini), il Nord delle Marche e parte del Veneto (non solo Vo', ma anche

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

focolai vicino a Mestre e Venezia, da quello che ricordo). Si disse (credo di interpretare il pensiero di chi doveva prendere decisioni di carattere politico): se chiudiamo anche là, forse solo là, piuttosto che applicare la zona rossa solo a un'area, estendo il lockdown prima a livello regionale e dopo a livello nazionale.

COLUCCI Alfonso (M5S). Professor Rezza, torno su una sua affermazione con riferimento alla partita Atalanta-Valencia. Lei ha detto: col senno di poi. Vorrei un attimo contestualizzare.

Nel corso dell'audizione lei ci ha prospettato anche il tema degli asintomatici, che secondo me è stato uno dei grossi problemi: l'acquisizione della nozione scientifica secondo cui anche l'asintomatico è portatore del virus e può anche trasmetterlo. Mi sembra che ciò distingua il coronavirus da un'influenza normale, che si manifesta proprio con i sintomi: è intanto influenza, in quanto ci sono tosse e febbre.

D'altra parte, ho ritrovato una dichiarazione resa l'8 giugno 2020 dal capo del team tecnico anti-Covid dell'Organizzazione mondiale della sanità

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

(ossia la massima autorità in materia), che cito testualmente: è molto raro che una persona asintomatica possa trasmettere il coronavirus. Ripeto: l'8 giugno l'OMS dichiarava questo.

Sappiamo che precedentemente c'era già stato un ampio dibattito sulla capacità degli asintomatici di trasmettere il virus. Il tema era quindi dibattuto. Visto che del senno di poi sono piene le fosse, potrebbe gentilmente illustrarci quando si realizzò la consapevolezza scientifica della trasmissibilità da parte degli asintomatici e, quindi, si cercò in qualche modo di tarare il sistema di risposta al virus su questa nuova acquisizione medica?

REZZA. Questo, purtroppo, è il classico caso che testimonia che si impara facendo le cose. In un primo momento ci fu una segnalazione di un gruppo tedesco, che faceva riferimento alla trasmissione da parte di un'asintomatica. Dopodiché, la rivista «The New England Journal of Medicine» riportò l'articolo, furono fatti degli approfondimenti e l'articolo fu ritirato.

Quando succedono queste cose è terribile, perché si perde la credibilità. Prima mi dite una cosa e dopo un'altra: ma allora dove sta la

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

verità? Le evidenze si accumularono con il tempo. Un conto è evidenziare che l'asintomatico trasmette; altro, per esempio, tramite tecniche di biologia molecolare, rilevare la presenza del virus nella saliva. Evidenziare la presenza del virus nella saliva significa automaticamente che quella persona infetterà altre persone? Questa è un'altra domanda ancora. L'argomento, purtroppo, è più complesso di quello che può sembrare.

Gli asintomatici infetti da SARS-CoV-2 (se sono asintomatici non hanno il Covid, la malattia, ma solo l'infezione da SARS-CoV-2) non sono pochi. È estremamente difficile rintracciare le persone che restano asintomatiche o paucisintomatiche, con pochi sintomi praticamente indistinguibili. Le evidenze si accumularono quindi con il tempo. Dopodiché, sfido chiunque oggi a dirci qual è il ruolo degli asintomatici, a livello di comunità, nella trasmissione dell'infezione, ossia quantizzare il loro ruolo.

Perché avviene ciò? I virus evolvono attraverso dei meccanismi darwiniani: quella che a volte è definita come intelligenza del virus, non esiste, in quanto il virus muta a caso. Mutando a caso, ci sono dei fattori che

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

danno un vantaggio selettivo a quei ceppi virali che sono mutati in maniera tale da favorirne la riproduzione e, quindi, la sopravvivenza. Perché un virus respiratorio alla fine dà la tosse? Perché la tosse è un meccanismo attraverso il quale il virus più facilmente riesce a mantenersi nella popolazione in quanto trasmette di più colui che ha la tosse.

È chiaro che l'asintomatico può svolgere un ruolo. Pensiamo se bacio un asintomatico o se gli sto vicino: quando parliamo emettiamo le cosiddette goccioline di Flüge e probabilmente posso essere infettato se mi sta molto vicino. Tuttavia, il ruolo che gioca probabilmente non è elevatissimo, a meno che non abbia delle cariche virali estremamente elevate.

Abbiamo visto che con il Covid, a differenza dell'influenza (ma questo accadeva anche per la Sars), c'è il fenomeno del superspreading: i superdiffusori sono persone che, per qualche motivo, diffondono più rispetto ad altre. Ci sono persone che non contagiano nessuno e poche persone che ne contagiano tante: il 22 per cento delle persone affette da SARS-CoV-2 infetta il 100 per cento del resto della popolazione di coloro che si dovranno infettare. Questo fenomeno è chiamato fattore K e nessuno lo studia; tutti

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

studiano il valore R_0 e l'indice R_t , ma nessuno conosce il fattore K , che è il coefficiente di dispersione di un'epidemia e di un virus, che fa sì che con certi virus ci siano dei fenomeni per cui ci sono poche persone che diffondono tanto e tante persone che contagiano poco.

Questo è il motivo per cui dico che gli asintomatici possono contagiare (si è scoperto dopo, in quanto alla fine delle evidenze sono venute fuori con il passare dei mesi, ma non prima di febbraio), ma il ruolo che hanno nella diffusione in termini quantitativi è molto difficile da definire.

COLUCCI Alfonso (M5S). Professor Rezza, una curiosità.

Lei ora ha accennato al fattore K e le chiedo se c'è anche un fattore Y . Presidente, non conteggi questa come domanda. Lei ha parlato di fattore K riferendosi a persone che infettano molto. Le chiedo se c'è un fattore Y di persone che vengono poco infettate.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. Io pensavo di essere tra quelle persone, poi però - mancavano due mesi al quinto anno - mi sono preso la Xec, l'ultimo lignaggio dell'ultima sottovariante dell'ultima variante Omicron. Ho avuto un brutto raffreddore.

COLUCCI Alfonso (M5S). Quindi esiste questo fattore Y?

REZZA. Sembrerebbe poter esistere, ma non ci metterei la mano sul fuoco. Prima o poi ci si può infettare tutti in una maniera o nell'altra, chi più gravemente e chi meno. Adesso, per fortuna, non creerei troppi allarmismi.

COLUCCI Alfonso (M5S). Professore, tornando alla serietà del nostro discorso, nei primi di marzo del 2020 non si aveva coscienza che gli asintomatici potessero trasmettere il virus e non si avevano strumenti per stabilire se una persona, ad esempio asintomatica, fosse portatrice del virus, perché non esistevano tamponi e mezzi per accertarlo. In quel contesto, la misura del lockdown, che venne disposta così tempestivamente in tutta Italia,

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

sia pure nelle forme regionali che lei ci ha ricordato, era davvero l'unica efficace per contenere la diffusione esponenziale del virus?

REZZA. Sui lockdown ci sono state posizioni diverse, a seconda degli studi che dopo sono stati fatti (i risultati non sono stati tutti solo di un tipo). È chiaro che se chiudo tutto, la gente non si muove. Prima si infettano coloro che stanno dentro casa perché magari metto in quarantena i parenti, dopodiché la spinta propulsiva del virus si esaurisce. Infatti, se la gente non si muove, i contatti automaticamente diminuiscono. Pertanto, che il lockdown possa avere un'efficacia è scontato e oggettivo.

Più che altro, le domande che ci dobbiamo porre sono le seguenti: bisogna per forza fare un lockdown per cercare di far sì che il virus non combini troppi guai, oppure no? Che forma di lockdown dobbiamo implementare? Quali sono le conseguenze positive e negative? Dopo c'è infatti tutto un bilancio da fare.

Sul lockdown è chiaro ciò che l'epidemiologo può dire dal suo punto di vista: ferma il virus e io sono contento perché sono sicuro di ottenere un

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

risultato. È impossibile che un epidemiologo vi dica diversamente. Ci sono alcuni che in realtà lo hanno messo in dubbio. Perché? Alla fine dell'epidemia sono andati a modellizzare, vedendo che il numero dei morti e dei casi più o meno è stato lo stesso. Tuttavia, sono conti fatti a posteriori e in situazioni diverse, proprio quelle da cui invitavo a diffidare perché si comparano mele con pere.

Il lockdown l'effetto ce l'ha perché blocca il virus. Nelle prime due settimane qualcuno continuerà a infettarsi, dopodiché blocca. Il punto è quanto posso tenere bloccata la situazione e non se il lockdown funziona o no. Una settimana, due settimane, ancora non c'è effetto; un mese, due mesi sì. Certo, oltre non posso andare perché si bloccano l'economia e la società; cominciano ad esserci scompensi di altro tipo. Qual è il rischio accettabile? All'epoca dissi: io faccio il medico, l'epidemiologo, lo chiedete a me? Ma che volete che vi dica? Io devo salvare tutti. Questo prescrive il mio codice deontologico.

Il punto qual è? Alla fine un politico deve prendere la decisione bilanciando gli effetti positivi e quelli negativi. Certo, c'è da contestualizzare.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

All'epoca dei fatti noi non sapevamo proprio come sarebbe andata a finire e il forte timore era che se l'epidemia si fosse diffusa al Sud e al Centro-Sud avrebbe potuto combinare grossi guai, soprattutto se molte persone si fossero infettate nello stesso momento perché avrebbero bloccato gli ospedali e le terapie intensive. Bisognava decidere se estendere il lockdown a tutto il Paese, solo al Nord o ai soli paesi colpiti. Come fare, dopo, a bloccare la mobilità fra una Regione e l'altra? Insomma, le problematiche dal punto di vista tecnico e logistico sono innumerevoli. Bisogna sempre contestualizzare. Oggi parliamo con il senno di poi ed è molto pericoloso parlare così. Se ci si cala nel contesto di quei mesi, si capisce che la situazione era molto diversa. Quanto al lockdown nazionale, non so alla fine chi decise. Fu una decisione politica. Io mi fermai alla richiesta delle zone rosse, dopodiché venne presa questa decisione, penso dal Governo, in coordinamento con le Regioni Lombardia e Veneto. La decisione del lockdown nazionale fu chiaramente politica, basata sul fatto che i focolai erano sparsi e non più concentrati in una sola zona.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

COLUCCI Alfonso (M5S). Ho piacere in questo momento di ricordare la dichiarazione del premio Nobel Parisi, il quale ha detto che il sacrificare le persone anziane o fragili è una scelta politica astrattamente legittima, ma che se in Italia non avessimo avuto il lockdown avremmo probabilmente registrato ben 700.000 morti. Questo è già agli atti di questa Commissione perché l'ha dichiarato, nella sua autorevolezza, il premio Nobel Parisi.

Su questo tema, professore, ne abbiamo sentite tante in questi mesi di audizioni, da parte di auditi ma anche di molti commissari. Qualcuno ha dubitato dell'utilità di un lockdown selettivo, in quanto si è detto che bambini e giovani sono quelli meno soggetti alle conseguenze gravi, addirittura estreme, del virus, e che di conseguenza è apparsa irragionevole la chiusura delle scuole, che è stata molto dolorosa soprattutto per i ragazzi e gli adolescenti che, in quel denso periodo della loro vita, hanno bisogno del continuo contatto sociale con i coetanei, dell'incontro e dello scontro quotidiano. Tuttavia, altri scienziati ci hanno fatto notare come mantenere aperte le scuole avrebbe comportato il rischio di portare il virus, di cui anche i giovani e gli adolescenti erano portatori, nelle scuole, nei trasporti e nelle

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

case italiane (considerando l'alta densità di convivenza in Italia delle persone anziane, parliamo di nonni e zii nelle famiglie). Qual è la sua opinione sul tema del lockdown selettivo?

PRESIDENTE. Nella prima fase della pandemia, immagino.

COLUCCI Alfonso (M5S). Ammesso che ci sia una distinzione tra prima e seconda fase, ora il professore ce l'ha chiarito.

REZZA. Intende se avessimo fatto, come Paese, un lockdown selettivo invece di un lockdown nazionale ai primi di marzo?

PRESIDENTE. Credo sia questa la domanda

COLUCCI Alfonso (M5S). Sì.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. Il Presidente mi perdonerà se esprimo sempre tanti dubbi e poche posizioni ferme o certezze. Sono stato tre anni al Ministero, ma sono rimasto un epidemiologo.

Qual è il punto? Misure selettive effettivamente potrebbero rischiare di non funzionare. Parliamo sempre in termini di rischi e benefici. Lo stesso facciamo con riferimento ai vaccini: dei vaccini mi sono sempre occupato e credo fermamente che siano uno strumento importantissimo di sanità pubblica. Tuttavia, quando mi chiedete se i vaccini possono avere effetti collaterali ed eventi avversi, la mia risposta è: certamente sì. Come dobbiamo allora valutarli? In termini di rischi e benefici. Se il beneficio è maggiore del rischio, bene. Se possiamo convincere la gente, piuttosto che obbligarla, meglio. Io la penso così.

Per quanto riguarda il lockdown, è chiaro che la misura più difficile dal punto di vista dell'accettazione e più facile dal punto di vista scientifico da prendere è un lockdown completo. Infatti, in quel modo sono quasi sicuro di bloccare o ritardare l'evoluzione dell'epidemia. Il punto qual è? In genere la trasmissione è sostenuta non dai vecchietti, ma dai giovani. Chi sono

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

coloro che hanno più occasioni di avere tanti contatti? I giovani, i bambini nelle scuole, gli adolescenti, quelli che vanno in discoteca. I primi casi avevano avuto una vita sociale molto attiva.

A un certo punto si fa un ragionamento: blocco tutti, oppure proteggo solo quelli che sono più a rischio, ossia le persone anziane? Se non blocco il virus laddove corre, come faccio a proteggere gli anziani? Prendo gli anziani e li chiudo dentro le loro case? Non faccio loro vedere più nessuno, mentre gli altri continuano a trasmettere l'infezione? Una cosa di questo tipo non è facile da concepire. Un provvedimento selettivo per età non è per niente facile. Lo dico riguardo al lockdown e l'ho detto più volte anche con riferimento all'obbligo che venne fatto per la vaccinazione per le persone di età superiore ai cinquant'anni. Perché dai cinquant'anni in su? Posso capirlo perché li proteggo. Ma li obbligo a proteggersi? No. L'unica motivazione sana sarebbe che, proteggendoli, tengo libere le terapie intensive che sono un bene importante per tutti.

Allo stesso modo, per quanto riguarda i lockdown, come faccio ad applicare certe misure restrittive delle libertà individuali solo agli anziani? È

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

chiaro che applicando il lockdown a livello di popolazione generale proteggo pochi giovani e tanti anziani. Pertanto, causo disagio ai giovani per proteggere gli anziani. Su questo non c'è dubbio, perché giovani che si sono ammalati gravemente e morti ci sono, ma è un numero limitato, in proporzione, rispetto agli anziani. Abbiamo visto le RSA. A meno che non si fossero applicati dei rigidi protocolli solo agli anziani in RSA, non vedo come a livello sociale si sarebbe potuto operare con un provvedimento di lockdown selettivo.

Credo che un lockdown selettivo sia quasi improponibile. Qualcosa del genere è stato tentato in alcuni Paesi, ma laddove si è deciso di non implementare misure restrittive obbligatorie. Ricordiamo che ogni Paese ha le sue tradizioni e la sua cultura. Abbiamo visto che i Paesi dell'Est, anche dell'Unione europea, applicano molte misure restrittive, mentre di meno lo fanno i Paesi nordici dove la popolazione è molto aderente alle prescrizioni e alle raccomandazioni magari non obbligatorie. Faccio un esempio per tutti: l'Inghilterra. Quando mai in Inghilterra hanno reso obbligatori i vaccini? Però ottengono comunque delle coperture vaccinali molto elevate. Ciò

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

dipende molto anche dalla credibilità delle istituzioni, da quanto la gente ci crede. C'è poco da fare: negli ultimi anni da noi c'è stata una perdita di credibilità delle istituzioni e dobbiamo fare un po' tutti autocritica. Un po' c'è stata. No?

COLUCCI Alfonso (*M5S*). Non così tanto.

REZZA. Spero di no e che sia vero quello che lei dice. È chiaro che i provvedimenti vengono presi in base a delle necessità. Ad ogni modo, credo che non sarebbe stato applicabile il lockdown selettivo dal punto di vista logistico.

LIRIS (*FdI*). Professor Rezza, rimango ai primi mesi. Gennaio 2020: lei, nel ruolo che rivestiva, aveva conoscenza della capacità dei testing dell'Italia e di quanto potesse essere implementata in termini di proiezioni?

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. La capacità dei testing a gennaio 2020 era bassa, ma lo era dappertutto. Anzi, noi abbiamo fatto più test di tutti insieme ai coreani; in proporzione alla popolazione credo ne abbiamo fatti anche più dei tedeschi. La capacità era bassa perché limitata dalla tecnologia, nel senso che erano test fatti in casa: l'OMS dava indicazioni sui primer da utilizzare, ossia sulle parti del virus, per mettere a punto test molecolari. Su queste basi si facevano sostanzialmente dei test fatti in casa. La disponibilità di test, purtroppo, era limitata.

LIRIS (Fdi). Vado avanti. Il 24 gennaio 2020 la rivista «The Lancet» pubblica un articolo sulla trasmissione asintomatica del Covid all'interno di una famiglia cinese. Il 28 gennaio 2020 veniva registrato il primo caso tedesco: un cittadino cinese aveva sviluppato i sintomi il 23 gennaio, la donna cinese risultava positiva in Germania e ha ospitato i suoi genitori prima di partire per la Germania. Quali erano le riserve della task force del CTS nel fare test anche agli asintomatici?

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. Non facevo parte ufficialmente del CTS. Posso rispondere per me: non sono mai stato contrario a fare test agli asintomatici. Non facendo parte ufficialmente del CTS, non posso dare una risposta precisa, ma credo che potessero esserci due motivi diversi: che non ci fossero ancora forti evidenze della contagiosità degli asintomatici e il dover prioritizzare i test in mancanza di una loro ampia disponibilità. Queste sono le ipotesi che posso fare.

LIRIS (Fdi). Il 9 gennaio 2020 l'Ufficio prevenzione malattie trasmissibili e profilassi internazionale rendeva l'alert dell'OMS del 5 gennaio 2020, il quale riteneva tuttora valide le raccomandazioni dell'OMS sulle misure di sanità pubblica e sorveglianza per influenza e gravi infezioni respiratorie acute.

La circolare dell'Ufficio, sempre firmata da Maraglino, riportava gli allegati segnalati dall'OMS nell'alert del 5 gennaio, tra cui si trovano le linee guida di prevenzione contro le infezioni respiratorie acute a protezione pandemica all'interno degli ospedali. All'interno del documento si legge che le malattie respiratorie acute frequentemente a eziologia infettiva possono dare origine a un ampio spettro di condizioni cliniche da infezione

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

asintomatiche o lievi fino a forme gravi o letali. La gravità dipende dall'agente patogeno responsabile.

Sulla base di quello che ha detto sulla sua presenza nella task force, le risulta che questo documento sia stato discusso all'interno delle riunioni della task force?

REZZA. Sinceramente non ricordo questo. È un alert di livello minimo, in quanto segnalava semplicemente la presenza di questi casi di polmonite non conosciuta. Posso portare l'esempio di Panzi in Congo, qualche mese fa, con un focolaio di non so quanti casi e morti. Naturalmente non succede nulla, nel senso che si alza un minimo il livello di attenzione, ma non bisogna prendere provvedimenti particolari. Ciò a prescindere dal fatto che in fase interpandemica alcune azioni vadano comunque compiute.

PRESIDENTE. Professore, le contestualizzo quello che un collega ha abbozzato in maniera secondo me non particolarmente precisa.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Antonello Maruotti, professore di statistica presso la LUMSA, nel corso dell'audizione non ha criticato la Fondazione Kessler e le sue competenze, che, anzi, sono ampiamente note. Egli ha posto l'attenzione sul tema della trattazione dei dati più complessivamente (essendo professore di statistica, immagino che abbia una particolare vocazione e conoscenza del tema) e ha evidenziato che, a suo avviso, la presenza di un esperto di statistica all'interno della task force o del CTS avrebbe portato un contributo utile anche nell'elaborazione degli scenari futuri, posto che la Fondazione Kessler non ha come skill principale la statistica e che il dottor Merler ha competenze non strettamente statistiche, ma epidemiologiche e un focus di studi differente. Egli ha evidenziato due criticità: l'assenza di uno statistico, ossia di qualcuno con competenze prettamente statistiche all'interno della task force e nell'elaborazione dei dati e degli scenari predittivi successivi.

Le chiedo se le risulta la presenza di uno statistico a fianco della task force e se, secondo lei, sarebbe stata utile.

REZZA. Non lo conosco. Come si chiama?

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

PRESIDENTE. Maruotti.

REZZA. Sinceramente non so chi sia.

PRESIDENTE. È professore di statistica alla LUMSA.

REZZA. Non sono tenuto a conoscere tutti i professori di statistica delle università italiane, che sono tanti. Comunque, non capisco il punto. La task force raccoglieva un nucleo di persone appartenenti a varie istituzioni. Il nucleo non era necessariamente di esperti specifici; non si richiedeva la presenza dello statistico, del matematico, dell'infettivologo o del rianimatore. Questo è successo dopo con il CTS. Nella task force non erano richieste queste particolari competenze. Lo stesso Merler non era un componente della task force; egli venne chiamato per il suo ruolo importante e per la fama di cui la sua fondazione godeva. Ciò detto, chi meglio di esperti in modelli

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

matematici per formulare scenari? Io non conosco le competenze specifiche del professor Maruotti.

PRESIDENTE. Se leggiamo il curriculum, ha delle pubblicazioni internazionali importanti.

REZZA. Se si trattava di applicare dei test statistici, magari uno statistico sarebbe stato consultato, ma non capisco perché nella task force. Nel CTS lo capirei.

PRESIDENTE. Mi risulta che uno statistico non vi fosse neanche nel CTS.

REZZA. Non lo ricordo. Ricordo la professoressa Melegaro, ma credo fosse il secondo CTS. Quanto al primo CTS, sinceramente non le so dire. Del primo CTS, a parte quando mi convocavano su argomenti specifici, come esperto, ne ho fatto parte solo per pochi mesi, a partire da novembre-dicembre.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

PRESIDENTE. Non sono statistico, né epidemiologo e quindi non so se è una disputa tra statistici ed epidemiologi.

Il professor Maruotti ha spiegato che lo statistico ha competenze specifiche sui numeri nell'elaborazione degli indici. L'epidemiologo è in parte uno statistico, ma non ha competenze specifiche.

REZZA. Faccio un esempio perché la questione è seria e va chiarita.

Io, ad esempio, sono un medico epidemiologo specialista in igiene e malattie infettive. Patrizio Pezzotti è stato per molto tempo uno dei miei principali collaboratori: egli è un biostatistico, ossia uno statistico che si occupa in maniera specifica di biostatistica, cioè statistica applicata alla medicina. Ciò è importante perché ci sono molti statistici che non fanno statistiche applicate alla medicina. Per carità, ne sanno lo stesso di biostatistica, ma l'esperienza nel settore conta. Lo statistico - o, meglio, il biostatistico - aiuta sicuramente l'epidemiologo nell'analisi dei dati, in modo particolare. Su questo non c'è assolutamente dubbio e ha ragione il professor

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Maruotti. Tuttavia, questo rilievo non può essere fatto alla task force, di cui facevano parte personaggi istituzionali. Dopodiché, se ci fosse nel CTS la necessità di uno statistico, per carità, io non entro in competizione.

PRESIDENTE. Le spiegavo da cosa era nata la vicenda.

REZZA. Magari per il CTS poteva anche avere ragione. Non ricordo la composizione anche perché alla fine il numero dei componenti era diventato esorbitante (20-30). Nel secondo sono sicuro che, fra i 10-11 membri, c'era la professoressa Melegaro dell'Università Bocconi.

COLUCCI Alfonso (M5S). Non voglio assolutamente abusare della pazienza del professor Rezza, ma l'occasione è talmente interessante per la levatura dell'audito che le domande sono necessarie. Vorrei tornare sul tema della perdita della credibilità delle istituzioni, da lei accennato. Capisco che si tratta di una doglianza che si riferisce più all'attualità, immagino, che a quel

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

periodo lì. Questo suo discorso si lega molto a quello della comunicazione istituzionale.

Professore, io sono convinto - e con me molti studiosi che hanno approfondito il tema della comunicazione in quel periodo - che l'aver sottoscritto un patto tra le istituzioni e i cittadini è stata probabilmente la strategia più efficace per la gestione del virus. Pensiamo alle misure del lockdown, che hanno visto un'adesione spontanea da parte della popolazione: Forze dell'ordine o militari non avrebbero potuto fare altrettanto.

Pensiamo anche alla vaccinazione, che è stata facoltativa. Finché c'è stato il Governo Conte II la vaccinazione è stata facoltativa. Al 13 febbraio 2021, quando il Governo Conte II è caduto, erano state inoculate ben 2,1 milione di dosi di vaccino delle 2,4 disponibili; sostanzialmente, l'88 per cento dei vaccini in quel momento disponibili erano stati distribuiti tra la popolazione.

L'adesione spontanea è, secondo me, il segno della credibilità dell'istituzione in quel momento e testimonia anche il fatto che la miglior

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

strategia sia stata proprio quella di consolidare un rapporto di fiducia con i cittadini. Professor Rezza, vorrei conoscere la sua opinione in merito.

REZZA. La mia era stata un po' una battuta da bar, quello che l'uomo comune dice. Tante volte ho l'impressione che quando interviene un'autorità o qualcuno che fa parte di un'istituzione, la gente pensi che le cose vengono dette perché si vuole farle credere. Questo è uno dei problemi che tante volte si ha con l'informazione: sembra che si passi una velina di Governo. Questo è il problema a cui facevo riferimento.

Dopodiché è vero che con la campagna vaccinale, specialmente quando si sono resi disponibili più vaccini, c'è stata una forte adesione spontanea. C'è infatti il meccanismo - che è stato studiato - della luna di miele con il vaccino, che interviene quando è forte la percezione del rischio di una malattia: se è forte la percezione del rischio della malattia, la gente corre. Se ricordate, è quanto accaduto, ad esempio, con il colera a Napoli: "Vulimm o' vaccin! Vulimm o' vaccin!": c'è una forte richiesta che nasce da una percezione di paura legata alla malattia.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Nel caso al quale ci stiamo riferendo, la percezione del rischio scema, in parte per la vaccinazione, in parte perché la malattia diminuisce naturalmente, in parte perché arriva la variante Omicron: diminuisce dunque la paura della malattia e crollano le coperture vaccinali. Si potrebbe anche dire: poco male che le coperture vaccinali siano crollate dopo, però nel primo anno è andata bene. Sicuramente nella prima parte della campagna vaccinale l'Italia è stata tra i Paesi che hanno vaccinato di più.

COLUCCI Alfonso (M5S). Assolutamente. Il 9 settembre del 2021 l'Italia aveva registrato 550.000 vaccinazioni rispetto alle 500.000 della Germania: siamo stato il primo Paese in Europa.

PRESIDENTE. Siamo un po' oltre la prima fase, ricordiamolo.

COLUCCI Alfonso (M5S). Sto parlando della comunicazione istituzionale di quel periodo.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. Per prima fase vaccinale intendo il 2021.

COLUCCI Alfonso (M5S). Esattamente.

Anche il rispetto del lockdown - e parliamo di prima fase - attiene all'efficacia di quella comunicazione istituzionale che convinse i cittadini italiani con grande senso del dovere a rimanere in casa, con grande sofferenza da parte di tutti.

Professor Rezza, le farei altre due domande, che potrebbero tuttavia davvero scoraggiarla per la loro ampiezza, perché immagino che su entrambi gli argomenti lei possa scrivere una monografia.

Il primo tema riguarda la sanità territoriale in tempi di Covid: le chiedo se le difficoltà nel contenimento del virus non siano dipese da criticità nella diffusione territoriale della sanità. In alcune Regioni, in particolare - lei ha parlato spesso della criticità della Lombardia, che ha espresso eccellenze dal punto di vista medico ed è stata anche la Regione più aggredita nel primo impatto dal Covid - il Covid è entrato nei nosocomi e questo ha creato una difficoltà di gestione.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

La prima domanda attiene dunque all'impatto della mancata diffusione territoriale della sanità in alcune Regioni rispetto alle misure di contenimento del virus.

Le chiedo poi - è la seconda domanda, amplissima - se può illustrarci il mito dell'immunità di gregge. Ricordo quando il primo ministro inglese Johnson dichiarò che il Regno Unito avrebbe voluto raggiungere l'immunità di gregge e che questo avrebbe verosimilmente sacrificato gli anziani, ma che era un percorso inevitabile. Sappiamo che poi lo stesso Johnson dovette rettificare e che il Regno Unito dovette attestarsi sulle misure che l'Italia e la gran parte dei Paesi europei avevano adottato, tanto che il Parlamento inglese approvò poi una relazione parlamentare sullo stato della gestione del Covid, che fu fortemente elogiativa delle misure che erano state adottate in Italia.

Le chiedo dunque un chiarimento sui due temi che ho indicato: la sanità territoriale nell'ambito della gestione del Covid e il mito dell'immunità di gregge.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. Per quanto riguarda la medicina territoriale, c'è chi fa sempre confronti. Qualcuno ha detto che il Veneto sarebbe andato meglio rispetto alla Lombardia nella prima fase, perché la medicina territoriale era più forte, mentre in Lombardia avrebbero puntato molto sugli ospedali. Sono stato sempre a Roma, dove sono ancora, anche se adesso lavoro a Milano, sia pur a tempo definito, per cui ho potuto vedere che cosa offrono Milano e la Lombardia in termini di strutture ospedaliere (parlo sia di sanità pubblica che privata, ma è un privato convenzionato che per me equivale sostanzialmente a un pubblico): si tratta di un'offerta di servizi eccezionale. Si dice, tuttavia, che la Lombardia – ma sicuramente vale anche per altre Regioni, per carità, come il Veneto e l'Emilia-Romagna - abbia una sanità territoriale debole e questo avrebbe spiegato perché, per esempio, il Veneto in tutta la prima fase dell'epidemia abbia retto meglio rispetto alla Lombardia.

È pur vero, però, che ci sono fattori che non controlliamo: la densità elevata della popolazione in Lombardia, il movimento della popolazione visto che, come si sa, la Lombardia è una Regione estremamente attiva sotto molti punti di vista, se si considera che ha un terzo del PIL italiano con un

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

sesto della popolazione. È chiaro, quindi, che in presenza di queste caratteristiche è difficile arginare un'epidemia rispetto a una Regione in cui c'è più ruralità e meno densità. Probabilmente è vero che la medicina territoriale è debole, anche perché c'è il ruolo del medico di medicina generale che va ancora ben definito. Credo che ci sia una discussione al riguardo - voi mi insegnate - con l'amico Schillaci che cerca di dare un ruolo diverso al medico di medicina generale, che dovrebbe essere anche un perno della sanità territoriale - ci si è provato più volte in passato con le case di comunità - essendo parte del distretto: ciò si dovrebbe incastrare con quello che invece è il Dipartimento di prevenzione, che è la parte addetta specificamente alle funzioni di prevenzione.

La debolezza della medicina territoriale probabilmente c'è da anni: certamente ci sono stati tagli e abbiamo carenza di personale. A me però non fa paura solo la debolezza della medicina territoriale, che è un dato di fatto. Qualche giornalista per la verità si interroga ancora sul piano pandemico: «Che cosa succederebbe? Oggi l'Italia sarebbe pronta?». Quello che dico è che siamo in un tempo di pace e guardate il pronto soccorso, nel senso che è

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

una situazione molto difficile quella in cui si è ritrovata la sanità a seguito di anni, non solo di tagli, ma anche di riduzione di personale. Vediamo la difficoltà che c'è nel trovare i medici. Adesso magari si sforneranno più medici, che saranno ancora pochi per qualche anno, salvo poi diventare troppi, perché poi finisce così, perché la programmazione è sempre difficile da fare. È sicuramente un dato di fatto che ci sono carenze della medicina territoriale, che andrebbe dunque rafforzata; è però altrettanto vero che tali carenze spiegano difficilmente o non spiegano del tutto le differenze fra le diverse Regioni.

Quanto al mito dell'immunità di gregge, è un tema che mi tocca in modo particolare perché uno degli errori che anch'io ho fatto in passato è stato pensare di raggiungere l'immunità di gregge, non attraverso l'infezione naturale, ma attraverso la vaccinazione. C'è tuttavia chi ha avuto il mito dell'immunità di gregge attraverso l'infezione naturale, che forse è un po' più grave. Per quello che mi riguarda, parlando di vaccinazione dicevo che, una volta vaccinato il 70 per cento della popolazione, avremmo raggiunto l'immunità di gregge. Questo è anche per dire che, a mio parere, ognuno deve

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

essere disposto a rivedere i possibili errori di prospettiva che ha fatto in buona fede nel passato. Di fatto raggiungemmo la vaccinazione del 70 per cento della popolazione, ma non raggiungemmo l'immunità di gregge. Come mai? Tutto nasce da una formula per cui l'immunità di gregge si ottiene quando la copertura vaccinale supera una certa soglia, che è data da $1 - 1/R_0$: più è alto R_0 - cioè la contagiosità di una malattia - più è alta la copertura vaccinale che si deve ottenere. Se $1 - 1/3$ - quindi l' R_0 del Covid all'inizio - dà 67 per cento, vuol dire che, se si vaccina il 70 per cento, si raggiunge l'immunità di gregge. Tuttavia non l'abbiamo raggiunta, perché? Perché c'è l'immunità che svanisce con il tempo trascorso della vaccinazione, ci sono le varianti, che diventano più contagiose, quindi quel 3 diventa 15 e si arriva al 101 per cento. Ci sono tanti fattori. Questo è il discorso per quanto riguarda la vaccinazione.

Con riferimento all'immunità naturale, è vero che Boris Johnson - gli inglesi hanno fior di consulenti - in un primo momento disse che, ove si fosse fatta infettare la gente per via naturale, si sarebbe raggiunta l'immunità di gregge (in genere preferisco parlare di immunità di comunità perché il

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

gregge sono le pecore e noi siamo umani). Che cosa succede? Se si fa correre un virus, tanta gente si infetterà subito, qualcuno morirà, però in un tempo relativamente breve si sarà superata l'epidemia.

Al di là del fatto che questo non è vero neppure per l'infezione naturale, noi ci lamentiamo dei vaccini perché si dice che coprono fino a un certo punto e non il cento per cento o, ancora, che dopo un po' l'immunità tende a svanire. È vero, ma questo succede pure con l'infezione naturale, perché vediamo che uno si infetta e si può reinfectare una seconda volta; addirittura c'è chi si è infettato tre volte. In effetti, nei confronti del Covid, mentre l'immunità cellulare rimane nel tempo, quindi protegge dalla malattia grave - e questo vale sia per i vaccini che per l'immunità naturale - gli anticorpi neutralizzanti, quelli che proteggono dall'infezione, si perdono, per cui magari ci si reinfecta, specialmente se cambia la variante.

Boris Johnson ha fatto una scommessa: far correre il virus per finirla subito con l'epidemia. Poi ci ha ripensato. In effetti è vero quello che si dice: se si infetta tanta gente, tanta gente farà gli anticorpi. Intanto, però, non si dovrebbero far infettare gli anziani, per cui ci vorrebbe un lockdown

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

selettivo, che dovrebbe funzionare, il che però non è avvenuto perché anche nel Regno Unito, come in Italia, si sono infettati i vecchietti nelle RSA, ad esempio. Succede inoltre che, se tanta gente si ammala contemporaneamente, si riempiono le terapie intensive e non si riesce più a curare nessuno, né l'infartuato, né chi è stato colpito da ictus, né chi è affetto da polmonite. Bisogna perciò evitare tutto questo, c'è poco da fare; occorre fare in modo che la gente non si infetti tutta insieme.

Questo è il motivo per cui è stato un po' un mito pensare di raggiungere in tempi brevi e in maniera indolore l'immunità di gregge. L'abbiamo praticamente raggiunta adesso; per carità, può sempre arrivare la variante che infetterà qualcuno, però alla fine, tra i vaccini e l'immunità naturale, siamo più o meno protetti.

Diversa è la scommessa fatta da altri Paesi di fare infettare poca gente alla volta. Vi dico una cosa sulla base di esperienze personali, perché è capitato anche a colleghi che sono andati a lavorare in Svezia, ad esempio: presentatisi in ospedale con febbre alta e tosse, gli è stata fatta una radiografia e sono stati mandati a casa. Probabilmente avevano il Covid, però, siccome

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

la radiografia era pulita, gli veniva detto che non c'era bisogno di intervento.

Noi abbiamo fatto molti test.

LIRIS (*FdI*). Professor Rezza, niente è stato detto sulla raccolta dei dati (frammentata, in forma aggregata, non standardizzata), anche con riferimento al suo ruolo presso l'Istituto superiore di sanità e successivamente: non si è detto neppure sugli strumenti tecnologici.

Mi chiedo se la differenza tra le varie Regioni abbia contribuito negativamente a disegnare in maniera non perfetta e non performante le strategie di azione. Capendo l'importanza della raccolta dei dati, che cosa si sarebbe potuto fare di diverso, chiaramente con il senno di prima e non con il senno di poi? Faccio questa domanda da epidemiologo con nozioni di statistica.

REZZA. Per quanto riguarda i dati, abbiamo un buon centro di epidemiologia e una grossa esperienza di epidemiologia delle malattie infettive e di biostatistica e modellistica.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Qual è il problema? L'Italia è un Paese molto regionalizzato e in questo ci sono vantaggi e svantaggi. Con la regionalizzazione si dovrebbe rafforzare il centro, per cui si ha un centro forte, con tante Regioni che devono essere coordinate dal centro. Il vantaggio sta nel fatto che naturalmente a livello locale si ha un polso della situazione più preciso rispetto al livello nazionale, specialmente se il livello nazionale è forte. Alcuni Ministeri purtroppo non sono fortissimi in termini di personale e di attività e questo è un dato di fatto, per cui, a mio avviso, senza un ottimo rapporto con le Regioni sarebbe difficile governare il sistema.

Qual è il punto? Ci sono Regioni più reattive di altre, così come ci sono Regioni più informatizzate e altre meno. Lo vediamo anche sull'anagrafe vaccinale. Per fare un esempio, il Veneto è stata una delle Regioni più forti da questo punto di vista; non è mancata anche qualche Regione del Sud, come ad esempio la Puglia, che è stata molto avanti sull'anagrafe vaccinale informatizzata. Una delle cose che ho sempre detto, ad esempio, è che se avessimo un'anagrafe nazionale informatizzata che ci desse in tempo reale informazioni sulle coperture vaccinali, sarebbe un

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

grande vantaggio e potremmo pure cercare di non ricorrere all'obbligo vaccinale o magari ricorrervi solo se le coperture scendano troppo, per cui l'informatizzazione è importante.

Il punto è che una discrepanza fra le diverse Regioni c'è ed è inutile negarlo: ce ne sono di più avanzate e di meno avanzate da questo punto di vista. Per quelle meno avanzate si cerca di sopperire anche al centro, con l'Istituto superiore di sanità che magari dà una mano e si cerca così di colmare il gap, ove possibile.

Non credo però che come Paese abbiamo peccato in quello, nel senso che la qualità dei dati italiani è stata buona; le analisi fatte e la stessa modellistica sono state, secondo me, molto all'altezza, come testimoniato anche dal livello delle pubblicazioni scientifiche, che è stato veramente di grande qualità, per cui non credo che sia stato quello il problema capace di determinare una mancanza di azioni idonee. Da quel punto di vista credo che sia andata piuttosto bene.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

LIRIS (*FdI*). Mi scusi, Presidente, ma mancava l'informazione sulla comorbidità: non conoscere quali altre patologie ha la persona, oltre al Covid, sfasa completamente la proiezione.

REZZA. Non dico che tutte le informazioni fossero disponibili, nel senso che qualsiasi sistema è perfettibile e nessuno deve fare una difesa d'ufficio ad oltranza delle informazioni che si sono rese disponibili. Forse sulle informazioni cliniche - e non era l'Istituto a doverne rispondere - qualche carenza c'è stata.

Si è parlato di comorbidità. Per quanto riguarda i dati epidemiologici essenziali alla messa in atto di un'idonea risposta, direi che da quel punto di vista siamo stati anche bravi.

Sulle informazioni cliniche c'è una lancia da spezzare nei confronti dei clinici italiani, anche perché le informazioni che arrivavano da Wuhan sulle polmoniti non è che fossero molto accurate. È grazie al lavoro fatto in Italia che si è visto che era il ruolo della risposta immune e anche della formazione di trombi a livello polmonare a determinare quel quadro

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

particolarmente aggressivo e difficile da gestire. Direi quindi che da quel punto di vista si poteva fare peggio; poi chiaramente si può sempre fare meglio.

PRESIDENTE. Professor Rezza, ricorderà sicuramente che l'OMS finanziò e promosse uno studio sulla reazione italiana alla pandemia. Il gruppo di ricercatori dell'OMS, tra i quali il professor Zambon, si attivò per fare questo studio.

Al netto delle vicissitudini del volume (ritirato, non ritirato, chi l'ha ritirato e così via) contenente lo studio fatto dai ricercatori del team del professor Zambon, in esso ci si soffermava sulla risposta degli ospedali rispetto alla fase iniziale, qualificata con tre aggettivi sicuramente non particolarmente indulgenti; si parlava di una reazione improvvisata, caotica e creativa. Leggo la parte riguardante questo giudizio: impreparati per una tale marea di pazienti gravemente malati. La reazione iniziale degli ospedali è stata improvvisata, caotica e creativa. C'è voluto del tempo prima che una guida formale diventasse disponibile. Si ritrova in questo giudizio?

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. Non ho letto lo studio di Zambon, sostanzialmente della sede di Venezia dell'OMS. Quello che dissi ai magistrati era che chiunque avesse fatto ritirare quel volume avrebbe compiuto un grosso errore, perché sarebbe stato come un autogol. Perché fare ritirare uno studio che in pochi avrebbero letto?

Secondo me è stato un errore ritirarlo. Inusuale forse è il fatto - non lo dico a giustificazione di chi ha ritirato il volume, perché io non ero coinvolto nella questione e non l'ho neanche letto - che l'OMS, da una parte, inviasse in Italia una persona a rappresentarla e, dall'altra, producesse un volume - che sia giusto o no, ognuno sa in scienza e coscienza e chi ha scritto il volume credo abbia fatto bene a redigerlo per carità - in cui si parlava di ciò che il Paese aveva fatto o non fatto, che tuttavia lo Stato membro non aveva condiviso. In genere, infatti, c'è una condivisione da parte degli Stati membri di tutto ciò che viene prodotto dall'OMS che li riguarda. Lo dico perché nel lontano 1989 lavorai per quasi un anno a Ginevra per cui, ripeto, a mio

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

avviso, è stato un po' inusuale. Ciò tuttavia non implica assolutamente il fatto che il volume dovesse essere ritirato: come ho già detto, sono contrario.

Dopodiché sul giudizio di improvvisazione e via dicendo, non so quanto fosse duro il giudizio e quanto fosse sostanziato perché purtroppo non l'ho letto, ma mi riprometto di farlo per interesse e per curiosità personale, anche perché Zambon è una persona stimata, che ha lavorato molto per l'OMS, prima a Mosca, con Luigi Migliorini e così via.

Come dicevo, non so quanto sia duro questo giudizio e quanto sostanziato da dati di fatto, per cui non mi sento né di criticarlo, né di approvarlo. D'altra parte è chiaro che, quando c'è stato questo tsunami, qualcosa non ha funzionato; poi andiamo a vedere se non ha funzionato a livello nazionale, a livello regionale o a livello locale, perché l'Italia è un Paese molto complesso, come sapete meglio di me. Credo che individuare responsabilità, se ci sono, e a quale livello, sia molto difficile. La sanità è regionalizzata, per cui non tutto quello che accade a livello locale dipende dal centro. È difficile capire dove c'è stata, se c'è stata, improvvisazione e dove ce n'è stata di più.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

PRESIDENTE. Leggendo i verbali della task force del CTS, l'impressione non scientifica, ma di un avvocato - quindi un'impressione sicuramente fallace, quella di un normale cittadino - è che fino alla data del 21 febbraio (forse la migliore data, ma magari anche successivamente, vedendo il comportamento delle istituzioni) ci sia stata una grande sottovalutazione della potenzialità di circolazione del virus. Dico questo anche rispetto alla comunicazione istituzionale cui facevo riferimento prima, ma potrei prendere anche le comunicazioni del Governo. Il 27 febbraio, lei ricorderà - ho riguardato la cronistoria de «Il Sole 24 Ore» - il Presidente della Regione Lazio, il sindaco Sala e il sindaco di Bergamo lanciavano le iniziative “Milano non si ferma”, “Il Lazio non si ferma” volte a far proseguire la vita normale. L'impressione che si ha leggendo i verbali, motivo per il quale poi ci siamo focalizzati sulle varie fasi del piano pandemico precedente, è che ci sia un disallineamento tra quello che si sarebbe dovuto fare in determinati momenti e quello che poi si è realmente fatto, vale a dire che tante misure,

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

compresa ad esempio l'istituzione della zona rossa nella Val Seriana, siano state adottate tardivamente.

Volevo capire da lei, se c'era, quando all'interno della task force si è compresa la gravità della situazione.

REZZA. Credo che la comprensione della gravità della situazione ci sia stata soprattutto intorno al 20 gennaio, perché arrivarono informazioni sui casi secondari. Se ci sono casi secondari, c'è il potenziale per la diffusione del virus. Dopodiché è chiaro che pochi casi secondari non bastano, perché la catena di trasmissione si può comunque fermare là. Non era detto chissà quanto il virus potesse essere contagioso: avevamo l'esperienza della SARS i cui focolai erano stati tutti contenuti. Quindi la certezza che questo virus dalla Cina sarebbe arrivato chissà dove non poteva esserci.

Del resto, il 30 gennaio da parte dell'OMS si parla di “*public health emergency of international concern*”, per cui prima di tale data l'OMS non dà nessuna allerta concreta. Quell>alert è una notizia. Prima del 30 gennaio l'OMS addirittura riunisce la Commissione dell'emergenza (il 22 e il 23

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

gennaio) e dice che non è una “*public health emergency of international concern*”. Quindi tutto ciò che si fa prima della fine di gennaio avviene per iniziativa del singolo Stato o del singolo Governo e non perché c'è un organismo internazionale che dice di farlo, tant'è vero che addirittura l'European centre for disease control definisce il rischio basso e moderato.

È chiaro poi che naturalmente, come sempre avviene, c'è chi è più preoccupato e chi meno. Se io leggo che una persona, appena sviluppa i sintomi, contagia, mi dico che è un'epidemia che non si ferma. Per cui, se lei mi chiede quando mi sono preoccupato, le rispondo che mi sono preoccupato molto presto. Tuttavia, finché non fosse arrivata da parte dell'OMS o di un organismo europeo un'allerta concreta, la mia parola - quella di uno più preoccupato - sarebbe valsa quanto quella di un altro che diceva che quanto stava succedendo in Cina da noi non sarebbe successo e che non c'era neanche un organismo internazionale a sollecitare un intervento.

Quindi sono d'accordo sul fatto che andavano adottate tutte le misure da adottare in periodo pandemico, ma eravamo in una fase 3.1: ripeto, quelle fasi non vorrei tanto considerarle, ma anche oggi siamo in fase 3.1 per H5.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

Ci sono circolari del Ministero, ma circolari ministeriali c'erano anche il 22, il 27 gennaio o quando è stato. Il punto è che oggi probabilmente siamo più preparati perché, secondo me, i dispositivi di protezione individuale, i posti di terapia intensiva ce li abbiamo già dentro casa. Credo che l'esperienza abbia scottato chiunque. Io mi sono preoccupato molto presto; ho scritto un articolo sul «Corriere della Sera» addirittura a fine dicembre su SARS-CoV-2, ma finché gli organismi internazionali non hanno cominciato a dare un segno di vita, il livello di preparazione era quello che ci si sarebbe aspettato in un periodo interpandemico, con tutte le *défaillance* che la *preparedness* ha mostrato dopo in tutti i Paesi europei.

COLUCCI Alfonso (M5S). Professor Rezza, perdoni l'insistenza, ma vorrei chiederle sulla certificazione e validazione delle mascherine.

Sappiamo che il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, il cosiddetto cura Italia, all'articolo 15, demandava proprio all'Istituto superiore di sanità il processo di validazione delle mascherine che avveniva su autocertificazione delle ditte. Non so se lei si sia mai occupato di questo.

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025

REZZA. No, perché non era il mio Dipartimento a occuparsene, era un centro apposito che si interessa occupa proprio di dispositivi medici.

COLUCCI Alfonso (M5S). Lei dunque non ha mai avuto notizia di questo?

REZZA. No. Quello che abbiamo sentito riferito da altri, ma notizie specifiche non ne ho.

COLUCCI Alfonso (M5S). Presidente, riterrei di soprassedere dunque sul punto.

PRESIDENTE. Non essendoci altre domande, ringrazio ancora il professor Rezza per la grande pazienza e per il contributo offerto ai nostri lavori.

Dichiaro conclusa l'audizione in titolo.

I lavori terminano alle ore 16,07.

BOZZE NON CORRETTE

Resoconto stenografico n. 34

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. 36 del 29.04.2025