



Senato della Repubblica



Camera dei deputati

Giunte e Commissioni

XIX LEGISLATURA

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 52

**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 Ranieri Guerra, già direttore generale aggiunto dell'Organizzazione mondiale della sanità, nonché componente del Comitato tecnico scientifico

54<sup>a</sup> seduta: martedì 22 luglio 2025 (\*)

Presidenza del Presidente

LISEI

indi del Vice Presidente

GIRELLI

indi del Presidente

LISEI

(\*) *Resoconto stenografico declassificato il 4 novembre 2025*

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

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

### **Sulla pubblicità dei lavori**

**PRESIDENTE:**

- LISEI (*FdI*), *senatore*

### **Comunicazioni del Presidente**

**PRESIDENTE:**

- LISEI (*FdI*), *senatore*

BIGNAMI (*FDI*), *deputato*

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*), *senatore*

COLUCCI Alfonso (*M5S*), *deputato*

GIRELLI (*PD-IDP*), *deputato*

MALAN (*FdI*), *senatore*

### **Audizione del professor Ranieri Guerra, già direttore generale aggiunto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nonché componente del Comitato tecnico scientifico**

**PRESIDENTE:**

- GIRELLI (*PD-IDP*), *deputato*

- LISEI (*FdI*), *senatore*

BIGNAMI (*FDI*), *deputato*

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*), *senatore*

COLUCCI Alfonso (*M5S*), *deputato*

GIRELLI (*PD-IDP*), *deputato*

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

ZEDDA (*FdI*), *senatrice*

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

*Sigle dei Gruppi parlamentari del Senato della Repubblica: Civici d'Italia-UDC-Noi Moderati (Noi con l'Italia, Coraggio Italia, Italia al Centro)-MAIE-Centro Popolare: Cd'I-UDC-NM (NcI, CI, IaC)-MAIE-CP; 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; FORZA ITALIA - BERLUSCONI PRESIDENTE - PPE: FI-PPE; MOVIMENTO 5 STELLE: M5S; ALLEANZA VERDI E SINISTRA: AVS; AZIONE-POPOLARI EUROPEISTI RIFORMATORI-RENEW EUROPE: AZ-PER-RE; NOI MODERATI (NOI CON L'ITALIA, CORAGGIO ITALIA, UDC E ITALIA AL CENTRO)-MAIE-CENTRO POPOLARE: NM(N-C-U-I)M-CP; ITALIA VIVA-IL CENTRO-RENEW EUROPE: IV-C-RE; MISTO: MISTO; MISTO-MINORANZE LINGUISTICHE: MISTO-MIN.LING.; MISTO-+EUROPA: MISTO-+EUROPA.*

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

*Interviene il professore Ranieri Guerra, già direttore generale aggiunto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nonché componente del Comitato tecnico-scientifico. Sono presenti inoltre, quali collaboratori della Commissione, ai sensi dell'articolo 24 del Regolamento interno, la dottoressa Paola Izzo, il dottor Francesco Bevere, il dottor Paolo Cremonesi e il dottor Claudio Calzoni*

**Presidenza del presidente LISEI**

*I lavori hanno inizio alle ore 11,03.*

***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.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

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

Comunico, altresì, che per la sola parte di seduta relativa alle comunicazioni del Presidente la pubblicità dei lavori sarà assicurata anche mediante trasmissione sul circuito audiovisivo interno e sulla web TV della Camera.

*COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE*

PRESIDENTE. Vi devo dare comunicazione del fatto che, nel tardo pomeriggio di ieri, ci è giunta una lettera dell'Ufficio legale dell'Organizzazione mondiale della sanità, che avrete avuto modo di apprezzare perché l'abbiamo posta in distribuzione ed è sul tavolo della Commissione, che trovo a dir poco irrituale e un po' anche una mancanza di rispetto nei confronti della Commissione.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

L'Organizzazione mondiale della sanità scrive alla Commissione, ma soprattutto all'audito, per richiamarci a tutta una serie di vincoli - peraltro alcuni molto noti - che graverebbero sugli ex membri dell'Organizzazione mondiale della sanità in riferimento alle notizie acquisite e agli orientamenti maturati nel corso dello svolgimento delle loro funzioni all'interno dell'Organizzazione.

Voglio escludere che l'intento sia di limitare in qualche modo i poteri di indagine della Commissione o dei commissari, o condizionare il dottor Guerra, perché sarebbe gravissimo, oltre che inutile per chi mi conosce e per chi conosce il lavoro della Commissione. È evidente che non intendo limitare in alcun modo le prerogative dei commissari nell'esercizio delle loro domande, trattandosi peraltro di libera audizione, perché il mio dovere è quello di rispettare prima di tutto la legge italiana e quella istitutiva della Commissione d'inchiesta.

Quindi, nel corso dell'audizione i commissari saranno liberi di domandare ciò che ritengono opportuno. Mi auguro anche che la missiva

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

ricevuta non condizioni in alcun modo la libertà del dottor Ranieri Guerra di rispondere in modo genuino ai quesiti che gli verranno posti, ma non posso escludere che non sia così, anche perché chiaramente una lettera del genere, scritta peraltro dagli uffici legali, rappresenta una forma di monito verso l'auditore che sicuramente non può ignorare.

Ad ogni buon conto io non limiterò le domande - ripeto - perché siamo in libera audizione. È chiaro che l'auditore è stato anche membro dell'Organizzazione mondiale della sanità, quindi conosce eventualmente i vincoli a cui lui è sottoposto, ma il nostro unico vincolo, quello della Commissione, è perseguire la verità, quindi fare domande. Questo è l'interesse dell'Italia, della Commissione e della sua legge istitutiva.

I contenuti dell'audizione, finita questa breve introduzione, saranno segretati e, come per tutte le altre audizioni, ne darò ritualmente contenuto al nostro udito e poi verranno successivamente desecretati, salvo che non ne sussista una necessità specifica, rilevata o nel corso dell'audizione, oppure dall'auditore stesso.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Questo vi dovevo comunicare. Non so se sul punto ci sono delle osservazioni da parte dei commissari.

COLUCCI (*M5S*). Signor Presidente, ho letto il testo di questa lettera e non trovo in alcun suo elemento forme di limitazione, o di compressione nei confronti dell'audit o della Commissione.

Credo che si debba anche interpretare una lettera che proviene da un'organizzazione internazionale come l'OMS con tutto il rispetto che le istituzioni italiane devono nei confronti anche delle istituzioni sanitarie internazionali. Devo ricordare che l'Italia è inserita istituzionalmente e costituzionalmente in un contesto internazionale di cooperazione, che l'aspetto della profilassi internazionale è previsto espressamente dalla nostra Costituzione, all'articolo 117.

Per cui, nell'apprezzare l'assoluta libertà con la quale noi commissari porremo le domande all'audit e l'assoluta libertà con la quale l'audit andrà a rispondere, voglio ricordare anche i vincoli internazionali che legano



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

l'Italia alla cooperazione sanitaria internazionale per i Trattati che abbiamo sottoscritto e per il dettato della nostra Costituzione, ma anche per l'osservazione, forse di natura più sostanziale, che un'efficace lotta al virus e alle pandemie non può essere che esercitata in un contesto di cooperazione internazionale.

MALAN (*FdI*). Signor Presidente, riallacciandomi all'intervento dell'onorevole Colucci, sottolineo una parola che ha detto più volte giustamente e cioè la cooperazione. Cooperazione non vuol dire sottomissione, non può voler dire impedire qualunque trasparenza a un'Organizzazione, proprio perché è così importante. Una cosa è la cooperazione, altra cosa è l'immunità che viene citata nella lettera dell'ufficio legale (anche questa credo che sia una mancanza di rispetto); il direttore generale onnipotente dovrebbe scrivere, non l'ufficio legale.

L'immunità non vuol dire mancanza di trasparenza, ma esattamente il contrario, proprio perché si tratta di un'importante organizzazione

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

internazionale, proprio perché ha a che fare con questioni mediche estremamente importanti a livello di profilassi e di coordinamento internazionale. Se non c'è trasparenza, mi chiedo che tipo di rapporto ci possa essere tra i singoli Stati, anzi tra le singole Commissioni parlamentari e questa organizzazione

BIGNAMI (*FDI*). Signor Presidente, ritengo di estrema gravità la lettera, che ha toni e contenuti dal sapore intimidatorio, che questi signori hanno inviato - mi pare di capire - neanche 24 ore fa. Dico bene, Presidente? Ritengo che sia assolutamente irricevibile e che sia un'ulteriore evidenza dell'assoluta - sto cercando un termine educato, ma non mi viene - incapacità (voglio usare questa parola) dell'OMS a preservare soprattutto l'indipendenza e l'imparzialità di cui parla, perché quando l'Organizzazione mondiale della sanità utilizza nella lettera la parola "impartiality", credo che abbia un sapore ridicolo in bocca a OMS, perché OMS ha dimostrato in tutti i modi di non essere né imparziale, né indipendente e sia stata sempre funzionale a

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

rispondere a esigenze di natura politica. Qualche domanda su questo lo faremo anche al dottor Ranieri Guerra, con particolare attenzione alle indicazioni che provenivano dalla Cina.

Crediamo altresì che questo sia un tentativo maldestro di comprimere l'attività istituzionale della Commissione d'inchiesta, che già - devo dire, Presidente - si sta muovendo non senza difficoltà, tra tante pressioni debite e indebite che stanno ricevendo anche i commissari in ordine allo svolgimento della propria attività. Questa estensione, che tra l'altro è più che stiracchiata e assolutamente inaccettabile, che l'OMS fa della riserva determinata dagli *addendum* che sono sottoscritti a completamento della Convenzione di adesione all'OMS e che questi qua (non saprei come definirli in maniera più elogiativa) richiamano, non si estende a coloro che sono oggi fuori dall'Organizzazione stessa.

Il tentativo di comprimere, però, l'audizione del dottor Ranieri Guerra credo che sia del tutto evidente, quando la stessa dice che il dottor Ranieri Guerra non è autorizzato a riferire alla Commissione cose che egli ha saputo

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

quando era dentro l'OMS. Questo non può essere in alcuna maniera ammissibile, perché, fosse ancora parte dell'Organizzazione, potremmo anche in qualche maniera comprenderlo, ma nel momento in cui non è più parte dell'OMS, è del tutto mal riposta questa osservazione.

Ciò detto, confido che l'audizione si possa davvero svolgere in maniera libera, perché credo che anche di questo sia necessario informare i Presidenti di Senato e Camera, signor Presidente, perché iniziamo ad essere molto stanchi di condizionamenti e infingimenti che si vogliono dare da tutte le parti per operare su questa Commissione, affinché non pervenga a un'effettiva ricostruzione di quello che è accaduto.

Siamo sottoposti quotidianamente - mi assumo tutta la responsabilità di quel che dico - a pressioni di ogni tipo da tutte le parti per ostacolare i lavori di questa Commissione e che si scomodino anche organizzazioni internazionali per evitare che i commissari possano svolgere il proprio lavoro è inaccettabile e inammissibile.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Quindi, in questo contesto non posso che essere contento del fatto che abbiamo respinto degli emendamenti ancor più limitativi dell'applicazione della libertà dello Stato sovrano che noi tutti dobbiamo rappresentare e che l'OMS cercava surrettiziamente di propinarci

GIRELLI (*PD-IDP*). Signor Presidente, premesso che non mi faccio particolarmente impressionare da note di questo genere, che in fondo ritengo un richiamo più o meno legittimo, ma è ancor più legittimo che noi agiamo secondo la nostra libertà di mandato, senza particolari problemi.

Quello che trovo invece necessario è approfondire quello che ho appena sentito dal presidente Bignami, perché affermare che ogni giorno si è sottoposti a delle pressioni per impedire che si svolgano in maniera corretta i lavori di questa Commissione e tutto quello che è stato detto, credo che abbia bisogno di un approfondimento. Lo sento necessario come membro della Commissione, perché è mia preoccupazione che tutti si sentano molto

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

liberi da qualsiasi tipo di pressione. Ritengo inaccettabile che questo possa avvenire.

Perciò chiedo a lei, Presidente, di approfondire questo tema e dedicarvi un Ufficio di Presidenza, se è il caso, perché questo non può avvenire. Infatti, o sono dichiarazioni un po' forzate, che per carità non voglio giudicare assolutamente, ma siccome sono convinto della serietà del presidente Bignami, credo che la cosa non possa passare come una semplice affermazione fatta durante una seduta.

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, direi che è molto opportuno fare un minimo di riflessione sulla questione dell'OMS, perché questa lettera ci dice esattamente qual è il problema dell'OMS.

L'Organizzazione mondiale della sanità è un'organizzazione che non risponde democraticamente, ma neanche verbalmente, ai Parlamenti, perché gode di immunità di giurisdizione. Ciò significa che non è come noi, che abbiamo l'immunità, ma sappiamo perfettamente chi è il nostro giudice ed

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

eventualmente, per questioni relative all'arresto o simili, c'è la richiesta di autorizzazione a procedere. Qui non c'è neanche qualcosa a cui poter rivolgere un diniego di autorizzazione a procedere, ma c'è un'immunità di giurisdizione "esentasse" e cose di questo tipo. È un qualcosa che è del tutto sottratto al controllo democratico e che vorrebbe costantemente più potere, ma non gliene faccio una colpa; tutti vogliono più potere, che problema c'è? Il problema nostro è quando - stranamente - abbiamo dato loro questo potere aggiuntivo. Buona cosa è infatti quello che è successo con gli emendamenti, perché anche un minimo di potere in più non doveva essergli dato.

Detto questo, mi porrei sinceramente - e approfitto di questa situazione per farlo - il problema OMS. Poi uno dice che senza l'OMS il mondo si ammalerebbe istantaneamente. Io non credo che ciò avverrà, ma credo che questa sia una forma rafforzata di tutela di interessi privati. Quindi, dal mio punto di vista dobbiamo andare avanti, ignorando simpaticamente questa missiva, *tamquam non esset*, e che sia un problema loro dopo andare a protestare con qualcun altro. Se invece questa lettera dovesse essere ostante

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

a quello che facciamo, allora direi che potrebbe essere una buona occasione per evidenziare la questione.

PRESIDENTE. Se ritiene di intervenire nuovamente, presidente Bignami, visto che è stato citato direttamente, può farlo.

BIGNAMI (*FDI*). Sì, devo fare l'elenco dettagliato, o devo fare una memoria di tutti i soggetti che quotidianamente ci chiedono, interferiscono o agiscono in maniera diretta, parallela, indiretta, obliqua? Potremmo anche parlare di alcuni commissari che minacciano di chiamare istituzioni non parlamentari, dicendo che bisogna capire? Dovremmo parlare delle lettere che vengono inviate tramite studi legali di soggetti su cui dobbiamo capire anche l'effettiva neutralità rispetto ai lavori della Commissione? Dobbiamo parlare delle lettere dell'OMS? Dobbiamo parlare del fatto che ex commissari di strutture dedite all'emergenza si muovono con una disinvoltura a dir poco inquietante ancora oggi in strutture ministeriali, pensando che non ce ne



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

accorgiamo? Dobbiamo pensare al fatto che vengono proposte azioni giudiziali senza che ci sia il via libera di chi dovrebbe avere invece l'ultima parola sulla definizione effettiva della costituzione in giudizio? Devo continuare?

PRESIDENTE. No, direi che elenco è abbastanza esaustivo.

BIGNAMI (*FDI*). Se vuole, faccio anche nomi e cognomi.

PRESIDENTE. L'elenco è abbastanza esaustivo. Mi riserverei di parlarne in Ufficio di Presidenza in modo ancora più approfondito.

***PROCEDURE INFORMATIVE***

**Audizione del professore Ranieri Guerra, già direttore generale aggiunto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nonché componente del Comitato tecnico scientifico**

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

*(I lavori proseguono in seduta segreta dalle ore 11,18 alle ore 22,37, con sospensione dalle ore 13,50 alle ore 19,44)*

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del dottor Ranieri Guerra, già direttore generale aggiunto dell'Organizzazione mondiale sanità, nonché componente del Comitato tecnico scientifico, al quale rivolgo un saluto, che sarà sentito nella forma della libera audizione.

Do la parola all'audito per una breve introduzione, al cui termine i commissari potranno rivolgergli delle domande

*GUERRA.* Signor Presidente, onorevoli deputati e senatori, è un piacere e un onore essere qui con voi, a prescindere da quello che la mia ex organizzazione ha indicato. Voi avete ricevuto una comunicazione, io ne ho ricevute cinque o sei subentranti, a cui ho risposto rigettando ogni forma di limitazione, così com'è stata proposta. Io non credo di dovere all'Organizzazione altro che quello che contrattualmente e proceduralmente

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

mi ha richiesto di fornire, ovvero la garanzia di segretezza per quanto di segreto all'interno dell'Organizzazione era stato discusso.

Invece, per quanto riguarda la mia posizione, sia come ex Direttore generale della prevenzione al Ministero della salute, sia come membro del CTS, in Protezione civile, che successivamente come - permettetemi l'espressione - esperto in sanità pubblica, ho cercato di garantire e fornire il mio contributo al CTS stesso e alla Repubblica. Sottolineo questo passaggio perché sono stato accusato, anche internamente all'Organizzazione, di non essere tanto un *civil servant* internazionale, quanto un soggetto che cercava di difendere gli interessi della Repubblica anziché quelli dell'Organizzazione stessa. Di questo magari parleremo se ne avrete voglia e se avrete delle domande sulla questione.

Ho preparato una breve presentazione anzitutto per dirvi chi sono. Sono un medico di sanità pubblica, ho lavorato 40 anni e più a livello internazionale. I miei primi lavori, dopo sei mesi dalla laurea, sono stati in Tanganika Mainland: ero all'ospedale di retroguardia dell'invasione tanzana

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

in Uganda ai tempi di Amin Dada. Facevo il chirurgo d'urgenza in quel momento e da quel punto in poi ho sempre lavorato a livello internazionale.

Quindi, ho lavorato in Africa, sia con organizzazioni non governative che con il Ministero degli esteri. Mi sono fatto tutte le grandi epidemie: colera, Ebola, gestione dei flussi migratori e carestie (vi ricorderete la gravissima carestia in Etiopia dei primi anni Ottanta); guerre guerreggiate, guerre civili, dalla Somalia al Sud Sudan ai grandi laghi, con le stragi degli Hutu e dei Tutsi che ricorderete sicuramente. Non mi sono negato alla ex Jugoslavia: sono stato nella sede di Saraievo per qualche mese. Ho lavorato poi in Medio Oriente: 25 anni di andata e ritorno con la Palestina, lavorando soprattutto come sherpa - questa era la terminologia - di sanità pubblica durante i colloqui multilaterali di pace prima della seconda Intifada con Israele, Egitto e Siria e ovviamente l'Autorità palestinese. Ho lavorato in Yemen, in Kuwait, in Iraq durante la guerra contro il regime di Saddam Hussein. Non mi sono negato nemmeno le Repubbliche centroasiatiche: la Federazione russa al momento del collasso dell'Unione Sovietica, Vietnam,

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Cina, Sri Lanka, Thailandia, sia durante la SARS-1 che successivamente a seguito dello tsunami e tutto quello che è successo.

Ho lavorato in Istituto superiore di sanità per molti anni, ho prestato servizio come addetto scientifico all'Ambasciata d'Italia negli Stati Uniti, ho lavorato come Direttore generale del Ministero della salute e successivamente come Direttore generale aggiunto dell'Organizzazione mondiale della sanità, che è a quanto si riferiva questa serie di comunicazioni.

Il mio servizio all'OMS è durato al quartier generale per un paio d'anni, dopodiché sono stato rappresentante del Direttore generale, sia al quartier generale delle Nazioni Unite a New York, guidando la dichiarazione sulla copertura sanitaria universale, successivamente a Kinshasa per dare attuazione al programma di copertura sanitaria universale del presidente Tshisekedi e successivamente a Roma a supporto - ripeto - della Repubblica. Sottolineo della Repubblica e non del Governo.

Cosa ho fatto? Ho fatto molte cose durante la mia direzione generale. Per quanto riguarda le attività di prevenzione epidemica e pandemica, venni richiamato dalla ministra dell'epoca Lorenzin per garantire la sicurezza della Repubblica ai tempi dell'epidemia di Ebola in Africa occidentale. Su questo ho lavorato parecchio: Ebola, Zika, malattie virali di vario tipo, West Nile, che sapete bene essere in questo momento oggetto di grande discussione, con un decesso nella provincia di Latina. A causa della West Nile fever, anche se nessuno lo sa, a suo tempo si ebbe un grosso danno delle riserve ematiche del Paese, con un 15 per cento stimato di scarti dovuti alla contaminazione.

Ho attuato e strutturato gli aeroporti sanitari italiani, da Malpensa a Fiumicino, da Catania a Pratica di Mare, in collaborazione con i militari. Ho svolto 15 piani nazionali di prevenzione nei miei tre anni di servizio. Abbiamo rimpatriato, proteggendole, circa 3.000 persone durante l'epidemia di Ebola in Africa occidentale. Ricorderete gli episodi dei due sieropositivi italiani, il medico e l'infermiere sardo. L'Italia è stata protetta al punto che

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

non c'è stata nessuna contaminazione secondaria, come invece è avvenuto per esempio negli Stati Uniti, in Germania e in Francia.

Tentai di costruire una rete di intelligence sanitaria con il Ministero della difesa. Venne rifiutata perché di intrusività presunta da parte di un organo non competente sulla sanità, da parte del gabinetto del Ministro dell'epoca, però riuscii comunque ad impostare un *castrum* di alto isolamento all'aeroporto di Pratica di Mare, pronto a ricevere soggetti contaminati da patologie particolarmente serie.

Per quanto riguarda un altro degli elementi contenuti nel piano pandemico dell'epoca, penso di essere stato l'autore dell'unica ricognizione di posti letto italiani che venne svolta nel 2016 e che venne messa a disposizione del Governo. Varie esercitazioni sono state compiute sia con i militari che con la parte civile (Protezione civile ed altri) e con la parte europea, a seguito della decisione del Parlamento europeo del 2013 che questo prescriveva. Un organismo, che si chiama Health security committee, attivato a livello di Lussemburgo, dove risiede la parte sanitaria della

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Commissione europea, dava la garanzia di una comunicazione interistituzionale ed interPaese, tra i vari Stati membri, su qualsiasi tipo di emergenza.

Devo dire anche - lo sottolineo - che il bilancio dell'epoca, per quanto riguardava il Ministero della salute e attività di sicurezza e *procurement* di DPI (mascherine, eccetera) non eccedeva i 2 milioni di euro l'anno, ivi compreso l'equipaggiamento per i NAS, oltre che per gli USMAF, gli uffici sanitari di periferia gestiti direttamente dal Ministero della salute, mentre ovviamente il *procurement* per le amministrazioni regionali decentrate era affidato alle centrali d'acquisto delle Regioni e delle singole aziende sanitarie.

Permettetemi di utilizzare anche questa opportunità per dirvi che cosa ho subito come conseguenza di questo servizio. A parte le archiviazioni dei tribunali penali di Padova e delle procure di Padova e di Venezia, sul versante penale ho un'udienza preliminare fissata il 17 ottobre del 2025 dal giudice dell'udienza preliminare di Roma in base a un'imputazione coatta



decisa dalla giudice per le indagini preliminari, a seguito di una richiesta di archiviazione della procura, rispetto all'ipotesi di omissione di atti d'ufficio determinata da quella decisione europea del 2013.

Sempre sul versante penale sono viceversa parte offesa contro «Il Giornale» per diffamazione, con un rinvio a giudizio dei giornalisti Manti e Minzolini a Milano, su cui stiamo attendendo che la procura decida quando iniziare.

Ho presentato - e forse questo è da ricondurre anche alle missive OMS - una denuncia interna all'Organizzazione mondiale della sanità che risale al maggio-giugno del 2020 e che è ancora in corso contro una serie di colleghi o ex colleghi per falso e diffamazione, oltre che per mobbing nei confronti della stessa Organizzazione. Ripeto: presentata a maggio-giugno 2020, quindi sono passati cinque anni; ho stimolato una reazione minacciando il ricorso al tribunale dell'ILO (Organizzazione internazionale del lavoro), che come sapete probabilmente è competente per le vicende interne allo staff delle Nazioni Unite.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Sul versante civile, ho subito un rigetto come parte offesa in primo grado di una richiesta di risarcimento per diffamazione a mezza stampa contro due trasmissioni televisive, «Report» e «Non è l'Arena» di LA7, e contro un ex collega. L'udienza di appello è stata tenuta il 18 giugno, la discussione della Corte è stata fissata a ottobre del 2027. Quindi, il percorso diffamatorio è ben dimostrato da tutta una serie di memorie che lascerò a disposizione della Commissione in una chiavetta USB che ho predisposto per questo.

Ho subito circa venti trasmissioni televisive dal maggio 2020 fino all'aprile-maggio del 2021; venti trasmissioni televisive dedicate alla mia faccia. È un onore che ritengo immeritato, ma probabilmente ha qualcosa a che vedere con delle vicende che mi sono estranee e che devo ancora comprendere.

La cronologia degli eventi sul Covid-19 in Italia che sono a mia conoscenza: il 5 gennaio vengono avvertiti tutti i Paesi circa la situazione cinese. Viene fatta anche una raccomandazione informale di attivare

qualsiasi tipo di programma, piano, pianificazione o attività fosse a disposizione in quel momento proprio per predisporre una risposta nel momento in cui si cominciava a comprendere la gravità dell'epidemia.

Il 27 gennaio 2020 partecipo a una riunione della task force del Ministero della salute su invito del Ministro, che mi intercetta nel momento in cui stavo viaggiando verso Kinshasa. Vengono delineate le azioni che l'Italia ha intrapreso. Mi congratulo con il Ministro, ritenendo erroneamente che nel frattempo i piani e i programmi fossero stati aggiornati, visto e considerato che prima di uscire dalla Direzione generale del Ministero, a settembre del 2017, avevo lasciato un appunto al gabinetto e al Ministro dell'epoca, Lorenzin, in merito alla necessità di aggiornare il piano stesso.

In più, ero stato contattato dalla Protezione civile nel momento in cui veniva proposto quello che poi diventò il decreto legislativo n. 1 del 2 gennaio 2018, che di fatto portava alla Protezione civile la responsabilità della risposta a un certo tipo di evento acuto, chiamiamolo così, anche biologico; quindi, non soltanto terremoti o altro tipo di competenza

dell'epoca per la Protezione civile. Mi chiesero di non fare opposizione, di raccomandare al Ministro di accettare la proposta che poi venne concretizzata in questo decreto legislativo, che di fatto portava il Ministero, una volta dichiarata un'emergenza, ad essere un'unità operativa vera e propria della Protezione civile, con una piramide e una catena di comando diversa rispetto al passato.

Raccomandai in quell'occasione al Ministro anche di recuperare tutti i materiali, DPI e mascherine disponibili in giro per il mondo, perché avevo notato, viaggiando molto purtroppo, come tedeschi e francesi si stessero già attivando in quel senso, ripulendo praticamente tutto quello che era a disposizione in giro per l'orbe.

Ricordo anche di aver raccontato delle riunioni preliminari del Comitato di emergenza dell'OMS, che è quello che raccomanda al Direttore generale l'assunzione della dichiarazione di emergenza sanitaria internazionale, ai sensi proprio del Regolamento sanitario del 2005.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Preannunciai anche la dichiarazione di emergenza internazionale, che sarebbe infatti stata assunta il giorno 30 gennaio a Ginevra.

Dopo di allora non seguì più nulla di quello che accadde e che accadeva in Italia, perché, per l'appunto, ero in Repubblica democratica del Congo in una situazione che, come potete immaginare, non era delle più semplici. C'erano ancora una serie di attacchi in corso nella regione di Goma, c'era una grossa epidemia di colera in quel momento, ricominciava un'epidemia di Ebola, quindi potete immaginare il tipo di attività su cui ero concentrato.

A seguito della richiesta del ministro Speranza e dei primi eventi del febbraio-marzo 2020, però, vengo nominato dal direttore generale Tedros Ghebreyesus suo rappresentante speciale per l'emergenza Covid in Italia. Arrivo a Roma l'11 marzo e partecipo, dal 12 marzo, al Comitato tecnico scientifico, su nomina del capo della Protezione civile Borrelli. Tutto quello che poi è successo viene raccontato nel libro che sono stato costretto, per difendermi da certe diffamazioni, a elaborare e a pubblicare. Anche questo è

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

in formato elettronico nella chiavetta USB, per chi lo vorrà leggere e comprendere.

Vi è qualche elemento aggiuntivo che non è stato molto discusso nella serie di dibattiti, anche se di dominio pubblico. Evidenze scientifiche ci dicono che il SARS-Cov 2 circolasse già da settembre-ottobre del 2019 in Italia. Ci sono dei reperti di biopsie, compiute ai primi di settembre a Milano da parte dell'Istituto tumori, che avevamo analizzato, con conferma anche da Ginevra, con delle tracce virali, ma soprattutto ci sono i prelievi che l'Istituto superiore di sanità compì su una campionatura di acque reflue a Milano, a Torino e a Bologna, a partire dalla metà di dicembre del 2019, con presenza di tracce massicce del virus già allora. Quindi, capite bene come una concentrazione di quel livello nelle acque reflue indicava come la contaminazione in giro per la comunità fosse già effettiva e fosse già sostenuta da metà-fine novembre, sicuramente in maniera relativamente silente, perché la sintomatologia clinica si confondeva molto con quella influenzale. Quindi, la sovrapposizione cronologica e di sintomatologia con

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

l'influenza in qualche modo non ha permesso un'individuazione immediata di questa nuova forma di patologia respiratoria.

Il 19 febbraio 2020, con lo stato di emergenza già dichiarato da tre settimane, veniva giocata a San Siro la partita Atalanta-Valencia. Ricorderete che c'erano 36.000 tifosi ammassati. Ranucci, il noto Ranucci di «Report», ci dice il 9 novembre del 2020, senza però poi parlarne più, che siamo in grado di stabilire un legame oggettivo tra la diffusione dell'epidemia in fase iniziale e la provenienza dei tifosi presenti a quella partita. Risultati sorprendenti: nelle due settimane successive una persona su cinque dichiara di aver avuto sintomi riconducibili al virus. Il sindaco di Milano e quello di Bergamo erano in tribuna.

Una settimana dopo, il 27 febbraio, lo stesso sindaco di Milano - ricorderete - organizzava un aperitivo contro la paura, con l'hashtag “Milano non si ferma”. Il Presidente della Regione Lazio, partecipandovi, veniva poi ricoverato la settimana successiva allo Spallanzani, perché colpito dalla stessa patologia che tentava di sconfiggere con l'ottimismo e con la formula

“abbraccia un cinese”, varata dal sindaco di Firenze il 2 febbraio 2020, a emergenza dichiarata. Venivano anche tracciate due spedizioni, anzi più di due, di mascherine verso la Cina: una spedizione pubblica, il 7 febbraio 2020, e diverse private derivanti dalla raccolta della comunità cinese in Italia a partire dal 27 gennaio 2020. Quello che è più sorprendente, comunque, è che il piano pandemico, qualsiasi esso fosse (quello del 2006 in questo caso) era vigente, era valido, ma non veniva attivato, questo secondo la perizia del professor Crisanti, data alla procura di Bergamo.

Per quanto riguarda le comunicazioni e quello che è avvenuto a seguito della mia presenza nel CTS, il 12 marzo ricevo una comunicazione confidenziale con un rapporto congiunto dell'ufficio OMS di Copenaghen e dell'ECDC europeo sulla situazione in Italia: anche questo è presente nella chiavetta USB. È una «Rapid response team mission to Italy», un *joint report* che viene compilato e depositato con il Ministero della salute.

Il 13 marzo invio a mia volta un'email dettagliata, anche questa qui presente, all'ufficio di Copenaghen, da cui l'ufficio di Venezia dipende, e a



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Ginevra, sottolineando il fatto che esiste un piano Covid che prevede una serie di azioni in corso a cui però io non ho mai avuto accesso diretto a causa dei livelli di confidenzialità della Protezione civile; ovvero, aveva accesso alla documentazione presentata e discussa soltanto chi era presente alla seduta del CTS in cui di quello si trattava. Per cui io, essendo arrivato successivamente all'adozione di questo piano, non avevo accesso allo stesso. Ne venni a conoscenza direttamente soltanto dopo la pubblicazione da parte della stessa trasmissione «Report» a ottobre del 2020.

Ogni settimana viaggiavo tra Ginevra e Roma, proponendo un obiettivo di missione a Tedros Ghebreyesus, il Direttore generale, e inviando successivamente, a conclusione della settimana, un rapporto confidenziale al direttore generale Tedros Ghebreyesus, da cui dipendevo, e al direttore regionale di Copenaghen dell'ufficio Europa, Kluge. Tenete presente che, per chi non lo sa, i direttori regionali sono eletti dagli Stati membri di quella circoscrizione, non sono nominati dal direttore generale, quindi la loro catena di comando riguarda il “parlamentino”, chiamiamolo così - della regione a

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

cui appartengono. Questo spiega anche molta della rivalità verificata tra l'impostazione di Kluge e l'impostazione di Ghebreyesus, spiega anche il fatto che io mi sono trovato tra due fuochi, tra un direttore regionale che non voleva interferenze da parte del quartier generale di Ginevra e di un quartiere generale di Ginevra che invece voleva predisporre un rapporto diretto con la struttura di comando per l'epidemia.

I rapporti non sono pubblici, ma sono stati recuperati dall'Intranet dell'OMS e utilizzati con le trasmissioni televisive di «Report» e «Non è l'Arena». Inizialmente i giornalisti parlavano di reperti recuperati dal dark web; successivamente sono passati ad un'altra versione, dicendo di aver ricevuto una serie di email confidenziali da un indirizzo di Ginevra anonimo (lascio a voi capire bene cosa è successo, perché io non l'ho ancora capito).

I miei contributi al CTS li ho sommarizzati in maniera molto rapida (sul dettaglio, se volete, sono pronto a rispondere): un piano di assistenza tecnica immediata a favore dell'Italia; il collegamento con l'Organizzazione mondiale della sanità quotidiano per rompere l'isolamento dell'Italia e avere

il supporto tecnico e politico che era necessario avere. Proprio per rompere questo isolamento: ricorderete che l'Italia era stata isolata anche dagli Stati membri dell'Unione, non soltanto a livello internazionale, ma anche a livello regionale europeo. Ci vuole del tempo per rompere questo isolamento; ci vuole del tempo anche per attivare i meccanismi della Protezione civile europea, che garantiscono attività di solidarietà e condivisione degli equipaggiamenti in caso di bisogno.

Integrazione del CTS: proposi e ottenni l'integrazione di un collega Inail per quanto riguardava la gestione dei codici Ateco, quindi la mobilità durante il lockdown del personale che era ritenuto essenziale per garantire per esempio il *supply* farmaceutico, il *supply* alimentare e così via. Vi ricordo che l'Italia, a dispetto del lockdown generale, ha comunque mantenuto un 40-45 per cento di mobilità dei lavoratori e degli operatori - ripeto - ritenuti essenziali secondo la codifica Ateco proposta da Inail e accettata e ratificata anche dal CTS.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Proposi anche l'integrazione con la medicina di base, con la medicina generale e con l'Associazione italiana di epidemiologia che ritenevo fosse estremamente utile per dare una modellistica di previsione e per leggere quelli che erano i dati, ancorché incompleti, che fluivano al CTS da parte delle Regioni. Questo non venne accettato.

Progetti: venni investito della responsabilità della gestione di un finanziamento del Kuwait per 3 milioni di euro, che ritenni, dopo averne discusso con il Ministro, il gabinetto del Ministero e il Dipartimento della protezione civile, di indirizzare verso l'acquisto di ecografi *wireless* e *app* di riconoscimento a distanza a favore della medicina generale, che così sarebbe stata in grado di valutare le dimensioni del contagio in maniera diversa rispetto alla visita domiciliare canonica, che non veniva raccomandata in quel momento.

Anche la realizzazione del famoso rapporto di Venezia ebbe luogo a seguito di questo finanziamento, con un dirottamento di 110-115.000 euro, dopo aver negoziato direttamente con Richard Horton, l'editore di «The

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Lancet», che è un amico personale e che propose al ministro Speranza di cominciare a raccontare la storia della risposta italiana. L'Italia era stato il primo Paese colpito, quindi aveva due-tre settimane di modellistica effettiva da presentare e raccontare agli altri Paesi, dicendo cosa doveva essere fatto, cosa non doveva essere fatto e quello che si dovessero aspettare, e per una possibile assistenza tecnica da parte italiana a favore dei Paesi balcanici.

Le due Regioni che vengono indicate dal Ministero come fruitrici di questo *supply* e di questo equipaggiamento erano state inizialmente Lombardia e Calabria, poi Emilia Romagna e Calabria, poi Sicilia e Calabria. Il finanziamento venne ritirato successivamente dal direttore regionale Kluge, a seguito delle questioni insorte con il mio ex collega di Venezia.

Partecipai alla predisposizione e conduzione dell'indagine nazionale Istat sulla determinazione di sieropositivi e infine collaborai alla predisposizione del meccanismo a colori regionali, come ricorderete, che guidò la riapertura progressiva con il supporto dell'OMS.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Sul settore privato provai anche a suggerire in CTS l'utilizzo delle strutture private accanto a quelle pubbliche: ad esempio, la mobilitazione del parco autobus privati, fermi per il lockdown, per assicurare trasporti senza assembramento, sia a livello scolastico che a livello pubblico, e anche – permettetemelo - per garantire un minimo di salario agli autisti che erano stati fermati in quell'occasione. Non è una cosa banale, ma fu una discussione difficile che esitò nel nulla.

Proposi anche una revisione legislativa per ricentralizzare, almeno temporaneamente, le funzioni di sanità pubblica, federando i dipartimenti di sanità pubblica regionali per garantire una sorveglianza di campo unificata; anche questo non venne fatto.

Condussi due cicli di conferenze con il livello OMS europeo; due cicli vuol dire una serie di contatti e di conferenze con la parte scolastica a favore del ministro Azzolina dell'epoca, e con il centro OMS di Bonn, a favore questa volta dell'Istituto superiore di sanità e del ministro Speranza, per l'adozione di un sistema di sorveglianza europeo a guida italiana, basato

sull'analisi delle acque reflue, che nel frattempo era stato perfezionato dall'Istituto superiore di sanità. Per quanto riguarda questo particolare tipo di sorveglianza, l'Istituto, sulla base di criteri e di procedure che risalivano alla sorveglianza sui poliovirus selvaggi. che l'Organizzazione compie da circa 30 anni in giro per il mondo, propose, eseguì e validò una sorveglianza attiva su campioni di acque reflue che avevano due vantaggi: primo, davano una dimensione quantitativa molto precisa e indipendente dai tamponi di quello che era l'andamento dell'epidemia nelle comunità, da cui derivavano appunto le acque reflue; secondo, con un algoritmo americano che utilizzammo all'epoca dava anche un'ipotesi abbastanza attendibile di quanto potesse essere folta - chiamiamola così - la presenza dei sieropositivi nella stessa comunità. Infine, aveva un elemento predittivo dell'epidemia in comunità, perché dava circa 20-25 giorni di preavviso rispetto all'esplosione di focolai epidemici nelle comunità sorvegliate.

Questo venne poi confermato con la risalita repentina, il 16-17 agosto 2020, dei contaminati virali nelle acque reflue di Roma, per cui si predisse

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

che entro metà-fine settembre ci sarebbe stata la famosa seconda ondata. Forse ricorderete che io predissi questa seconda ondata, in analogia a quanto accaduto per la spagnola e altre epidemie di epoche pregresse, nonostante le burle di molti dei colleghi e dello stesso senatore Sileri, che all'epoca la definì assolutamente impossibile. Comunque questo fu.

Infine, la sorveglianza clinica, prevista dall'ordinanza n. 640 del Capo della Protezione civile del 24 febbraio del 2020: Borrelli prevedeva di attivare una sorveglianza epidemiologica, una sorveglianza microbiologica e una sorveglianza clinica, le prime due affidate all'Istituto superiore di sanità, la terza all'Istituto Spallanzani. Questa sorveglianza clinica non venne mai attuata, nonostante ad un certo punto noi OMS offrissimo gratuitamente l'utilizzo di una piattaforma che era stata implementata e validata e dove erano già presenti oltre un milione di reperti di schede cliniche che erano confluite da parte della Gran Bretagna e di altri Stati membri. Questa procedura fu rifiutata dal dottor Ippolito, allora sia Spallanzani che CTS, venne poi parzialmente attuata con Regione Lombardia dopo una serie di



discussioni, negoziazioni ed evidenze maturate con il collega Signorelli dell'Università San Raffaele nel secondo semestre del 2020, con oltre 100.000 cartelle cliniche caricate. Ovviamente la sorveglianza clinica è fondamentale nel momento in cui si va a prevedere l'andamento di una patologia, soprattutto in presenza di varianti che subentrano e che danno quadri clinici difformi.

Ci sono anche delle questioni che non ho mai discusso pubblicamente, sia per obblighi professionali che per un sentimento etico, che, nonostante tutto, continuo a coltivare. Non ho mai parlato delle mie responsabilità durante le epidemie pregresse di Ebola, Chikungunya, Zika, eccetera. Tenete presente che con Ebola fummo i primi e gli unici ad essere autorizzati a fermare i voli militari americani diretti in Liberia e di ritorno in Italia, con partenza dalla base americana di Vicenza, per verificarne la mancanza di contaminazione all'aeroporto militare di Pratica di Mare. I medici italiani e USMAF, civili, salivano a bordo dei cargo militari americani per eseguire tamponi sul personale e per sanificare gli aerei stessi.

Questo tentativo di costruzione di una rete di intelligence epidemica con il Ministero della difesa poi esitò in un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sulle sorveglianze sanitarie e in un progetto di digitalizzazione della sorveglianza che è in esecuzione da parte dell'Istituto superiore di sanità.

C'è poi una questione che a me lascia ancora molto perplesso, ovvero quella che riguarda il piano nazionale di difesa: è un piano segretato, un piano che - non dico niente di particolarmente nuovo o segreto - è presente nello scambio di email tra il dottor Maraglino e il viceministro Sileri ad aprile del 2020, se ricordo bene, in cui appunto questo piano viene menzionato.

Il Piano nazionale di difesa, di cui conosco una parte, perché il Ministero della salute aveva il compito di compilare la componente biologica, è un piano che riguarda attacchi di natura biologica, nucleare, chimica e fisica e che ha la gestione del Ministero della difesa e del Ministero dell'interno. È un piano segreto, che prevede l'attivazione delle prefetture nel caso di una emergenza o di una calamità. Non credo che sia mai stato

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

attivato, ma mi lascia molto perplesso che nessuno ne abbia mai parlato e non sia mai stato discusso.

Ho cercato di elaborare anche quale fosse il numero vero di sieropositivi, da un'analisi ex post che parte dal numero dei decessi. Quindi, sapendo quanti morti attribuibili al Covid ci sono stati, sapendo qual è il tasso di infettività del Covid stesso, qual è il tasso di mortalità presunto sulla base dell'andamento dell'epidemia negli ultimi anni, non è impossibile risalire al numero effettivo di contaminati, al di là del fatto che fossero classificati come sintomatici, asintomatici o pre-sintomatici, con delle disquisizioni che dal mio punto di vista sono abbastanza inutili. Erano tutti contagianti, per cui da questo punto di vista c'era da fare poca distinzione.

C'è un'altra questione che deriva dall'intercettazione della testimonianza del dottor D'Amario, il mio successore alla Direzione generale della prevenzione, che rimase in carica fino all'aprile - mi sembra - del 2020, quindi a epidemia avanzata e che riguarda le responsabilità del ministro dell'epoca Grillo per quanto concerne l'aggiornamento del piano pandemico

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

2006. Anche su questo lascio la testimonianza del collega alle varie procure di Bergamo e Roma in particolare, così come non ho mai commentato il dossier della consulenza del professor Crisanti sulla mancata attivazione del piano pandemico, su cui c'è stata una espressione precisa del tribunale dei ministri di Brescia che non ha individuato responsabilità, anche perché il piano Covid sostituì, nella predisposizione dei meccanismi di risposta, il piano pandemico antinfluenzale del 2006, che non venne ritenuto sufficiente per garantire un'attività seria di contenimento.

Su questo però, c'è una parte importante che viene alla luce da queste testimonianze: il collega Miozzo, che coordinava il Cts, e il collega Brusaferrò, che era il presidente dell'Istituto superiore sanità ebbero a dire di aver letto questo piano pandemico antinfluenzale 2006 solo a metà del 2020, praticamente a focolaio epidemico iniziale concluso.

Inoltre, non ho mai reso pubblica la risposta dell'Organizzazione mondiale della sanità alla rogatoria della procura di Bergamo che riguardava il ritiro del famoso rapporto di Venezia, elaborato - perlappunto - dai colleghi

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

dell'ufficio di Venezia; anche questa risposta alla rogatoria è contenuta nella chiavetta che vi consegno, così come una traduzione in italiano, che - mi perdonerete - ho dovuto elaborare da solo. Non è una traduzione ufficiale.

Non ho mai parlato neanche di altri due elementi: il primo è il caso del ventilatore meccanico. Cristiano Galbiati, che è un ottimo fisico italiano che lavora principalmente all'università di Princeton, mi chiamò il 20 marzo del 2020, offrendo un ventilatore meccanico innovativo che stava assemblando in maniera definitiva. L'offrì *pro bono* all'Italia data la crisi in atto. Io ho trasmesso l'intera corrispondenza per competenza (sono nove email in tutto) al direttore Borrelli e al commissario Arcuri successivamente. Io ero chiamato a fare il facilitatore, non certo a prendere decisioni di questo genere. Tutto questo è documentato; c'è un programma pilota canadese, con la prima fornitura che venne convogliata in Canada piuttosto che in Italia, visto che l'Italia non rispondeva, nonostante questo equipaggiamento fosse stato regolato positivamente dall'FDA sul canale emergenziale. Tramontata

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

la risposta italiana, la donazione venne eseguita a favore dei Paesi in via di sviluppo.

La seconda questione riguarda gli anticorpi monoclonali. Anche qui 10.000 dosi, ricorderete, vennero proposte dal professor Guido Silvestri dell'Università Emory di Atlanta all'Italia. Io trasmisi ovviamente, perché non era di mia competenza decidere, tutta la corrispondenza al ministro Speranza e, su sua indicazione, al dottor Ippolito e al direttore generale dell'epoca dell'Aifa, Nicola Magrini. Su questo c'è un interrogatorio della Corte dei conti - che ho ugualmente allegato - con un verbale dello stesso in merito a due vicende: l'omessa importazione a dono e l'ipotesi di danno erariale determinato da un acquisto successivo compiuto nel 2021 degli stessi anticorpi monoclonali, che ormai però non servivano a nulla, visto che la variante emersa nel gennaio 2021 non rispondeva a quel presidio.

Entro rapidamente nel Piano nazionale per la preparazione della pandemia influenzale. La cronologia: 2005, la WHO pubblica il «Global influenza preparedness plan»; nel 2006 viene redatto e approvato il Piano

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

nazionale, insieme alle misure di acquisizione e stoccaggio di vaccini e delle riserve nazionali di Tamiflu. L'oseltamivir era il farmaco di scelta in quel momento, venne procurato dal viceministro dell'epoca Fazio – il ministro era Sacconi - e venne messo nella disponibilità di un deposito sorvegliato dalle Forze armate in via dei Carri Armati.

Nel 2009 viene pubblicato il «Pandemic influenza preparedness and response», che aggiorna il piano del 2005. Nel 2013 viene pubblicata una guida ad interim sulla gestione dell'influenza pandemica, sempre dall'OMS; nel 2016 il Piano nazionale italiano viene riconsiderato e riconfermato in validità. Nel settembre 2017 lascio una nota - di cui ho parlato - al Ministro prima di andarmene. Sempre nel 2017 l'OMS pubblica la «Guidance for surveillance during an influenza pandemic» che segue e perfeziona il documento ad interim degli anni precedenti. Nel 2018 c'è una serie di documenti che vengono pubblicati sempre dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'European Center for disease prevention (ECDC), che

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

rappresentano linee guida e raccomandazioni sulla preparazione pandemica e una guida specifica sulla redazione di piani pandemici aggiornati.

Sempre nel 2017, a novembre, l'ECDC pubblica la guida alla redazione dei piani aggiornati per tutti gli Stati membri, visto che molti di questi, Italia compresa, erano fermi al 2006. Nel 2019 l'OMS conduce una revisione sui livelli di preparazione degli Stati membri e pubblica il risultato con un survey. Questa è la lista dei documenti pubblicati dall'OMS nel 2018: come vedete, c'è tutta una serie di elementi strutturati che mira a coordinare la risposta e soprattutto a dare una guida agli Stati membri su come elaborare piani coordinati, proprio riconoscendo il fatto che le epidemie non conoscono confini e quindi un tipo di omogeneità nella struttura dei piani era assolutamente richiesta e necessaria.

Quanto agli obblighi e alle responsabilità sugli aggiornamenti, la decisione dell'Unione europea 1082/2013, emanata dal Parlamento europeo nel 2013 con procedura legislativa specifica, prevedeva un obbligo di comunicazione con gli Stati, che dovevano consultarsi tra di loro e



comunicare, entro il 14 novembre 2014 e successivamente ogni tre anni, un aggiornamento sullo stato di avanzamento della pianificazione, non sull'aggiornamento eventuale dei piani pandemici. La decisione esecutiva venne emanata il 25 luglio 2014, con un questionario di autovalutazione da rinviare alla Commissione, sempre al Security committee, ogni tre anni. L'obbligo quindi era quello di comunicare, non di aggiornare, e non era cogente, se le misure a disposizione non fossero operative. Cito anche qui il testo della decisione.

La natura giuridica del piano pandemico è stata elaborata in molte sedi. Era un accordo Stato-Regioni, adottato dalla Conferenza Stato-Regioni in attuazione di raccomandazioni OMS non cogenti. È un accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 281/97, quindi uno strumento di coordinamento. Non è una fonte di diritto, ma uno strumento di negoziazione politica. La Cassazione penale ha escluso che l'accordo realizzasse una norma extra-penale in bianco.

La pochezza della decisione del 2013 viene criticata dalla stessa Corte dei conti europea nel 2016, tanto da portare poi alla stesura delle linee guida - citate - della fine del 2017 e all'abrogazione della stessa decisione nel 2021, con la pubblicazione di un regolamento vero e proprio relativo alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, dove esiste una competenza riconosciuta dell'Unione che, ricordo, non ha competenza viceversa sui sistemi sanitari degli Stati membri.

Il piano del 2006 non prevedeva alcun obbligo specifico di revisione; l'unico motivo di revisione citato era il cambiamento della situazione epidemiologica a riguardo dell'influenza epidemica e - aggiungo - anche al cambiamento della normativa. Mi riferisco in pratica al decreto legislativo n. 1 del 2018, recante il codice della Protezione civile, e al mutare dell'assetto tecnologico, quindi l'innovazione tecnologica per quanto riguarda soprattutto dispositivi di protezione individuale (DPI) e respiratori.

La decisione dell'Unione europea aveva un oggetto primario: il coordinamento dell'informazione: il coordinamento per quanto riguarda

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

l'interoperabilità dei sistemi di sorveglianza, quindi il meccanismo di scambio informativo tra gli Stati membri e l'ECDC. La comunicazione del luglio 2014 non fissa termini e non impone obblighi di revisione.

Sempre sulla normativa europea, c'era la previsione che gli Stati membri dovessero attivare sistemi di sorveglianza epidemiologica e virologica, ci fosse una partecipazione obbligatoria - questa sì - all'Health security committee con un meccanismo di acquisto congiunto di contromisure mediche: quindi parliamo di DPI, respiratori e mascherine.

Il Regolamento (UE) 2022/2371 estende la sorveglianza, rinforza il ruolo dell'Health security committee, che emette orientamenti e opinioni formali; estende l'ambito a ricerca, produzione, approvvigionamento e scorte strategiche e consente finalmente alla Commissione di dichiarare formalmente uno stato di emergenza sanitaria a livello europeo; non OMS, quindi, ma Commissione europea.

Problematiche nel piano ce ne sono molte e sono state individuate ampiamente, come il mancato finanziamento. Il finanziamento era pari a zero

in quel momento. Vi era poi il problema delle competenze regionali: le Regioni erano tenute a seguire il piano, ma in mancanza di risorse aggiuntive le centrali d'acquisto erano in sofferenza. Vi era poi un'attuazione parziale per gli stoccaggi di antivirali e soprattutto della convenzione sul *joint procurement* per i vaccini. Ricordate che l'ultimo piano del 2021 prevede, solo per la fase interpandemica, circa un miliardo di euro, mentre il piano del 2006 aveva un finanziamento pari a zero.

Quanto ai tentativi di aggiornamento, nell'agosto del 2018 il dottor D'Amario, su proposta di Maraglino, suggeriva alla ministra Lorenzin di redigere un nuovo piano pandemico sulla scorta delle indicazioni OMS pubblicate a marzo 2018. A settembre del 2018 D'Amario, con una nota dettagliata, richiede la designazione dei componenti per l'aggiornamento del piano nazionale, cosa piuttosto difficile perché i componenti erano interministeriali, della Protezione civile e delle amministrazioni regionali.

A gennaio del 2019, D'Amario presenta al ministro Grillo la proposta per altri piani, oltre alla richiesta di aggiornamento del piano pandemico.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Alla fine del 2019, secondo D'Amario, la bozza che qui cito del nuovo piano era pronta, ma tutto rimase fermo tra gabinetto, Bissoni, capo segreteria tecnica del ministro Speranza, e consulenti vari. D'Amario dichiara anche (anche qui cito) “ho ritrovato anche la lettera di richiesta di aggiornamento del piano al ministro Grillo: appunto al Ministro, aggiornamento piano pandemia influenzale”. Il commento finale ve lo dico per dovere, perché è virgolettato: “era un governo no-vax, poco sensibile a pandemie e vaccini”.

Qui ci sono competenze e responsabilità precise. Il Piano nazionale di difesa, già citato, tra Interno e Difesa, non fu mai attivato ed è raramente menzionato; anche i piani regionali che derivano dal piano 2006 nessuno ha pensato di attivarli. Tuttavia, c'è un elemento cruciale, documentato anche da pubblicazioni, oltre che da articoli di stampa: l'ospedale di Schiavonia, uno dei primi negli ambiti colpiti dalla Regione Veneto, applicò le misure di piano e non ebbe alcun contagiato, mentre la Lombardia trasferiva i positivi dagli ospedali alle RSA.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Sulla mancata attivazione del piano del 2020, il piano venne scartato ma non venne letto, esaminato e valutato da coloro che avevano la responsabilità di coordinare la risposta: cito sempre Crisanti. Il direttore generale dell'epoca aveva la responsabilità di coordinare e attivare, ma non ne conosceva la procedura di attivazione. Si è affermato che il piano a disposizione non era adatto a fronteggiare l'epidemia da Sars-Cov 2. Questo è vero: il coronavirus non è certamente un virus influenzale. Tuttavia le vie d'ingresso sono le stesse e sono vie respiratorie.

La tempistica: i documenti dimostrano come Brusaferrò, Miozzo e Urbani non avessero letto il piano prima di maggio o giugno, nonostante ne avessero ricevuto una copia a febbraio del 2020 da parte di Maraglino e Maraglino e Ippolito stesso lo avessero menzionato a gennaio del 2020 in task force del Ministero della salute. Non entro nella discussione del processo decisionale, ma riguarda quello che vi ho detto finora. Cerco di tagliare perché sono andato anche troppo lungo.

Vi do qualche elemento di lettura. Un piano Covid secretato è - dal mio punto di vista - inattuabile, soprattutto per una parte fondamentale che è la comunicazione alla comunità. È difficile proporre un qualcosa di cogente e limitante, come il lockdown di un certo tipo, se la comunità non viene informata dettagliatamente e in maniera esaustiva di come, perché, quando, dove, per quali motivi e per quale durata.

Le misure non farmacologiche: tutte le componenti non farmacologiche della risposta alla pandemia sono costanti e presenti sistematicamente in tutti i piani. La Repubblica di Venezia, durante l'epidemia di peste della metà del Seicento, in qualche maniera dettagliò queste misure, le formalizzò e da allora più o meno sono rimaste le stesse. Il Governo le avrebbe potute attivare già dal 5 gennaio 2020.

Una giustificazione: come vi dicevo, il Coronavirus non è un virus influenzale, è un virus che colpisce il sistema corporeo, colpisce vasi, colpisce il sistema nervoso, colpisce un po' tutto. È un virus sistemico da questo punto di vista, ma è comunque un virus a trasmissione respiratoria.

Le misure e i protocolli di contenimento di pronto soccorso sono gli stessi dell'influenza; ancora più determinante è l'adozione tempestiva di questi protocolli, data l'elevata contagiosità del Coronavirus rispetto all'influenza.

Cito anche il generale Lunelli, che a un certo punto se ne uscì dicendo (anche qui un virgolettato): “un piano di carta, quello del 2006. Chi doveva metterci i denari non lo ha fatto e si tratta ovviamente di decisioni di governo, non di singoli funzionari”.

Sugli aspetti normativi: non esisteva un obbligo giuridico cogente di aggiornamento. Il piano era uno strumento di coordinamento, non una fonte di diritto; l'obbligo europeo era comunicare, non aggiornare. Criticità notevoli sono state la mancanza di finanziamenti, lo scarto del piano senza un'adeguata valutazione tecnica, le dichiarazioni contraddittorie dei responsabili tecnici e la mancata attivazione dei piani alternativi esistenti.

Su questo, nonostante io sia stato accusato su tutta la stampa internazionale, oltre che nazionale, di non aver aggiornato il piano, nonostante non fossi più in servizio da quattro anni, anche i giornalisti di



«Report» se ne vengono fuori dicendo che non c'era nessun obbligo, per un cavillo della decisione europea.

Gli avvocati civilisti di Giletti, da me portati in tribunale civile per diffamazione, raccontano che: “tutti gli elementi sovraesposti, sebbene non costituenti un obbligo di legge (...)”, aggiungendo poi che nel corso delle puntate di Giletti nessuno ha mai affermato che il piano pandemico andasse aggiornato perché *contra legem*, bensì in quanto non aggiornato e pertanto inidoneo a svolgere le funzioni di prevenzione per le quali era stato creato.

Ho concluso, scusatemi molto per la lunghezza.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Guerra. Direi che è stata una buona sintesi tra contenuti e sinteticità di esposizione.

BORGHI Claudio (*LSP-Psd'Az*). Una volta arrivato al CTS, ci può descrivere la sua impressione? Chi comandava, chi guidava le operazioni, chi era lì semplicemente per fare numero? Glielo chiedo in modo tale da

capire un po' i ruoli in campo, dallo sguardo di uno che è arrivato all'interno di un organismo che era già operativo.

*GUERRA.* Questa è una domanda molto difficile che presuppone un certo livello di giudizio soggettivo. Ebbi l'impressione che ci fosse una sovrarappresentazione di colleghi del Policlinico Gemelli, comunque di tecnici validissimi presenti su Roma. C'era il collega Zoli che rappresentava le Regioni e che era il direttore dell'Agenzia regionale emergenza urgenza (AREU) Lombardia, quindi con un'enorme competenza tecnica, professionale e anche operativa. C'erano colleghi pediatri, c'erano colleghi pneumologi, colleghi di anestesia e rianimazione. C'era il Presidente dell'Istituto superiore di sanità, c'era il Presidente del Consiglio superiore di sanità, Locatelli, che tra l'altro era di Bergamo, quindi con una sua visura sulla parte domestica molto precisa.

A mio modo di vedere mancavano i quantitativi, mancava cioè - come dicevo prima - un rappresentante dell'Associazione italiana di

epidemiologia, uno statistico competente, nonostante ci fosse comunque la presenza in consultazione continua dell'Istituto superiore di sanità, che avete già auditato, perché i colleghi avevano già modellato e già elaborato, sulla base della sorveglianza di cui erano titolari, una serie di previsioni che poi più o meno ebbero luogo. Però, dal mio punto di vista, questa è una carenza seria, perché non garantiva il dibattito interno su quali fossero i numeri veri, quelli che ci si poteva aspettare, o i numeri che bisognava andare a investigare e identificare.

Lei pensi che il sistema di sorveglianza antinfluenzale, sulla parte dei vaccini, era ancora divisa in due in quel momento: c'era un sistema di sorveglianza a compilazione diretta via web da parte delle Regioni, che era stato adottato soltanto da quattro o cinque Regioni; tutte le altre andavano avanti ancora con un foglio Excel che compilavano e mandavano all'Istituto superiore di sanità. Quindi, errore umano, raccolta incompleta; il dibattito era un pochino monco su certe cose.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Ebbi poi l'impressione di una forte interlocuzione *a latere* - legittima, per carità - da parte del Governo e di rappresentanti di vari Ministeri e alcuni, non tutti, dei membri del Cts. Sinceramente non so dirle come fosse la catena di comando, ma mi ricordo, per esempio, che a un certo punto venne fuori da parte del Ministro dell'epoca una richiesta per la chiusura di tutte le manifestazioni teatrali e cinematografiche della stagione estiva del 2020. Io rimasi un po' perplesso e cercai esprimere un parere leggermente diverso e molto più pragmatico: andava bene chiudere i concerti rock, perché sappiamo come avvengono, con un sacco di ragazzi riuniti in uno spazio molto ristretto che si abbracciano, urlano e ballano. Per interesse e per bias personale, essendo di Verona, dissi che forse la chiusura dell'Arena e di tutta la stagione lirica non aveva molto senso, perché lo spettatore dell'opera si siede su gradini di pietra e non su sedute spostabili e, magari, se lo si fa sedere a una distanza di un metro e mezzo, due metri dall'altro spettatore, lì rimane, apprezza l'opera, non urla e non si dimena, ma semplicemente applaude, se gradisce lo spettacolo. Anche sui cinema la possibilità di

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

garantire una limitazione e una mitigazione del danno secondo me c'era. Poi, durante la stagione estiva, come lei ricorderà, vennero aperte le spiagge. Quindi, mantenere le spiagge aperte e mantenere chiusi certi eventi sinceramente mi ha lasciato un pochino perplesso, ma questa fu la decisione.

Devo dirle che formalmente le decisioni del CTS erano prese in maniera collettiva, quindi c'era un'unanimità formale, anche se c'erano dei distinguo dal punto di vista individuale e personale.

Vi è una parte che a me dispiace molto non essere riuscito ad attuare, che è la sorveglianza sulle acque reflue, che sarebbe stato uno strumento potentissimo, com'è stata poi adottata da altri Paesi. Il Governo federale americano lo adottò subito dopo, il Governo inglese lo adottò immediatamente, il Governo olandese lo adottò al punto che l'azienda per acqua e rifiuti olandese vendette poi alla città di Nairobi il sistema, guadagnando anche un sacco di soldi rispetto a quello che era un prototipo studiato e validato dall'Istituto superiore di sanità, ma liquidato perché ancora sperimentale. Mi dispiacque molto. Io cercai sistematicamente di

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

riportare all'ordine del giorno una decisione e un indirizzo del CTS nel merito, ma per qualche motivo non venne mai né dibattuto, né poi attuato. Quindi c'erano delle cose che evidentemente avevano luogo tra i componenti del CTS, che erano italiani, quindi appartenevano alla struttura del comando italiana.

Io ero in una situazione abbastanza difficile, perché facevo la parte del consulente esterno. Il mio ruolo era di collegamento con il processo interno all'Organizzazione mondiale e quello che poteva essere reso disponibile per supportare le decisioni del CTS: supportare le decisioni del CTS senza entrare nel merito.

Molto della redazione finale era affidato al presidente del Consiglio superiore di sanità, Locatelli, d'accordo con il coordinatore Miozzo.

BORGHI Claudio (*LSP-Psd'Az*). Però, la domanda sorge spontanea: questioni tipo l'analisi delle acque reflue, perlomeno a me piacciono come impostazione, perché sono oggettive; tante altre cose, come la questione dei

cinema o simili, probabilmente non avevano una vera e propria valenza scientifica, ma erano probabilmente improvvisate. Viceversa, la questione delle acque reflue ha una valenza oggettiva.

Sulla base di queste analisi, possiamo secondo lei dire che la narrazione che ci è stata trasferita, quella del famoso paziente uno che arriva dalla maratona di non si sa che cosa, poi infetta tutta Italia, probabilmente è una narrazione? Se risulta, infatti, che il virus fosse presente prima, presumibilmente quello era il paziente 10.000, non so.

*GUERRA.* Senatore Borghi, questa è un'ottima domanda. Col senno di poi ovviamente siamo bravi tutti, perché le evidenze scientifiche che si sono accumulate sono tali per cui adesso la lettura è diversa. Però, già al tempo era stato fatto un ottimo lavoro da parte di Galli ed altri da Milano, verificato anche dal Campus bio-medico a Roma, sull'individuazione delle cladi dei primi pazienti italiani. Le conclusioni furono che in Italia gli ingressi erano riconducibili a tre flussi diversi: Germania, Olanda e il terzo non me lo

ricordo più, ma le posso fornire l'articolo citato. Quindi, mai un ingresso diretto dalla Cina, ma mediato da Stati membri dell'Unione.

In secondo luogo, ci fu in quel momento un'esplosione di contaminazioni da altri Paesi, riconducibili a casi italiani, quindi viaggiatori italiani asintomatici, contaminati - ovviamente senza saperlo - in Egitto, in Brasile, per esempio, o in Tunisia, che erano stati identificati come il caso zero o il caso uno di quei Paesi. Forse ricorderà che ci fu anche un tentativo della Cina di dire che l'ingresso in Cina del Coronavirus era dovuto a prodotti congelati alimentari provenienti dall'Italia. Anche qui non commento.

Lei ha ragione nel dire che le acque reflue avrebbero dato un elemento di assoluta oggettività alla lettura. Il limite era che i campionatori devono essere posti dal gestore delle acque della singola località (il gestore delle acque non è nazionale, ma regionale o locale); i campioni vengono mantenuti soltanto per un certo periodo di tempo, poi vengono scartati; quindi risalire al 15 dicembre da parte dell'Istituto superiore di sanità ai campioni conservati



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

non vuol dire che non ci siano stati campioni contaminati precedentemente.

Non ce n'erano più perché erano stati buttati via.

L'altro limite grosso è che l'ambito di popolazione che viene campionato da questi campionatori è tra i 50.000 e i 200.000 soggetti; quindi, un po' troppi per permettere una valutazione molto dettagliata, ma anche in questo caso campionatori portatili e spettrofotometri portatili (4.000 euro l'uno) avrebbero potuto tranquillamente permettere, ad esempio, di porre campionatori in porti e aeroporti, stazioni ferroviarie e altre località, come i plessi scolastici, in modo tale da avere una valutazione immediata e oggettiva, indipendente dei tamponi, di quello che poteva essere l'ingresso del virus o anche una lettura non precisissima della prevalenza del virus in quella comunità.

BORGHI Claudio (*LSP-Psd'Az*). La ringrazio, era giusto a livello di curiosità, perché poi - per carità - mi rendo conto che da tante parti c'è questa enfasi sul livello di preparazione, ma visto che poi la cosa è diventata

mondiale, è un discorso che a me appassiona poco, perché non ne ho conosciuto uno di Paese che alla fine si sia salvato. Persino la nuova Zelanda o altri Paesi, che pure avrebbero avuto metodi più semplici per riuscire a gestire la situazione. Però è curioso, perché siamo stati molto tempo aggrappati a certe narrazioni provenienti da persone, con nomi e cognomi, che sembravano responsabili di tutto e poi hanno dato origine, oltretutto, a vicende comunicative non ottimali, da cui sembrava che quello che succedeva nel mondo fosse colpa dell'Italia.

Quando è arrivato lei, ha notato per caso una particolare influenza anche nelle decisioni o nella narrazione del CTS relativa alla Fondazione Kessler e al professor Merler? Qualora l'abbia notata, si è domandato perché un pur rispettabile istituto privato, o quantomeno una piccola Fondazione fosse assunta a fondamento di tante decisioni?

*GUERRA.* Lei mette il dito su una domanda che mi sono posto e a cui non ho risposto però. La domanda me la sono posta, perché io ho lavorato in

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Istituto superiore di sanità per molti anni, quindi conosco benissimo il livello di competenza dell'Istituto. L'Istituto, come il Ministero, è uno dei due terminali di quel famoso dpcm sulle sorveglianze di cui parlavo. Quindi, l'Istituto ha il compito di raccogliere, analizzare e valutare.

C'è da dire che l'Istituto aveva nel passato l'unico “laboratorio” o dipartimento di epidemiologia presente in Italia, quindi era uno dei più qualificati, se non il più qualificato a livello nazionale: era composto da epidemiologi e biostatistici, qualche medico di sanità pubblica, con una competenza quindi sull'analisi e sulla lettura della modellistica che non era presente in nessun altro posto. Era probabilmente uno dei comparti di eccellenza - chiamiamolo così - dell'Istituto in quel momento. L'Istituto non ha letti ospedalieri su cui proporre trial, quindi ovviamente guarda alla sanità pubblica nel senso più esteso del termine.

Il laboratorio venne chiuso, quindi gli epidemiologi vennero redistribuiti su vari programmi, però mantenevano una capacità tecnica, scientifica e soprattutto una oggettività e tempestività nella lettura del dato e

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

nell'interrogazione rispetto alle Regioni e ai dipartimenti di prevenzione aziendali che nessun altro ha.

Quindi, la domanda me la sono posta. Kessler è una fondazione estremamente rispettata, valida e qualificata, però non è un'amministrazione centrale dello Stato. Il collega della Fondazione Kessler è ben noto per essere un metodologo e un modellista di grande capacità, ma già allora c'erano modelli di riferimento che venivano elaborati dall'Imperial college, per esempio, o da altri soggetti in giro per il mondo, come l'università Hopkins, tanto per dirne una, che avevano più o meno la stessa impostazione e la stessa validità. Certo è che le previsioni elaborate dalla Fondazione Kessler più o meno sono state poi verificate sul campo, però non so darle nessuna risposta perché non ho seguito i lavori del CTS dal primo momento e - come le dicevo - tutto il pregresso era stato secretato e non mi era stato reso accessibile.

Mi permetta di dirne una sulla questione della preparazione. Io abitavo in Svizzera, a Ginevra, in quel momento. La Svizzera prese delle decisioni drastiche nei confronti dell'Italia, chiuse la frontiera con la Lombardia, salvo

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

riapirla dopo 48 ore, perché i 60.000 transfrontalieri quotidiani avrebbero messo in ginocchio la sanità Svizzera, proprio perché molti erano medici e molti infermieri.

La Svizzera impose alcune restrizioni, non complete, ma si affidò all'ordine svizzero, che è ben diverso rispetto all'ordine di altri Paesi. Ciononostante, permettetemi di evocare un'esperienza personale: la mia partner si ammalò con un Covid pesantissimo già a metà marzo, quindi in primissima ondata; io consultai i colleghi svizzeri dell'ospedale universitario di Ginevra, dove la portai per la prima volta, e dove la misero in un non isolamento, in una stanza comune con altre 50 persone, che credo venissero contagiate immediatamente da lei, perché era in fase molto attiva, e poi me la dimisero seduta stante, senza fare alcun esame, senza fare alcuna diagnosi e cercando di metterla su un taxi, accompagnandola su una sedia a rotelle, perché non si reggeva in piedi. Questo era il livello di competenza della clinica svizzera.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Mi rivolsi, per impostare una terapia, ai colleghi del Niguarda e ad altri colleghi italiani che avevano in quel momento, purtroppo, una grossa esperienza di gestione diretta; impostai una terapia che - sono convinto - le salvò la vita, anche se successivamente fu una delle prime long-Covid diagnosticata, con tutta una sintomatologia che se volete vi descrivo, ma fa parte di una tristissima esperienza. Vuole sapere che terapia?

**Presidenza del vice presidente GIRELLI**

PRESIDENTE. Siccome abbiamo esaurito le domande, semmai le riprendiamo. Siamo andati su un fatto personale che francamente non rientrava nella domanda.

BIGNAMI (*FDI*). Intanto ringrazio il dottor Guerra per l'estrema lucidità con cui ha illustrato tutto.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Chiedo alla Presidenza se è possibile verificare che i vari procedimenti da lui citati siano stati effettivamente trasmessi alla Presidenza nell'ambito delle attività istruttorie funzionali al completamento del quadro istruttorio utile ai lavori della Commissione, o se da parte delle autorità competenti vi sia stata qualche omissione voluta o non voluta (ormai qua ne vediamo tante). Questa è la richiesta che formulo urgentemente alla Presidenza.

In diversi aspetti lei ha richiamato, come in realtà è facilmente rinvenibile da fonti aperte (mi corregga se sbaglio), un aspetto riferito alla notifica. O meglio, facciamo un passo indietro e anche in questo caso mi corregga se sbaglio. L'articolo 6, comma 1, della Regolamentazione sanitaria internazionale (RSI) nella versione del 2005 recita che ogni Stato membro deve notificare all'OMS, con il mezzo di comunicazione più efficiente disponibile, tramite il punto focale nazionale per l'RSI ed entro 24 ore dalla valutazione delle informazioni sanitarie pubbliche, tutti gli eventi che possono costituire un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale all'interno del proprio territorio, in conformità con lo

strumento decisionale, nonché qualsiasi misura sanitaria adottata in risposta a tale evento.

Nell'illustrazione che lei cortesemente ci ha fornito, ma come in realtà è anche rinvenibile in diverse fonti aperte (il suo libro, quello dell'ex ministro Speranza, le dichiarazioni del dottor Merler), oggi lei ha parlato dell'esame delle acque reflue, che potrebbe anche essere una verifica, anzi, sicuramente è una verifica fatta *ex post*, perché uno non può fare un'indagine su acque reflue senza sapere cosa deve andare a cercare. È chiaro che le indagini che avete svolto erano finalizzate a rinvenire un'eventuale presenza nelle acque reflue del virus, che poi sarebbe stato ribattezzato SARS-CoV-2 o Covid-19 (come piace maggiormente alle autorità cinesi). Tuttavia, da tutti questi elementi che ho citato prima (Speranza, Merler, eccetera), pare evidente e addirittura è stato detto che già da inizio dicembre c'era qualcosa. Speranza nel libro dice che tutto il mese si susseguivano voci sulla presenza di un nuovo virus. Merler invece dice: noi avevamo già iniziato a studiare



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

eventuali scenari predittivi da metà di gennaio, affondando su dati attinti a metà dicembre.

Se non ricordo male, la Cina ha dato notifica il 31 dicembre all'OMS.

Nella sua esperienza, come valuta il fatto che la Cina abbia notificato il 31 dicembre, benché, come evincibile *ex tabula*, ma anche da quello che abbiamo avuto modo di ascoltare, la presenza di questo virus di eziologia non conosciuta - per usare l'espressione impiegata allora - non fosse stata in effetti notificata tempestivamente, a questo punto, dalla Repubblica popolare Cinese?

*GUERRA*. Quello che è accaduto nel processo di notifica da parte cinese e di ricevimento da parte del Direttore generale del Comitato per l'emergenza io sinceramente non lo so. Ve lo direi nonostante le proibizioni dei colleghi di Ginevra, ma proprio non lo so.

Ho preso atto che il 31 dicembre è arrivata questa notifica; ho preso atto che c'è stata una mobilitazione immediata a seguito di questa notifica da

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

parte del dipartimento emergenza dell'Organizzazione, con l'attivazione, ovviamente, dell'ufficio OMS di Pechino, che forniva informazioni validate dall'evidenza del momento.

Cosa possa essere accaduto prima e come l'evoluzione diagnostica certa su questo nuovo virus possa essere stata condotta, sinceramente non lo so. So che il direttore Ghebreyesus, a un certo punto, visto che il comitato che doveva dargli delle indicazioni sulla dichiarazione d'emergenza internazionale non aveva una maggioranza espressa né per il sì, né per il no, viaggiò in Cina e andò a verificare di persona; all'indomani del suo rientro a Ginevra riconvocò il comitato e dichiarò l'emergenza. La dichiarò giustificandola col fatto che esisteva un'evidenza di trasmissione interumana fuori dai confini cinesi. I regolamenti sanitari servono proprio questo: a impedire che dal livello nazionale si passi al livello internazionale e al livello esteso. C'erano stati - mi sembra - una quindicina di casi in Vietnam che erano stati ricondotti a trasmissioni interumane e quindi c'era una

giustificazione per la dichiarazione d'emergenza. Questo è quello che le posso dire.

Sull'acqua reflua “ni”, nel senso che tutta la procedura e la validazione risalgono a metà marzo, abbastanza precocemente rispetto al picco che, come lei ricorderà, venne raggiunto ai primi di aprile, grossolanamente; da lì in poi l'epidemia è discesa progressivamente, ma si mantenne con la seconda e la terza ondata.

C'erano state segnalazioni con il sistema di sorveglianza per l'influenza su patologie particolarmente gravi e serie: questo sì. Erano state segnalazioni che, però, non avevano il supporto di una diagnosi microbiologica confermata, proprio perché non c'erano reagenti, non c'era la cognizione che fosse qualcosa di diverso. Più di questo sinceramente non so dirle.

BIGNAMI (FDI). Mi sembra già interessante che il codirettore o assistente generale non sappia spiegarsi e spiegarci la mancata attivazione delle

previsioni di cui all'articolo 6; lo dico perché avrebbe potuto dirci che non c'erano le condizioni, ma apprezzo la sincerità.

Nel verbale della task force dell'11 febbraio 2020, il ministro Speranza - anche qua leggo - dice: “Il tema del diritto alla salute resta obiettivo primario, tenendo conto comunque delle legittime ripercussioni economiche e dell'intrattenimento delle relazioni diplomatiche con la Cina”. Secondo lei, quindi da parte di un osservatore qualificato, che rilevanza hanno, nell'ambito di una task force che nasce evidentemente con la finalità, così come dichiarato nel comunicato stampa istitutivo del 23 gennaio 2020, di presidiare il tema Covid-19 o SARS-CoV-2, le ripercussioni economiche e l'intrattenimento relazioni diplomatiche con la Cina? Glielo chiedo dal punto di vista di osservatore qualificato in ambito sanitario internazionale.

*GUERRA.* Da un certo punto di vista, i regolamenti sanitari internazionali servono proprio a quello: a creare un clima di fiducia reciproca tra Stati, in modo tale che i controlli che vengono messi in atto da uno Stato siano

riconosciuti e valutati anche da tutti gli altri nella comunità internazionale. Pertanto, nel momento in cui la Cina dichiara una situazione epidemica, si presuppone che la Cina metta in atto tutti gli elementi di controllo che sono necessari per impedire la propagazione dell'epidemia, tant'è vero che, come le dicevo, gli unici studi attendibili sull'ingresso in Italia parlano di Germania, di Olanda e di un altro Paese che non ricordo, ma sempre di uno Stato membro e non della Cina. I due cinesi contaminati che vennero isolati allo Spallanzani non contagiarono praticamente nessuno; non c'è una traccia della ricostruzione del genoma virale di quella clade che siano riscontrabili in Italia.

Questo penso che sia importante sottolinearlo, perché lei ricorderà che ci fu una sospensione dei voli diretti dalla Cina in Italia, che dal mio punto di vista non significavano assolutamente nulla, perché avrebbe dovuto essere quantomeno un'iniziativa a livello europeo. Proprio per il fatto che gli altri Stati membri non chiusero assolutamente nulla, in effetti noi venimmo contaminati attraverso l'ingresso da altri Stati membri. Anche in questo caso

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

ci fu una falla di quella decisione europea del 2013, che non permise l'adozione, da parte del Security committee, di qualcosa che fosse condiviso tra tutti gli Stati membri. Poi le espressioni commerciali lasciano un po' il tempo che trovano, ma la lettura dal punto di vista tecnico è esattamente questa: o c'è un provvedimento a livello europeo, oppure non serve a molto, perché non si controllano le frontiere terrestri tra gli Stati membri e dagli Stati membri entra qualsiasi cosa.

BIGNAMI (*FDI*). Lei ha detto «si presuppone che la Cina», come per dire che noi non stiamo ad indagare se effettivamente la Cina ha rispettato o meno certe misure. A suo giudizio la Cina ha attivato tutti gli strumenti che la regolamentazione sanitaria internazionale aveva posto come presidio di un'eventuale situazione come quella che poi abbiamo dovuto affrontare, oppure vi è stato un comportamento - glielo chiedo dall'osservatorio privilegiato che lei aveva in OMS - non pienamente consono?

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

*GUERRA.* Anche in questo caso mi chiede un giudizio a distanza. Io ero a Kinshasa, precisamente a Goma, viaggiavo nella Repubblica democratica del Congo e avevo altri problemi rispetto a questi. Notavo a distanza, però, l'attivazione degli ospedali di contenimento da parte cinese a Wuhan tra gennaio e febbraio, i primi due mesi di epidemia, quindi non ho nessun riscontro da questo punto di vista.

Anche il dialogo con i colleghi dell'OMS a Pechino era molto limitato e saltuario, quindi non ero al corrente di valutazioni dirette sul campo di quello che poteva essere l'apparato impiegato dalla Repubblica Popolare Cinese. Tuttavia credo, sempre con il senno di poi, avendo visionato filmati e altri documenti, che la Cina avesse prodotto uno sforzo notevolissimo per isolare e contenere il virus nell'area di Wuhan. Si applicano, però, alla Cina gli stessi elementi di criticità che sono stati applicati a noi e a tutti gli altri Paesi del mondo: l'asintomatico, il vero vettore del contagio, per definizione lei non lo può identificare se non attraverso tamponi estesi a tutta la popolazione. Mi riferisco in poche parole a quello che fece Crisanti all'inizio

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

dell'epidemia in Regione Veneto, tamponando praticamente tutti gli abitanti del paese dov'era stato verificato il primo caso di contagio clinicamente diagnosticato, in modo da capire quale fosse l'estensione vera dell'infezione. Tamponare 1.500 abitanti è una cosa, tamponarne 11,5 milioni ovviamente è un'altra cosa, pur con la capacità logistica della Cina.

Il problema secondo me è proprio questo: con questo virus, per quante misure si potessero intraprendere, avendo un 60 per cento di asintomatici o di paucisintomatici, era enormemente difficile proporre attività di contenimento molto efficaci. Un conto è avere un caso di Ebola, con tutta quella che è la manifestazione clinica, un conto è avere un caso di Covid-19 da SARS-CoV-2, con tutta quella che è la differenza dal punto di vista del sintomo e dell'evoluzione clinica.

Le dico un'altra cosa su cui mi ero particolarmente intestardito con i colleghi dell'OMS. Mi riferisco alla definizione di caso, che passava attraverso certe procedure e certe validazioni; dal punto di vista clinico, quindi prima della validazione diagnostica, chiesi espressamente alla collega



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Van Kerkhove che cosa volesse dire paucisintomatico o sintomatico tardivo, che sono espressioni che dal punto di vista medico non hanno alcun senso. Perché, quando uno diventa sintomatico, prima era paucisintomatico e poi diventa sintomatico? È una situazione particolarmente difficile dal punto di vista del contenimento epidemiologico.

BIGNAMI (*FDI*). Lei, con grande garbo, ci ha ricostruito il quadro, ma la domanda era se, dal suo osservatorio privilegiato di direttore generale aggiunto, lei ritenesse che la Cina avesse attivato tutti gli strumenti, compresi quelli dell'articolo 6, che - come lei giustamente ricorda - è funzionale al contrasto a eventuali emergenze internazionali. Tuttavia, l'articolo 6 (vado a memoria, ma credo che sia così, in caso lo rileggiamo) parla di situazioni nazionali che costituiscono minaccia. Quindi, è evidente che il bacino iniziale è nazionale, quindi quella che poi è stata l'evoluzione comporta o che hanno sbagliato nel considerarlo una minaccia internazionale, oppure che non hanno attivato i presidi.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Da qui, appunto, la domanda: secondo lei, come alto funzionario OMS, hanno fatto i compiti o hanno mancato? Per essere precisi, la domanda è sempre sul filo logico di quello che ho detto prima: la Cina invia notifica all'OMS, con tutti gli strumenti - abbiamo letto prima la norma - il 31 dicembre. Abbiamo elementi narrativi che ci dicono che si sapeva già e che c'erano queste voci; effettivamente queste voci erano fondate dai riscontri che voi avete poi effettuato (*ex post* o *ex ante*, ma comunque sono stati effettuati). La Cina il 31 dicembre dà notifica, ma questa diffusione c'era già. Ricordiamoci che, se non ricordo male, il 9 novembre il Ministro della salute cinese venne in Italia in visita al ministro della salute Speranza e quindi, se questa situazione vi era già - e tutto lascia intendere che già vi fosse - e il Ministro della salute cinese, come temo, non ha detto nulla al Ministro della salute italiano, forse non c'è stato quel puntuale adempimento. Ma questa è già un'allusione e quindi la tengo per me.

La domanda torna ad essere la seguente: a fronte della notifica effettuata il 31 dicembre, ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento sanitario

internazionale, e a fronte tuttavia della ricorrenza e sussistenza di casi già evidenti di diffusione interna ai confini cinesi del virus, a suo giudizio (parliamo quindi di una delle figure apicali dell'OMS), la Cina ha operato in maniera consona, o aveva gli strumenti per attivare prima gli *alert* dell'OMS?

*GUERRA*. Anche su questo mi dispiace deluderla, ma, per quanto apicale io fossi, ero in un altro luogo geografico ed ero incaricato di un'altra serie di attività.

I colleghi dell'emergenza dell'OMS, una delle strutture interne più importanti dell'organizzazione, erano quelli che tenevano il contatto e che ricevevano la denuncia e su questo azionavano la loro attività di intelligence. L'OMS, infatti, così come i nostri militari e come avevo tentato di far fare al nostro Ministero della salute, si avvale non soltanto di uno strumento declaratorio formale dello Stato, ma anche di tutta una serie di altre fonti secondarie e terziarie per capire cosa sta accadendo (fonti di stampa e così

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

via). Se dovessi dirle io cosa avrei fatto, sempre con il senno di poi, forse la dichiarazione d'emergenza l'avrei fatta la settimana prima.

BIGNAMI (*FDI*). Nell'illustrazione lei ha riferito quello che, anche in questo caso, era un fatto notorio, però è interessante che nella sua lucidità espositiva lo abbia inserito in un contesto molto puntuale. Miozzo, Brusaferro e altri hanno detto qualcosa del tipo: noi abbiamo letto il Piano pandemico del 2006 a metà del 2020. Dico bene? Come potevano Miozzo e Brusaferro, che erano due persone che avevano un ruolo all'interno degli organismi posti a presidio della sanità nazionale, escludere l'utilità del Piano pandemico del 2006, se non lo avevano letto?

*GUERRA*. Questa è una domanda che dovrebbe essere rivolta a loro. Io ho soltanto preso atto di quella che è una testimonianza e di un virgolettato della perizia Crisanti e dell'istruttoria di Bergamo. Sinceramente avevo chiesto anch'io sia a Miozzo che a Brusaferro perché non avessero seguito tutta la

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

linea di attivazione precoce della preparazione su un'ondata epidemica che è presumibile arrivi.

Lei ricorderà che ci furono dichiarazioni iniziali di grande ottimismo.

BIGNAMI (*FDI*). Cosa le risposero?

*GUERRA*. Non mi risposero. Mi risposero: no, non l'abbiamo letto. Magari faceva parte di procedure segretate, questo non glielo so dire, però ci fu un'interlocuzione con alcuni colleghi a riguardo delle loro dichiarazioni di grande ottimismo, che forse giustificano anche la cautela dell'OMS e degli altri Paesi. A fronte di un tasso di letalità compreso tra lo 0,6-0,7 e il 2 per cento, limitato a persone molto anziane e con polimorbosità, le dichiarazioni iniziali furono infatti di grande ottimismo, ovvero: non ci può spaventare una cosa che sembrerebbe essere un pochino più seria di un'influenza comune. Ve lo ricorderete questo, perché è agli atti di tutta una serie di validissimi colleghi, a cui io poi dissi di stare attenti, perché il 2 per cento di 50 persone

contaminate è una cosa, il 2 per cento di 10 milioni è un'altra cosa. Dissi quindi che si dovevano valutare non soltanto i tassi, ma anche i numeri assoluti. È di numeri assoluti che stiamo parlando per quanto riguarda il Covid-19, perché l'elevatissima trasmissibilità del virus dà conto di quello che è accaduto: rapidità e contagiosità. A fronte di 10 milioni di contaminati in Regione Lombardia, lei capisce bene che il numero di decessi e il numero di ricoverati nei pronto soccorso e nelle strutture ospedaliere della Regione Lombardia sono stati quelli che abbiamo visto.

COLUCCI Alfonso (M5S). Dottor Guerra, tutto questo però conferma che lo European centre for disease prevention and control (ECDC), che è l'organismo europeo preposto a cooperare con gli Stati nazionali per una più efficace risposta alle questioni sanitarie, il 12 febbraio ancora comunicava un rischio basso. Come si concilia questa comunicazione formale del 12 febbraio con un quadro che lei mi sembra disegni in maniera un pochino più allarmistica?

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

*GUERRA.* Onorevole Colucci, dal mio punto di vista non si concilia per niente, nel senso che sono rimasto veramente molto sorpreso rileggendo le valutazioni di rischio espresse dall'ECDC sistematicamente, perché capisco essere state valutazioni di rischio determinate dal riporto dei casi diagnosticati; tuttavia, a fronte di un virus poco conosciuto e dell'evidenza di quello che stava accadendo in Cina, se non altro dalle fotografie aeree degli ospedali di contenimento che stavano costruendo, io avrei adottato un po' più di cautela. Pertanto, la valutazione di rischio dell'ECDC va letta - ripeto, dal mio punto di vista strettamente medico e professionale - come una falla di cautela che non ci sarebbe dovuta essere.

*COLUCCI Alfonso (M5S).* Però dal suo punto di vista, questa volta di alto dirigente dell'OMS, come giustifica il fatto che l'OMS solo l'11 marzo abbia dichiarato lo stato di pandemia e quale attività lei ha svolto perché questa

dichiarazione di pandemia fosse anticipata, così come sembrerebbe leggersi dalle sue parole oggi?

*GUERRA.* Lei sa che la dichiarazione di pandemia non è un atto formale. L'atto formale è la dichiarazione di emergenza di sanità pubblica internazionale, quella che venne emanata il 30 gennaio. “Pandemia” è nome generico di cosa, mentre “emergenza di sanità pubblica internazionale” è una locuzione propria, con tutto quello che deve accadere ai sensi dei regolamenti sanitari. La dichiarazione di pandemia prende atto del fatto che ormai la trasmissione interumana, a livello di molti Paesi, si stava espandendo sempre di più. Questo è il punto.

Cosa ho fatto io? Io ho agito secondo il mio mandato: dal 12 marzo in poi, l’ho fatto lavorando all'interno del CTS e riportando all’Organizzazione mondiale della sanità, nella fattispecie al direttore generale Ghebreyesus e al direttore regionale dell'OMS Europa, Kluge, l'andamento della situazione in Italia, proponendo all'Italia poi, analogamente, le raccomandazioni e le linee



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

guida a procedere dell'OMS. Non ho nessun potere decisionale su una dichiarazione di pandemia o una dichiarazione di emergenza di sanità pubblica internazionale. Come ripeto, la struttura preposta a questo era il Comitato, che assiste - ed è un comitato indipendente, non interno all'OMS - il Direttore generale in questo tipo di situazione, e la divisione emergenza dell'OMS, che è la più cospicua, anche in termini di dotazione personale e di ramificazione esterna.

COLUCCI Alfonso (M5S). Mi interessa molto la sua annotazione per la quale la dichiarazione di pandemia non sarebbe un atto formale, perché invece un documento del 2017 dell'OMS, il «Pandemic influenza risk management», individua esattamente proprio due fasi nella struttura di una risposta a un evento pandemico. La prima fase è quella di allerta e la seconda ha inizio, secondo questo documento, con la dichiarazione di stato pandemico (*declaration of pandemic*), che è basata su un'attenta valutazione del rischio.

Le chiedo: come può sostenere che la dichiarazione di pandemia non sia un atto formale, quando è formalmente prevista nell'articolazione di un documento ufficiale dell'OMS, quale quello che le ho citato del 2017?

*GUERRA*. Il titolo del documento è «Pandemic influenza risk management», dove *pandemic* è l'aggettivo di influenza. L'influenza ha capacità pandemica, ovvero non stiamo parlando dell'influenza stagionale. Questo deve essere un punto molto chiaro.

*COLUCCI Alfonso (M5S)*. Stiamo parlando di Covid, dottor Guerra, non di influenza.

*GUERRA*. Sì, ma lei ha citato il documento «Pandemic influenza risk management» e le facevo conto che in quel testo *pandemic* è l'aggettivo di influenza. Quindi, da questo punto di vista non cambia assolutamente nulla nelle procedure, perché quello che conta - ripeto - è la dichiarazione di

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

emergenza per un problema di sanità pubblica internazionale. È quello che attiva le procedure previste dai regolamenti sanitari internazionali. Non so se mi sono spiegato.

COLUCCI Alfonso (*M5S*). Non si è spiegato, dottore, perché secondo la sua prospettiva la dichiarazione di pandemia relativa al SARS-CoV-2 non avrebbe avuto una base giuridica da parte dell'OMS. Sta sostenendo questo?

*GUERRA*. No, onorevole Colucci, sto sostenendo che non ha cambiato di fatto quello che stava già avvenendo dal 30 gennaio per quanto riguarda l'applicazione dei regolamenti sanitari internazionali. Prendere atto che esiste un'emergenza di sanità pubblica internazionale, che si traduce o non si traduce in una pandemia, non altera quello che i regolamenti sanitari prevedono.

COLUCCI Alfonso (M5S). È come se lei ci stesse dicendo che la risposta italiana, che ha determinato la dichiarazione dello stato di emergenza il 31 gennaio, fosse estremamente anticipatoria rispetto alla dichiarazione di pandemia dell'OMS. Questo lei ci sta dicendo?

Mi chiedo solo se vogliamo chiarirci l'intento: se è quello di approfondire e di capire, allora bene, se invece è quello di fare una questione matematica, allora mi fermo. Qual è l'obiettivo di questa Commissione? Vogliamo approfondire? Diamo la possibilità all'audito di rispondere.

*GUERRA*. La dichiarazione d'emergenza italiana è stata assolutamente tempestiva, perché il 30 gennaio c'è stata la dichiarazione di emergenza internazionale da parte dell'OMS e il 31 gennaio la Repubblica Italiana ne ha preso atto e ha fatto la dichiarazione d'emergenza con assoluta tempestività. Quando è stata dichiarata la pandemia, anzi quando il direttore generale Ghebreyesus ha detto che eravamo di fronte ad un evento pandemico, non è cambiato niente dal punto di vista dell'Italia e di quanto gli Stati membri

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

hanno fatto e eseguito, perché si erano già attivati in maniera corretta all'indomani del 30 gennaio.

Dal punto di vista esclusivamente personale, come giudizio individuale, io avrei dichiarato l'emergenza alla prima riunione del comitato, quella che non diede al direttore generale Ghebreyesus indicazioni definitive. Sarebbero stati quindici giorni guadagnati da questo punto di vista, che forse qualche cosa avrebbero portato, perché avrebbero dato due settimane ulteriori.

Mi permetta però di dire che siamo sempre al 31 gennaio; poi siamo passati a febbraio, quando qualcosa poteva anche accadere in termini di preparazione e strutturazione di un programma di mitigazione.

**Presidenza del presidente LISEI**

ZAMBITO (PD-IDP). Signor Presidente, ringrazio il dottor Guerra per tutto il suo impegno e mi rendo conto di quanto sia stato effettivamente

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

incomprensibile per una persona che ha la sua esperienza e anche il suo curriculum dover girare per tribunali anni e anni. Le volevo quindi dimostrare la mia umana comprensione. Ai servitori dello Stato che si sono ritrovati a lavorare 24 ore su 24, in una situazione internazionale così complicata, io dico grazie; poi gli errori li commettono tutti, ci mancherebbe; chiunque avrà commesso degli errori, non lo so, siamo qua per accertarli e soprattutto per evitare di ripeterli in futuro.

Vorrei chiederle se ha memoria di quando effettivamente abbiamo appreso che la mortalità del virus era attorno allo 0,6-2 per cento, come ci ha detto prima, e che colpiva prevalentemente le persone anziane e con comorbidità.

*GUERRA*. Non le so dire una data precisa; dovrei consultare l'archivio degli articoli che ho raccolto, che sono un migliaio, ma certamente dalla Cina erano già emersi dati in questo senso intorno al 20 gennaio, diciamo metà-

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

fine gennaio. Erano già elementi noti, almeno dal punto di vista dei lavori pubblicati.

GIRELLI (PD-IDP). Signor Presidente, volevo riferirmi al piano pandemico, perché anche prima più volte si è ritornati sul fatto che non è stato tenuto in considerazione. In realtà, nelle audizioni precedenti, in più occasioni è emersa l'inutilità di quel piano pandemico, che era concepito su tutt'altro tipo di pandemia e soprattutto, se confrontato con quello che ha rappresentato la novità del Covid, anche se fosse stato rivisto il giorno precedente, sarebbe servito davvero poco. Dal suo punto di vista questa è una lettura corretta?

GUERRA. Sì e no; sì, perché certamente un virus del genere ha capacità completamente diverse rispetto a un virus influenzale, non tanto dal punto di vista dell'ingresso, che è sempre per le vie respiratorie superiori, quanto dell'andamento clinico e dell'attacco sistemico su tutti i distretti del corpo,

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

rispetto a quello che fa il virus influenzale, ordinario o pandemico che dir si voglia.

Dal punto di vista delle due componenti di un piano di mitigazione e contenimento, noi abbiamo due filoni: uno terapeutico e uno preventivo. Il filone terapeutico e diagnostico si fonda sulla disponibilità di farmaci; farmaci che sono stati progressivamente messi a punto, come vaccini, anticorpi monoclonali eccetera, che in quel momento ovviamente non c'erano. Dal punto di vista preventivo, però, le ripeto e le confermo che le misure non farmacologiche di piano sono praticamente sempre le stesse da duecento anni. Il punto non è definirle, ma definire quando attivarle, in modo tale che siano misurate per un contenimento.

Non so se mi sono spiegato. Il vecchio piano pandemico ha delle misure non farmacologiche di sanità pubblica che sono grossolanamente quelle dei piani che si sono succeduti: quello del gennaio 2021 e quello più recente, che credo sia ancora in discussione presso la Conferenza Stato-



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Regioni. Grossolanamente parliamo sempre di distanziamento, pulizia delle mani, mascherine, luoghi chiusi, luoghi aperti, eccetera.

GIRELLI (PD-IDP). Vorrei approfondire questa risposta. Secondo lei quanto è stato messo in atto nell'affrontare l'emergenza si è discostato da quello che era previsto dalla generalità di un piano, come lei ha richiamato, per la parte non farmacologica, cioè organizzativa? È stato fatto qualcosa di diverso da quella che è la prassi e dalla buona consuetudine di quello che, basandomi su quanto lei ha detto, sembra essere parte di qualsiasi piano?

GUERRA. Sull'attuazione delle misure, indipendentemente dal fatto che appartenessero a un piano, a protocolli o a circolari ministeriali c'è molto da dire, perché ogni anno lei sa che il Ministero della salute emana circolari, raccomandazioni e linee guida sulla gestione dell'influenza. Come detto, il SARS-CoV-2 è a ingresso respiratorio, quindi una buona prassi applicata per la prevenzione dell'influenza dovrebbe in qualche modo garantire anche la

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

protezione da questo virus. Le parlo, non a caso, di quello che l'ospedale di Schiavonia fece, perché attuò i protocolli che in fase epidemica stagionale prevedono che ogni paziente che arrivi in pronto soccorso con sintomi respiratori venga sottoposto a mascheramento, isolamento e a tutta una serie di procedure ben note a chiunque faccia attività di pronto soccorso. Il protocollo prevede anche che il personale sia dotato di dispositivi di questo genere, nonché dei passaggi sporco-pulito per quanto riguarda l'ammissione e il trasporto in reparto di isolamento e con procedure di isolamento di pazienti con questa sintomatologia.

Quindi, se devo dirle se siano state correttamente applicate le previsioni delle circolari e delle raccomandazioni, oppure le previsioni del piano pandemico 2006 o le previsioni del piano Covid, stiamo parlando delle stesse cose. Ci sono state, però, strutture ospedaliere che hanno adottato in pieno queste procedure e strutture ospedaliere o RSA che queste procedure non le hanno applicate e le conseguenze, purtroppo, le abbiamo viste.

BIGNAMI (*FDI*). Nella narrazione del suo libro, direttore, lei afferma - non sto a riprendere parti precedenti - che il 31 gennaio 2020 il ministro della salute Roberto Speranza ricevette un messaggio molto dettagliato dalla rappresentanza italiana a Ginevra, alla stesura del quale aveva contribuito. Al suo interno, tra l'altro, si parlava di raccomandazioni temporanee di forte valenza politica e pratica (viaggi internazionali, commercio di beni, misure di quarantena, screening e protocolli di cura), con le richieste trasmesse alla Cina e le indicazioni fornite a tutti gli altri Paesi per accelerare i preparativi per l'identificazione, l'isolamento e il contenimento dei casi, anche attraverso strategie di *contact tracing* per prevenire ogni ulteriore diffusione. Poi parla degli aeroporti, dicendo che lei - se non ricordo male - si era dichiaratamente espresso contro la chiusura dei voli diretti dalla Cina, ritenendo che fosse più importante la chiusura di quelli indiretti. Poc'anzi lei ha detto anche - rispondendo alla domanda, credo, del collega Colucci - che a febbraio qualcosa si poteva fare. A febbraio, anche rispetto a questa

comunicazione della rappresentanza italiana a Ginevra, è stato fatto quanto era suggerito o prescritto?

*GUERRA.* Onorevole Bignami, purtroppo torniamo alla stessa questione. Io a febbraio stavo a Kinshasa, in Congo, quindi sinceramente non lo so.

Venni chiamato dall'ambasciatore Cornado, che era il rappresentante italiano presso le organizzazioni internazionali a Ginevra, per collaborare alla stesura di questa comunicazione, che prendeva atto di una serie di attività iniziate altrove, le raccomandava e le proiettava poi sul piano italiano. Sinceramente non lo so, però, come ho detto, avendo visto come venivano trattate le partite di calcio e certe attività di intrattenimento - chiamiamole così - sono rimasto un po' perplesso.

*BIGNAMI (FDI).* Signor Presidente, in realtà vorrei fare una puntualizzazione. Anche nella risposta precedente il direttore ha forse contestualizzato la mia richiesta di valutazione nel momento in cui queste

misure vennero prese; certo, è più semplice fare una valutazione *ex post*, ma io le chiedo proprio questo.

Lei - se non ricordo male - il 30 gennaio 2020 partecipa alla riunione della task force?

*GUERRA*. Non era il 30 gennaio.

*BIGNAMI (FDI)*. Era il 27,28 o 29. Insomma, intorno al 30 gennaio, a fine mese, lei partecipa alla riunione della task force. Questo lo so, perché lo dice il ministro Speranza nell'informativa che rassegna alle Camere il 31 gennaio 2020; di questo sono abbastanza sicuro. Dice appunto che il dottor Ranieri Guerra partecipa alla task force.

Lei nel suo libro dice di aver partecipato alla redazione della nota trasmessa dal rappresentante italiano a Ginevra. Io non le ho chiesto se il 1°, il 2, il 3, il 5 o il 10 febbraio lei disaminava l'effettiva applicazione delle indicazioni che voi avevate impartito. Fermo restando che, se non ricordo

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

male, dal 20 o 21 febbraio, o successivamente, lei prese anche parte al CTS (forse più avanti), le chiedo: oggi, con il senno di oggi e guardando la fotografia di ciò che è accaduto, visto che avete fissato cosa andava fatto, lei ci può dire se è stato fatto? Questo ce lo può dire perché oggi non è a Kinshasa, in Congo, ma è qui.

PRESIDENTE. Se è stato fatto a febbraio, immagino.

BIGNAMI (*FDI*). Se è stato fatto, poi mi dirà il dottor Guerra se e quando è stato fatto, perché lui poc'anzi ci ha detto che a febbraio qualcosa poteva essere fatto.

*GUERRA*. Preciso - come già proiettato - che io ho partecipato per due ore a una riunione della task force il 27 gennaio, in transito aeroportuale; il 12 marzo sono arrivato in CTS, quindi non a metà o fine febbraio. Il 12 marzo, con lockdown già decisi e già implementati.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Quello che intendevo dire con la frase «poteva esser fatto qualche cosa» è più che altro che qualche cosa poteva non essere fatto: potevano non essere permessi certi assembramenti; potevano non essere autorizzati gli svolgimenti di partite di calcio come quella che abbiamo descritto; potevano non essere attivati gli hashtag #Milano non si ferma e #Bergamo non si ferma e così via. Questo per un motivo molto semplice, perché qui non si tratta di sfidare un virus, ma di prendere atto di quanto può accadere e di prepararsi affinché quello che può accadere possa accadere in misura ridotta o non accadere per niente.

Le ripeto che, rispetto a cosa è stato fatto, i verbali del CTS ci dicono che è stato preparato un piano Covid, sono state discusse misure di contenimento, sono state prese decisioni sui lockdown parziali e successivamente totali, quindi indubbiamente delle cose sono state fatte. Non è stato bloccato, per esempio, il volo che portò una ventina di tonnellate di materiali in dono dalla Repubblica Italiana alla Cina: in presenza di una scarsità di approvvigionamenti, ciascuno pensa all'orto di casa sua.

Sinceramente quello fu un atto - per carità - molto interessante dal punto di vista della comunicazione e della visibilità, però sinceramente non del tutto appropriato. Ricordo poi che venne bloccato un carico importante di materiali che erano stati acquistati dalla Repubblica Italiana in Turchia, se non sbaglio, che sparirono nelle tasche di altri e non arrivarono mai in Italia. Pertanto, questo tipo di controllo, probabilmente, poteva essere strutturato in maniera migliore.

BIGNAMI (*FDI*). Devo però dire la verità, sono incuriosito da questo richiamo che lei ha fatto più volte, ad esempio, alla partita Atalanta-Valencia, e cerco di unire alcuni aspetti. Lei dice che forse, se il piano pandemico fosse stato attivato, avrebbe in qualche maniera giovato. Sempre con il senno dell'oggi, ma in realtà anche di allora, possiamo dire che eravamo nella fase 5 o nella fase 6 in base alla ripartizione prevista dalla vecchia regolamentazione sanitaria internazionale?



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Prendiamo il piano pandemico, facciamo finta - come poi in effetti è stato - che nel 2017-2018 non abbiamo recepito le modifiche del RSI e le richieste OMS. Nel piano pandemico del 2006, se non ricordo male, si parla nella fase 5 - visto che non vorrei ricordar male, voglio vedere, dovrebbe essere pagina 19 - di fase di allerta da 3 a 5: «valutazione dell'opportunità di chiusura delle scuole o di altre comunità e della sospensione di manifestazioni e di eventi di massa, per rallentare la diffusione della malattia». Questo è il piano del quale lei dice che era vigente, non era sottoposto a un obbligo di aggiornamento (posso avere un'opinione diversa, ma lei dice che era vigente). Lei dice anche: secondo me poteva essere attivato, non so perché non fu attivato. Eventi come quello andavano evitati e, in effetti, il piano pandemico dice che andavano evitati. È corretta la mia ricostruzione?

*GUERRA.* Signor Presidente, credo che l'attivazione di quelle fasi sia determinata dalla dichiarazione di emergenza di sanità pubblica

internazionale e che ovviamente preveda una contestualizzazione per l'applicazione di certe procedure, soprattutto quelle che hanno un impatto sulla vita sociale e economica, oltre che quella sanitaria, importante e rilevante. Sulla chiusura delle scuole non so; blocco degli eventi di massa sicuramente.

Ricordo anche come la decisione del lockdown iniziale, quello a livello nazionale, fu presa con una concentrazione dei casi estremamente elevata in Regione Lombardia, anzi prevalentemente a Cremona, Bergamo e Brescia più che in tutta la Lombardia, con Piacenza in Regione Emilia-Romagna, qualche cosa che cominciava a insorgere a Torino, ma il resto d'Italia non era così pesantemente colpito. Ricordo anche un'interlocuzione avuta con il Presidente della Regione Calabria dell'epoca, poi defunta, che mi chiese: qui non abbiamo assolutamente niente, perché diavolo dobbiamo stare a casa tutti quanti e non farci vedere nelle strade? In quel caso si tratta anche di avere degli strumenti per una sorveglianza e una diagnostica in tempo reale, che ci permettano di tenere aperto oppure di chiudere in maniera

documentata e mirata. Quello che descrivevo sulla sorveglianza delle acque reflue era un elemento, assieme al tampone naturalmente, che avrebbe permesso questo tipo di modulazione.

Sugli eventi di massa sono d'accordo con lei, quelli non andavano fatti.

COLUCCI Alfonso (M5S). Dottor Guerra, le chiedo di illustrami, per illuminare meglio la mia malferma conoscenza in materia di virus, come si sia evoluta scientificamente la consapevolezza della trasmissibilità del virus. A me pare di ricordare che, in una prima fase, l'OMS, di cui lei faceva parte, avesse dichiarato che il virus si trasmettesse esclusivamente tramite le cosiddette *droplets*, cioè queste particelle di liquido che potevano direttamente infettare una persona rispetto all'altra, con una distanza che fosse congrua rispetto alla parabola, oppure potessero essere trasmesse attraverso il contatto con superfici sulle quali queste particelle si fossero poggiate, tant'è che in una prima fase si discusse, proprio a causa delle

indicazioni fornite da OMS, di cui lei era un alto dirigente, l'idea che il modo per impedire la trasmissione del virus fosse esattamente quello di determinare la pulizia delle superfici, la pulizia delle mani - lei stesso ha fatto riferimento a questo - e un distanziamento che fosse superiore a un metro, un metro e mezzo, perché si riteneva che quello fosse il raggio di trasmissibilità di queste *droplets*. Solo in un secondo momento si è avuta poi evidenza che invece la trasmissione potesse essere anche di natura diversa, ad esempio per via aerea. Mi conferma questa ricostruzione e soprattutto ci può riferire in quale data l'OMS ha accertato e dichiarato la trasmissibilità per via aerea del Covid-19?

*GUERRA*. Parto dall'ultima questione: è successo molto tardi, troppo tardi secondo me, perché esisteva già un'evidenza che si è accumulata nel tempo. Fin dalla fine di marzo, se non ricordo male, ci furono degli studi in certe chiese americane che modellavano la trasmissibilità durante i cori liturgici. Quindi, c'è stato un accumulo di evidenza su cui l'Organizzazione non ha

espresso, dal mio punto di vista, in maniera tempestiva la convergenza di lavori che andavano a dimostrare questo.

Molti dei colleghi pneumologi, a dire il vero, si erano già espressi a favore di questo tipo di trasmissione. Ricordo anche di essere intervenuto in risposta a un paio di colleghi che predicavano, per esempio, di lasciare le scarpe all'esterno della casa, perché si potevano essere contaminate le suole camminando sull'asfalto, a cui dissi che nessuno di noi va a leccare le suole delle scarpe prima di entrare in casa, quindi probabilmente questa via di ingresso è assolutamente irrilevante dal punto di vista dell'epidemiologia di cui stiamo parlando. Quindi sì, è avvenuto tardi, non più tardi di qualche mese fa.

COLUCCI Alfonso (M5S). Esatto, nell'aprile del 2024, se non sbaglio.

GUERRA. Certo, non più tardi di qualche mese fa; dal mio punto di vista, non di funzionario ma di medico, con colpevole ritardo, con una mancata

valutazione anche di vie alternative di ingresso che erano state inizialmente valutate, ma che sono assolutamente irrilevanti e che hanno portato a tutta una serie di acquisti, se vuole, determinati da indicazioni e linee guida che poi si sono rivelate fallaci, o comunque da completare e aggiornare. Le ripeto: è parte dell'evoluzione scientifica in qualche misura. Quindi, si ammette la fallacia e si ammette anche la possibilità di ritornarci sopra quando l'evidenza sia talmente chiara da non lasciare alcuna ombra di dubbio, ad esempio dal punto di vista della trasmissibilità per via aerea.

Le ricordo poi che questa trasmissibilità era stata ammessa a livello ospedaliero con aerosol forzati, quindi c'erano delle indicazioni precise sull'utilizzo, per esempio, di mascherine FFP3 per quanto riguardava soprattutto anestesisti e medici rianimatori, in modo tale da proteggerli dall'aerosol con colpi di tosse ravvicinati da parte di pazienti affetti.

COLUCCI Alfonso (M5S). Era proprio la logica dei *droplets* che orientava questo, tant'è vero che quelle mascherine erano prescritte solo in quei casi

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

lì, perché appunto - gliene chiedo conferma - l'OMS in tutta una lunga prima fase ha ritenuto non consigliabile l'utilizzo delle mascherine, salvo i casi che lei appunto ha enunciato, proprio negando (una negazione scientifica, per le approssimazioni che la scienza produce) la trasmissibilità aerea del virus. Solo molto dopo le indicazioni ufficiali di OMS hanno consigliato l'utilizzo generalizzato dei dispositivi di protezione individuale. È corretto?

*GUERRA*. Fino ad un certo punto, nel senso che non è che l'OMS abbia detto di no. Ha detto: non abbiamo abbastanza evidenze. Negare qualche cosa è un po' diverso dal dire che non abbiamo ancora abbastanza evidenze.

*COLUCCI Alfonso (M5S)*. No, mi pare di doverla correggere, dottore, mi perdoni, ma in una prima fase c'è stata proprio la negazione della trasmissibilità.

*GUERRA*. Mi scusi, stavo parlando dell'uso delle mascherine.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

COLUCCI Alfonso (*M5S*). Appunto, contestualizziamo questo, nel senso che in una prima fase c'è stata proprio da parte di OMS la negazione della trasmissibilità per via aerea e, di conseguenza, le mascherine non assolvevano a questa funzione. Solo in una seconda fase, progressivamente, l'OMS ha aperto alla possibilità che potessero esservi delle forme anche di scambio per via aerea e successivamente - me lo ha confermato lei pochi minuti fa - solo nell'aprile del 2024 ha certificato la trasmissibilità del Covid per via aerea. Prima di tutto le chiedo conferma di questi dati, lei ha sicuramente una maggiore competenza di quanta non possa averne io.

*GUERRA*. Sì, è stato estremamente faticoso portare chi ha titolarità per farlo all'interno dell'Organizzazione a dichiarare quanto lei, giustamente, ha indicato.



COLUCCI Alfonso (*M5S*). Quindi, la invito anche a una rilettura di quel gesto di cooperazione internazionale costituito dall'invio delle mascherine ad un Paese che era in un'emergenza drammatica, qual era la Cina, mentre noi in Italia non avevamo un caso (anzi non avevamo un caso nell'intero Occidente), alla luce delle conoscenze scientifiche di quel momento da parte degli organismi scientifici, peraltro da lei rappresentati nella sua più alta funzione di direttore generale.

Le mascherine in quel momento, sulla base delle indicazioni dell'OMS, erano considerate scientificamente dei presidi essenziali per la popolazione? Direi proprio di no.

*GUERRA*. Se non della popolazione, sicuramente per i professionisti e per l'apparato sanitario. Lei sa benissimo che l'accumulo di stock si fa in fase preparatoria; in fase epidemica poi il consumo dello stock sarebbe stato talmente grande che, se non avessimo avviato una produzione nazionale, non saremmo mai stati in grado di fronteggiare l'epidemia, com'è stato fatto.

Però, le ricordo anche che inizialmente si lamentava la mancanza di mascherine di qualsiasi tipo, quindi avendole a disposizione non sarebbe stato un atto negativo. Mi spiego meglio: la Cina aveva e ha una capacità produttiva di mascherine che è svariate volte quella del resto del mondo. Pertanto, una donazione di questo genere avrebbe avuto un valore simbolico per la Cina, mentre avrebbe avuto un valore rilevante per l'Italia mantenere le scorte a disposizione. Questo è il mio punto di vista.

BIGNAMI (*FDI*). Sempre sulla scia dell'interessante domanda del collega Colucci, le chiedo se quanto segue corrisponde al vero (ma credo di sì), al netto delle prescrizioni dell'OMS, la cui professionalità, purtroppo, è sotto gli occhi di tutti, (può essere anche utile forse al collega Colucci, ma non voglio disturbare).

Nel piano pandemico del 2006, fase di allerta da 3 a 5, se non ricordo male, tra le misure da adottare - mi dica se dico una cosa sbagliata - vi è scritto: «adozione da parte dei pazienti con sintomatologia sospetta delle

comuni norme igieniche, incluso l'uso di mascherine». Questo è il piano pandemico del 2006, quindi anche in questo caso, al di là delle raccomandazioni dell'OMS (rispetto alle quali davvero a questo punto secondo me ogni volta che l'OMS dice una cosa è meglio fare il contrario), bastava che noi ci attenessimo al piano pandemico del 2006, perché già lì vi era l'indicazione dell'utilizzo di mascherine.

Se non ricordo male, il 10 o 12 febbraio 2020, nel verbale di task force, il segretario generale Ruocco, dice: brutte notizie sul fronte dispositivi, perché non ce ne sono. Inoltre, il 13 o 15 febbraio 2020 un importante e autorevole esponente del MoVimento 5 Stelle annuncia la spedizione di 5 tonnellate (qualcuno dice 18 tonnellate, qualcuno dice 5) di materiale alla Cina, tanto che lei, infatti, nel suo libro scrive: “le mascherine, le tanto ricercate mascherine, non erano state ordinate a chi le avrebbe potute produrre nel nostro stesso Paese; l'Italia preferì anzi farne partire un carico ingente verso la Cina, a titolo di donazione, quello stesso febbraio, poco prima di ritrovarsi sprovvisti”.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Conferma questa indicazione? Lo chiedo anche per riepilogare, per essere precisi e anche sulla scia del collega Colucci, che dice che fino ad aprile 2024, rispetto a quello che ha riposto lei, l'OMS non ha mai detto che servivano le mascherine. Il piano pandemico del 2006, però, diceva di sì, che servivano le mascherine.

*GUERRA.* Mi scusi, l'OMS non dice che non servono le mascherine fino al 2024; l'OMS dice, fino al 2024, che non c'è trasmissione per aerosol. È un'altra cosa. Le mascherine vengono raccomandate da subito e, in ogni caso, il piano pandemico del 2006 deriva dalla raccomandazione e dalle linee guida OMS, quindi non facciamo l'errore di buttar via il bambino con l'acqua sporca. Ci sono delle azioni che sono opinabili; ci sono delle linee guida e delle indicazioni precise che sono state seguite da gran parte dei Paesi in giro per il mondo e che hanno portato ad una mitigazione dell'impatto.

Quindi, tutto quello che ha detto OMS ha un valore; molte cose hanno un valore costante, molte cose sono state cambiate e adattate all'andamento

delle conoscenze; molte cose hanno bisogno di una validazione scientifica prima di diventare linee guida, proprio perché la responsabilità dell'ente è tale per cui non può inventarsi niente. L'OMS fa la collazione di quello che scienza, tecnologia, scoperte e ricerca in giro per il mondo producono e le rende conoscenza e patrimonio comune. Su questa base viene formulata la linea guida. Le mascherine sono sempre rimaste nell'occhio delle priorità, tanto è vero che in Estremo Oriente le mascherine sono state utilizzate fin da subito e con ottimi risultati, assieme alla procedura di tracciamento che il nostro Garante della privacy avrebbe certamente rifiutato di avallare, se l'avessimo adottata in Italia.

Per quanto riguarda la produzione nazionale, ricordo di aver letto delle testimonianze di potenziali produttori che avevano offerto questo tipo di riorientamento della linea produttiva, se fosse stato necessario e accettato. Credo che anche in sede di questa Commissione abbiate auditato produttori che sarebbero stati in grado di garantire l'attivazione quantomeno di una

linea produttiva, che poi è stata, viceversa, molto diluita nel tempo, mettiamola così.

BIGNAMI (*FDI*). Nella email del 13 maggio 2020 lei scrive a un suo collaboratore, un suo collega: Uno degli atout di Speranza è stato sempre il poter riferirsi a OMS come consapevole foglia di fico per certe decisioni impopolari criticate da vari soggetti. Questa è stata materia di discussione e di accordo con Tedros, anche attraverso chi ti scrive e la missione di Ginevra. Non ti sarà ovviamente sfuggito il dibattito politico di queste settimane, anche se non ti becchi con due Ministri, con sindacati e associazioni di categoria, come capita a me quotidianamente. Se hai visto «Report», forse avrai notato che il bersaglio principale, Tedros, ha me come corollario, ma solo perché ho rifiutato di prestare voce all'attacco contro lui. (Devo dire che la sua lealtà non è stata ripagata con grande moneta). Ma ha anche incluso D'Alema e Speranza.

Mi può spiegare questa impronta politica? Uso un termine volutamente diffuso, perché sono curioso della risposta più ampia possibile.

*GUERRA.* No, Presidente, nessuna impronta politica, assolutamente. Io ho servito la Repubblica nel passato e altrettanto ho cercato di fare durante il mio periodo come rappresentante dell'OMS per il Covid qui in Italia. Quindi, nessun colore, nessun partito, nessuna indicazione di natura politica, ma esclusivamente il supporto a chi in quel momento governava, o tentava di governare, un evento di questo genere, catastrofico, da qualsiasi punto di vista lo si voglia valutare.

L'evocazione della foglia di fico e l'evocazione del rapporto di Tedros Ghebreyesus con il Governo è abbastanza evidente e senza nessun tipo di seconda, terza o quarta lettura. È semplicemente per dire che, nel momento in cui esiste una linea guida, una raccomandazione dell'OMS, dare a chi governa l'epidemia in quel momento la possibilità di dire "lo dice l'OMS, lo raccomanda l'OMS", garantisce un peso e una capacità sulla comunicazione

al pubblico ben diversa dal dire: ce lo stiamo inventando noi, l'OMS dice una cosa completamente diversa, il resto dei Paesi stanno andando altrove. È solo su questo elemento.

Per quanto riguarda la mia lealtà, sì.

BIGNAMI (*FDI*). Che ruolo rivestiva D'Alema in quel momento nella Repubblica italiana? Da qui poi viene una domanda. Lei ha fatto quel nome, non ha detto Bignami, Ciancitto, Lisei, Colucci, Zambito, ma ha detto D'Alema. Che rapporti avevate, come lo avete incrociato nella vostra strada come OMS? Ricordo, al riguardo, una email scritta in inglese.

*GUERRA*. Io ho cercato di consultarmi praticamente con tutti; le posso citare partiti di colore diverso: mi sono consultato e ho visitato sistematicamente la Regione Lombardia, ho parlato con l'assessore, con il Presidente della Regione e con tutti gli altri.



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

D'Alema era un punto di consulenza per quanto riguardava l'evoluzione verso il G7 e il G20 per riportare all'interno del dibattito una serie di questioni che riguardavano la vaccinologia, la produzione decentrata di presidi (anticorpi monoclonali, eccetera), soprattutto la possibilità di introdurre all'interno del ciclo di cooperazione internazionale il decentramento della produzione, particolarmente a favore di strutture produttive africane e del mondo in via di sviluppo. Le parlo in particolare del Sud Africa, dove ho conoscenza diretta della questione, perché a suo tempo, con un altro Presidente del Consiglio e un altro Governo, predisposi un piano cooperazione Italia-Sud Africa, che portò alla certificazione del vecchio istituto per i vaccini a Città del Capo (si chiama Biovac), che venne messo in qualità e in capacità di produzione di qualsiasi prodotto della biotecnologia. L'idea, quindi, con il supporto italiano e la possibilità di una collaborazione bilaterale in questo senso, era quella di avere presidi che, altrimenti, sarebbero stati coperti da proprietà intellettuale statunitense o di altri soggetti.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

BIGNAMI (*FDI*). Chiedo intanto alla Presidenza se, gentilmente, è possibile acquisire tutta la documentazione che il dottor Guerra avrà voglia di condividere, in ordine alle interlocuzioni istituzionali e formali intercorse con l'onorevole D'Alema, che abbiamo scoperto essere un esperto di vaccinologia, eccetera.

Il 18 maggio 2020 (o 2021) lei incontra il capo di gabinetto di Speranza, Zaccardi. Cosa vi dite? Questo è evincibile dai riscontri della procura di Bergamo, nella rogatoria mandata all'OMS.

*GUERRA*. Con Zaccardi io avevo un rapporto praticamente continuo, perché avevo il dovere di riportare quello che l'Organizzazione innovava a livello di conoscenza, di linea guida e di raccomandazioni. Qualche volta riuscivo a vedere il Ministro, qualche volta riuscivo a vedere il suo Capo di gabinetto, in modo tale da poter rappresentare l'evoluzione delle conoscenze e delle indicazioni internazionali.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

In quella situazione, con Zaccardi discutemmo anche del famoso rapporto di Venezia, che è oggetto della risposta alla rogatoria, che lascio a vostra disposizione e che riguardava nella fattispecie il ritiro del rapporto di Venezia determinato dal coordinatore del team, con la possibilità di utilizzare due o tre esperti tecnici dell'Istituto superiore di sanità per raggiungere il team di stesura di Venezia e collaborare all'integrazione di una serie di indicazioni, di informazioni ed evidenze che non erano state, erroneamente dal mio punto di vista, riportate dagli estensori del rapporto. Questo per una questione di correttezza istituzionale ben nota all'Organizzazione: un rapporto su quello che uno Stato membro fa ed esegue viene sottoposto alla lettura dello Stato membro, prima della pubblicazione, dando allo Stato membro la possibilità, non di modificare il testo, ma di commentarlo con un allegato *ad hoc*. Questo è quello che accade ordinariamente e che non era accaduto, anche e nonostante il fatto che il rapporto stesso, nella sua prima stesura di indice (solo di indice), fosse stato

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

sottoposto da me, su indicazione e richiesta dei colleghi di Venezia, al Ministro.

Quindi, andai da Zaccardi semplicemente per due motivi: il primo era chiedere se era possibile avere l'indicazione di un paio di colleghi di Istituto, insieme a Brusaferrò con cui interlocuii, per raggiungere il team di Venezia e procedere all'integrazione. Il secondo motivo era l'identificazione delle due Regioni beneficiarie della parte fornitura del contributo Kuwait.

BIGNAMI: Non era il 18, era un'altra data. Vado a memoria, ma non credo fosse l'incontro del 18.

GUERRA. Sono cambiate progressivamente le indicazioni sulle Regioni, questo è il problema.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

BIGNAMI (*FDI*). Io ho parlato dell'incontro del 18, perché lei, in realtà, adesso sta rispondendo sul fatto che aveva chiesto l'indicazione di due persone, ma quello attiene all'incontro del 27 maggio.

*GUERRA*. Sinceramente non mi ricordo. (*Commenti*). Dovrei tornare agli appunti, alle note e allo scambio delle email, quindi lo preciserò in un secondo momento.

PRESIDENTE. Va bene, con la riserva di precisazioni.

Sospendiamo i lavori che riprenderanno al termine delle votazioni nelle Aule di Camera e Senato, presumibilmente intorno alle 19,20.

*(I lavori, sospesi alle ore 13,50, sono ripresi alle ore 19,44).*

PRESIDENTE. Riprendiamo i nostri lavori.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Faccio qualche domanda io nel frattempo; vedo che il senatore Zedda è già pronto. Le volevo chiedere quanto segue: stamattina ha parlato della task force e del CTS. Ci può spiegare, in relazione al piano pandemico del 2006 e alla regolamentazione internazionale, se questi due organismi “rispettavano” quello che si sarebbe dovuto fare? Abbiamo infatti appreso che non c'è un provvedimento di costituzione di task force e che essa aveva una composizione a geometria variabile, cioè era composta da persone che venivano chiamate, quindi non c'era una vera composizione. Il CTS nasce dopo. Tra l'altro questi due organismi si sovrappongono per un lungo periodo. Il fatto di avere due organismi differenti, uno ufficiale e l'altro non ufficiale, può aver inciso nella gestione e nei primi provvedimenti di reazione alla pandemia, tra gennaio e febbraio? Di solito nella reazione alla pandemia e nei piani pandemici, la catena di comando com'è e come dovrebbe essere adempiuta?

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

*GUERRA.* Signor Presidente, le dico quello che so e che non è necessariamente tutto quello che si sarebbe dovuto verificare. Il famoso piano pandemico del 2006 prevedeva la costituzione di un comitato. Era un comitato articolato, multisettoriale, come dovrebbe essere la risposta ad un evento del genere, quindi prevedeva una composizione di vari Ministeri, di amministrazioni regionali e decentrate. Immagino che nell'intendimento del Ministro questa task force, che effettivamente, nel momento in cui l'ho vista, rappresentava questo insieme di varie discipline e autorità, dovesse rispondere a quell'impostazione.

Peraltro, la costituzione del CTS, o meglio il passaggio della catena di comando sotto il controllo della Protezione civile, è uno dei provvedimenti del decreto legislativo n. 1 del 2 gennaio 2018. Era inevitabilmente da attivare in quel senso lì; questo è stato fatto secondo un canone normativo preciso della Repubblica. I regolamenti sanitari non interferiscono con la struttura, la gerarchia e la catena di comando del singolo Paese o del singolo Stato membro; prescrivono una serie di attività e a queste attività e

impostazioni si può rispondere a seconda dell'organizzazione giuridica, normativa e della catena di comando, per l'appunto emergenziale, del Paese.

Pertanto, dal punto di vista dell'attivazione del piano, c'era un'identificazione di autorità ben precisa, che non era neppure il CTS o la Protezione civile, ma era la Direzione generale della prevenzione del Ministero della salute, che aveva questo mandato, specificatamente previsto dal piano.

Le contraddizioni probabilmente sono da riferire all'obsolescenza del piano stesso rispetto alle innovazioni normative che nel frattempo erano state approvate e disposte. Dal punto di vista della task force, sicuramente è un organismo consultivo a supplemento di quello che già il Consiglio superiore di sanità rappresenta per il Ministro, ma teso ad ampliarlo notevolmente al di fuori dell'ambito sanitario. Dal punto di vista normativo, sicuramente la Protezione civile era l'autorità preposta alla gestione dell'emergenza e a impostare e gestire una catena di comando la più corta e la più efficiente possibile. Il CTS, da quanto ho capito, è stato impostato e realizzato dal



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Dipartimento della protezione civile, perché, non avendo un'esperienza pregressa in gestione di eventi di natura sanitaria, ma avendo una ovvia predisposizione per la gestione di calamità naturali, si è dovuta attrezzare con un organismo interno consultivo che potesse garantire una serie di indicazioni tecniche e scientifiche che potessero permettere poi al Dipartimento di funzionare in maniera adeguata.

PRESIDENTE. Rispetto all'alert sul sistema RSI del 5 gennaio, le vorrei chiedere qual è il valore di questi alert e quali sono le loro finalità?

GUERRA. Non hanno valore vincolante, nel senso che è l'Organizzazione che, dialogando con gli Stati membri, li avverte nel momento in cui si rende evidente una situazione di potenziale pericolo. Quindi, l'allerta del 5 gennaio era: la Cina ci ha notificato, in data 31 dicembre, una situazione relativa ad una patologia anomala e ad una catena di eventi che non riusciamo a comprendere bene; c'è un pericolo sostanziale, mettetevi in condizione di

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

fronteggiare questo pericolo nel momento in cui si vada a concretizzare con un'esplosione epidemica o con un qualcosa di altro.

Su questo mi permetto di dire che ho lasciato anche del materiale aggiuntivo rispetto a quello di stamattina, proprio in risposta ad una serie di dubbi sollevati su cosa voglia dire emergenza internazionale e, a fronte di dichiarazioni di pandemia, che cosa vogliono dire tutta una serie di terminologie. Mi sono permesso - scusate questa brutta cosa in qualche misura - anche di riportare i commenti di stampa iniziali di molti dei colleghi che davano informative su qualcosa di molto simile all'influenza, anzi meno letale.

PRESIDENTE. Lei ha detto che gli alert, ossia le segnalazioni di pericolo o possibile pericolo, dovrebbero indurre il Paese che le riceve ad attivare una serie di precauzioni nel caso questo pericolo arrivi. A seguito dell'alert del 5 gennaio che cosa avrebbe dovuto fare l'Italia e che azione avrebbe dovuto

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

adottare anche in relazione alle azioni di prevenzione previste nel piano pandemico del 2006?

*GUERRA.* Molte cose credo che siano state fatte perché erano parte di disposizioni che il Ministero della salute ha emanato in forma di circolari e altro tipo di provvedimenti.

Dal mio personale punto di vista, credo che avrebbero dovuto essere almeno due le cose da impostare e realizzare. In primo luogo, un rafforzamento della catena logistica di supply, ossia tutto quello che riguarda l'immagazzinamento di dispositivi, eccetera. La segnalazione riguardava infatti una patologia a trasmissione respiratoria e, quindi, avendo circolari molto precise e dettagliate del Ministero che prescrivevano dei protocolli, per adempiere alla loro realizzazione è ovvio che occorreva del materiale.

Il Ministero della salute era particolarmente esperto per quanto riguarda la gestione dell'emergenza sui canali sanitari aeroportuali, di porto e, fino a un certo punto, di terra. Il personale USMAF (Uffici di sanità

marittima, aerea e di frontiera) del Ministero della salute, dislocato nei vari punti di confine, era stato molto ben allenato già ai tempi dell'epidemia di Ebola. Il Ministero aveva a disposizione delle IsoArk e delle barelle ad alto contenimento, utilizzate anche da me personalmente a bordo nave durante l'emergenza per i migranti con l'operazione Mare Nostrum, prima che subentrasse l'Unione europea. Anche i NAS erano stati addestrati al biocontenimento di sicurezza in maniera eccellente.

Forse la verifica avrebbe dovuto riguardare la catena operativa, ossia il livello di preparazione delle Regioni e delle singole aziende sanitarie e ospedaliere. Mi riferisco a un rafforzamento dei Dipartimenti di prevenzione, che in questo caso sono stati un pochino carenti, ma perché di personale ce n'era poco e forse il decentramento della competenza dei Dipartimenti di prevenzione non risponde molto a quello che dovrebbe essere un assetto di sanità pubblica, cioè tutto quello che non è attività clinica e che di solito non vediamo, perché riguarda elementi che al grande pubblico non arrivano o

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

non dovrebbero neanche arrivare. Questo tipo di preparazione, di chiamata alle armi, forse si sarebbe potuta fare in maniera più efficiente.

Altra cosa che forse si sarebbe dovuta fare è l'allerta della medicina di base, che è sempre la grande assente in tutte queste vicende, un po' perché è molto difficile mobilitarla in maniera unitaria, un po' perché la medicina convenzionata è sempre stata vista come un qualcosa di estraneo alla struttura istituzionale pubblica del sistema sanitario. Si tratta, però, dell'assistenza sanitaria di base: è la linea del fronte nei confronti dei pazienti e della popolazione, è quella in grado anche di segnalare - come aveva fatto peraltro - determinati eventi nel momento in cui accadono e nel momento in cui viene riscontrata un'anomalia, come in effetti si è verificato. Secondo me, la linea logistica sarebbe stata la prima da rafforzare.

PRESIDENTE. Secondo lei, rispetto al piano pandemico 2006 o a un piano pandemico in generale, con l'alert del 5 gennaio ci trovavamo in una fase interpandemica o di allerta pandemica?

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

*GUERRA.* È difficile dirlo perché, a fronte di un'evidenza di rischio epidemico (non pandemico, perché siamo ancora in una fase in cui un Paese segnala una catena di eventi e, quindi, non siamo ancora alla internazionalizzazione del rischio) e a fronte di una valutazione di rischio che l'ECDC aveva definito estremamente basso, è difficile prendere decisioni che possano compendiare una rischiosità, che ci può essere, a fronte di una dichiarazione di rischiosità che invece è molto bassa da parte dell'organismo deputato a farlo.

Anche su questo avete un documento con l'evoluzione dei criteri di allerta dell'ECDC, come chiesto dall'onorevole questa mattina, dove ci sono date e azioni proposte dallo stesso ECDC.

*PRESIDENTE.* Glielo chiedo perché, nel piano pandemico del 2006, già nella fase interpandemica sono previste tutta una serie di azioni, che sono poi quelle di buonsenso che lei ha ricapitolato prima: approvvigionamento dei

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

DPI per il personale sanitario, controllo del funzionamento del sistema di sanificazione e disinfezione, individuazione dei percorsi per i malati o sospetti tali, censimento della disponibilità dei posti letto, censimento della disponibilità dei dispositivi per l'assistenza ai pazienti. Queste azioni sono state compiute molto successivamente rispetto all'alert del 5 gennaio. Pertanto, individuare la fase in cui ci trovavamo il 5 gennaio consente poi di capire le azioni che, già da quel momento, avrebbero dovuto compiersi.

*GUERRA.* Credo che quella sia da identificare come la data in cui il sistema si sarebbe dovuto muovere verso un livello più elevato di allerta e di attenzione, predisponendosi in maniera chiara.

Le devo anche dire che, nel mio mandato alla Direzione della prevenzione, nei primissimi tempi, avevo dovuto anche gestire la conclusione di un'indagine della Corte dei conti contro l'allora ministro Fazio per danno erariale determinato dall'acquisto, secondo la Corte forse sproporzionato, di vaccini e presidi farmacologici per la pandemia che era

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

stata dichiarata in maniera, dal mio punto di vista, un po' surreale, da parte della direttrice generale dell'OMS del tempo, Margaret Chan. Quindi, penso che un certo tipo di esitazione fosse dovuto anche a un'incertezza determinata dai precedenti. Quando il Ministro viene accusato di danno erariale per aver acquistato, sulla base di una dichiarazione di emergenza internazionale dell'OMS, farmaci e vaccini, che poi non vengono utilizzati perché la pandemia non esiste, con un flop organizzativo e politico, un po' di cautela credo che sia comprensibile.

PRESIDENTE. Prego, senatore Zedda, per la prima domanda.

ZEDDA (*FdI*). Professor Guerra, la ringrazio per essere qua e mi scuso per essermi assentata stamattina, ma mi sono dovuta recare in un'altra Commissione di cui faccio parte.

Le faccio delle domande riferite a ciò che lei ha scritto nel suo libro.

Lei scrive di aver realizzato, con il professor Davide Tosi dell'Università



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

degli Studi dell'Insubria, un elaborato in cui avreste dimostrato - cito - che non esiste nessun rapporto scientifico tra l'età dei piani PanFlu, la concentrazione di popolazione, la sua età media e l'incidenza virale, la gravità clinica, il numero dei ricoveri, la mortalità associata al virus. L'unica cosa che ha contato nell'anno analizzato, febbraio 2020-febbraio 2021, è stata la tempestività delle chiusure. Che le chiusure e quindi le azioni di contenimento dovessero essere fatte tempestivamente lo dice a più riprese anche Giovanni Rezza nei verbali della task force, lo mette a verbale il CTS lo stesso giorno dei primi contagi nella Bergamasca e lo afferma anche Walter Ricciardi nel suo libro «Pandemonio».

La domanda è la seguente: perché la Val Seriana non fu chiusa tempestivamente, nonostante fossero stati forniti al Presidente del Consiglio tutta una serie di dati per giustificarne la chiusura? Ricordo che dagli episodi in Val Seriana alla data del lockdown nazionale passarono circa due settimane. Ci può fornire anche lo studio, a meno che non lo abbia già fatto?

*GUERRA*. Fu uno studio, anche questo, *a posteriori*, sempre della serie: con il senno di poi e i dati raccolti, è possibile cercare di capire qualcosa di più. Noi mettemmo in relazione le ospedalizzazioni e i decessi con una serie di variabili controllate che erano state generate in maniera abbastanza uniforme da una serie di Paesi: molti Paesi europei, ma anche Giappone, Corea, Stati Uniti e Regno Unito. Questo fu fatto per cercare di capire quali fossero le variabili collegate a tassi di ospedalizzazione ed eventi decesso.

Come si diceva, l'unica variabile rilevante che aveva un minimo di significatività statistica era, appunto, la tempestività dei lockdown, ma ciò non ci deve sorprendere più di tanto: è evidente che se si blocca la circolazione delle persone che trasmettono il virus, si blocca anche la trasmissione del virus. Lo sappiamo.

Sulle chiusure non so cosa dirle perché ho soltanto visto documenti. Non ero in Italia in quel momento e non ho partecipato al processo decisionale. Quello che avevo cercato di capire mi era stato negato, perché era coperto dalla confidenzialità delle sedute precedenti a cui non ero stato

convocato. Quindi credo di saperne quanto lei ed è quello che ho letto sui giornali: un dispiegamento di Forze dell'ordine che poi non hanno avuto l'ordine di procedere per le chiusure.

Avevo ricevuto, ancora a Ginevra, una richiesta di commento di alcune email ricevute da Regione Lombardia, da parte del collega Mike Ryan, che era il direttore dell'emergenza. L'oggetto era la richiesta di Regione Lombardia di chiudere o di non chiudere, per avere degli elementi da parte dell'Organizzazione. Io mi permisi di dire che le chiusure erano da riportare alla decisione nazionale e che quindi l'Organizzazione non dovesse intervenire nella prescrizione di una cosa di questo genere, che ovviamente ha delle implicazioni di natura gerarchica normativa ben diverse rispetto a quelle che l'Organizzazione ha in camera propria.

Le devo anche dire, però, che buona parte dei codici Ateco, di cui parlavo questa mattina, molto presenti in Val Seriana e in tutte le strutture produttive del Paese, hanno continuato a circolare anche durante il lockdown, perché erano comunque essenziali per la sopravvivenza del Paese.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

La logistica della distribuzione dei farmaci, delle risorse alimentari e di tutto quello che è necessario per la sopravvivenza della popolazione soprattutto in aree urbane era assolutamente fondamentale. Su questo si è basata quella decisione. Il collega dell'INAIL che partecipava alle riunioni del CTS su questo era stato estremamente preciso. La stima è che intorno al 40 per cento dei codici Ateco italiani non si siano mai fermati e che abbiano continuato a lavorare e a farlo molto bene per quanto riguarda questo tipo di supporto.

Voglio dire una cosa sulla trasmissibilità e sui vettori di trasmissione del virus. Voi ricorderete che ai tempi della comparsa della disponibilità del vaccino il dubbio era: vacciniamo gli anziani, vacciniamo i fragili, vacciniamo certe categorie professionali particolarmente esposte, non vacciniamo o vacciniamo dopo, a seguire, i ragazzi e gli adolescenti perché tanto non si ammalano. Su questo ho espresso un dissenso totale per due motivi. Quanto al primo, secondo la conoscenza che avevamo allora, cioè che il vaccino bloccasse o comunque diminuisse la contagiosità delle singole persone, vaccinando le persone più mobili all'interno di una famiglia, come

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

i ragazzi, si sarebbe contribuito a bloccare la trasmissione intrafamiliare. La seconda, purtroppo confermata nel tempo, è che il contatto con il virus è estremamente pericoloso, perché dà delle lesioni di organo che stiamo verificando adesso, a distanza di tempo, anche in assenza di sintomatologia clinica. Il long Covid e anche una certa patologia cardiovascolare e neurologica degli adolescenti, che poi sono diventati giovani, sono sicuramente da ascrivere al contatto con il virus. I livelli di protezione su una sintomatologia clinica con un virus del genere non sono quindi criteri definitivi. Si sarebbe dovuto cercare di vaccinare e proteggere tutti quanti proprio per questo motivo. Il danno d'organo c'è e si esprime molto spesso con tutta quella complessa articolazione clinica che è il long Covid che, come sapete, ha una connotazione che è ancora in fase di definizione e precisazione.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

ZEDDA (*FdI*). Professor Guerra, lei avanzò una proposta legislativa per accentrare le funzioni di sanità pubblica con particolare riguardo alla creazione di una sorveglianza di campo unificato. Perché le fu bocciata?

GUERRA. Io proposi una ricentralizzazione delle competenze dell'autorità di sanità pubblica e di prevenzione, che avevo già proposto al ministro Lorenzin al tempo, prima di andarmene. La risposta era stata: non abbiamo in questo momento i numeri per proporre una cosa del genere, le Regioni si ribellerebbero, sicuramente non ce la potremmo mai fare e, quindi, un disegno di legge di questo tipo creerebbe solo conflitto e non porterebbe a nulla.

Riproposi al Ministro dell'epoca, ministro Speranza, lo stesso tipo di ipotesi di lavoro: siamo in una situazione emergenziale e forse è il momento in cui questo tipo di proposta potrebbe avere un orecchio attento anche da parte delle amministrazioni regionali e arrivare a una soluzione che è non l'eliminazione del potere regionale sull'attività preventiva e di sanità

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

pubblica, ma la federazione con una centralizzazione della catena di comando. La risposta fu: non ce la faremo mai.

ZEDDA (*FdI*). Professor Guerra, sempre nel suo libro lei specifica di essere un dipendente fuori ruolo dell'Istituto superiore di sanità, come tutti i funzionari che vanno a lavorare presso le Nazioni Unite, e che nel mese di febbraio 2020 aveva già iniziato a prestare assistenza alla revisione completa e radicale delle linee guida in materia di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere dell'Istituto superiore di sanità, ormai molto datate. Ci specifica a quando risalivano, nel febbraio 2020, le linee guida in materia di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere dell'Istituto superiore di sanità?

GUERRA. A quando risalissero le ultime linee guida francamente non lo ricordo, dovrei andare a cercare la data. Però ricordo perfettamente che erano stati uno dei primi oggetti di discussione nell'interazione con la prima attività

di consulenza e assistenza tecnica dell'Istituto con la collega, italiana anch'essa, Benedetta Allegranzi, che era stata dispiegata in Istituto proprio con quell'intento e scopo: ammodernarle, attualizzarle e pubblicarle il prima possibile in modo tale che fossero uno degli strumenti operativi con cui poter fronteggiare l'epidemia.

D'altronde, lei sa bene che la gestione dell'infezione ospedaliera prevede un certo tipo di percorso e protocollo che ben si allinea con le procedure di controllo dell'infezione a trasmissione respiratoria.

ZEDDA (*FdI*). Se non è un problema vorremmo averlo, visto e considerato che ha detto che può ricercare il dato.

GUERRA. Sì, senz'altro.

ZEDDA (*FdI*). Se il Presidente lo consente, vorrei chiederle una precisazione.



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

PRESIDENTE. Sì, certo.

ZEDDA (*FdI*). Ci può fornire il nome del collega dell'INAIL che era presente nel CTS?

GUERRA. Sergio Iavicoli.

PRESIDENTE. Colleghi, abbiamo stampato i documenti che il professor Guerra ci ha fornito e sono sul tavolo per chi li volesse.

Prego, onorevole Colucci.

COLUCCI Alfonso (*M5S*). Professor Guerra, si è citato prima l'alert dell'OMS del 5 gennaio 2020. Le volevo chiedere se è corretta l'informazione, che a me risulta, che avrebbe avuto ad oggetto un cluster

epidemico di polmoniti virali atipiche ad eziologia sconosciuta. Può dirci quali implicazioni l'alert, dal punto di vista medico, produce?

*GUERRA.* Come dicevo prima, non ha elementi di cogenza. Quindi, non è una comunicazione formale che prevede una scalata di misure, ai sensi del regolamento sanitario internazionale e così via. È un'allerta che l'OMS fornisce: siamo venuti a conoscenza di una comunicazione da parte della Repubblica popolare cinese, la divulghiamo e la disseminiamo a tutti i Paesi e a tutti gli Stati membri in modo tale che gli Stati membri possano, a loro volta, attivare i sistemi di sorveglianza, se ne hanno e se sono attivi, e qualsiasi altro elemento di informazione che possa essere utile e necessario e avviare magari qualsiasi altro provvedimento di supporto logistico che possa essere utile nella fattispecie.

*COLUCCI Alfonso (M5S).* Mi scusi, ma la mia era una domanda di natura non amministrativo-procedimentale, ma medica, ossia riferita al contenuto.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Sappiamo bene quale fosse il rilievo e sarebbe da interrogarci anche su quale effetto avesse proprio dal punto di vista tecnico-giuridico, ma sappiamo che non ne ha. Il tema è medico: Si definiva un cluster epidemico di polmonite virale atipica ad eziologia sconosciuta. Dal punto di vista medico che significato ha questa informazione, visto che io, non essendo un medico, non ho i poteri di interpretazione o conoscenza che ha lei?

*GUERRA.* Io invece sono medico di sanità pubblica e le rispondo immediatamente. Quando ricevo un avviso di questo genere cerco qualsiasi evidenza nel mio contesto, nel mio ambiente e nel mio Paese per capire se analogamente ci siano dei cluster di patologia respiratoria ad eziologia sconosciuta o attribuibili a una diagnosi simile, che però mi possano mettere in allarme e confermare che magari questo tipo di patologia serpeggia anche nel mio contesto.

Questo, tra l'altro, è stato riconosciuto a posteriori, sempre con il senno di poi naturalmente, perché molta della medicina generale aveva riferito di

aver segnalato la presenza di polmoniti particolarmente serie, estese e gravi, soprattutto in pazienti anziani, durante il mese precedente l'allerta dell'OMS. Quindi, in qualche misura, si poteva sposare questa informazione con l'altra informazione che veniva dalla sorveglianza territoriale.

COLUCCI Alfonso (M5S). Signor Presidente, ho ancora una richiesta di precisazione. “Ad eziologia sconosciuta” può forse significare che in quel momento non si aveva evidenza della trasmissibilità interumana del virus, ma si riteneva - o si poteva ritenere - che fosse trasmissibile esclusivamente dall'animale a uomo in quei posti, come alcuni auditi ci hanno detto, nei quali la macellazione degli animali avveniva in loco, come ad esempio nel mercato di Wuhan? Le chiedo una precisazione.

GUERRA. Pensavo di avergliela data.

L'eziologia sconosciuta dice: non c'è un virus, un batterio o un agente microbico identificato come responsabile di questa patologia, che ha una

rilevanza clinica. Io ho di fronte un malato che ha una patologia clinica importante, una polmonite molto estesa e magari mi muore davanti, ma non so attribuirlo al germe responsabile. Ciò perché non ho una diagnostica che mi permetta di scoprirlo. Faccio i test per influenza e non è influenza. Progressivamente affino la mia diagnostica e arrivo a una diagnosi di Coronavirus (lei ricorderà che il SARS-CoV-1 era un Coronavirus a sua volta) e cerco di sequenziare il genoma in modo tale da avere questo tipo di conferma. Vorrei però sottolineare che un conto è la presenza di una patologia clinica che io sono in grado di diagnosticare; un conto è l'attribuzione a un elemento virale o batterico preciso.

COLUCCI Alfonso (M5S). È stato chiarissimo.

La natura del virus era sconosciuta, ma questo incide anche sulle modalità di contrazione del virus stesso. Intendo dire: in quella fase si dubitava che il virus potesse trasmettersi da uomo a uomo e mi pare che la stessa Organizzazione mondiale della sanità - lei dovrebbe conoscere questo

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

dato - solo il 14 gennaio ha affermato ufficialmente la potenziale possibilità che, sia pur limitatamente, il virus potesse avere una trasmissione interumana. Può confermarlo? Come mai l'OMS arrivò solo il 14 gennaio ad affermare che vi era la potenziale e limitata possibilità che il virus si trasmettesse da uomo a uomo?

*GUERRA.* Perché l'OMS funziona sulla base di informazioni che vengono fornite dagli Stati membri. Non avendo un laboratorio distaccato in Cina, si doveva fidare e affidare alle informazioni che venivano dalla Repubblica cinese. Questo è il primo punto.

Quanto al secondo punto, come lei sa, siamo in un regime ormai consolidato di One Health che, in parole molto stringate, significa che ogni tipo di elemento virale o batterico che si sa abbia questo potenziale di trasmissione, viene trattato come potenzialmente pericoloso. Questo glielo posso dire con coscienza di causa, perché uno dei miei attributi all'interno dell'Organizzazione era proprio la costruzione di un sistema One Health con

FAO, e con UN Environment successivamente, per arrivare alla parte planetaria, e con l'Organizzazione mondiale della sanità animale, con sede a Parigi, per avere un contesto operativo che fosse coordinato. Esiste una patologia animale? Molto bene. È potenzialmente trasmissibile all'uomo? Dobbiamo aspettare questa evidenza per l'allerta? Non proprio, dobbiamo allertarci ed essere in grado di diagnosticare questo salto di specie, se salto di specie esiste.

I Coronavirus sono degli oggetti piuttosto pericolosi, onorevole. Noi abbiamo avuto non soltanto la SARS-1 a suo tempo, ma avevamo anche in corso d'opera la MERS, un altro Coronavirus limitato per fortuna a un certo ambiente (deserto, Arabia e Medio Oriente), ma anche quello - ripeto - è un Coronavirus. Uno dei principali studi condotti a Wuhan era l'identificazione di Coronavirus di vario tipo, soprattutto in poltiglia di pipistrello, come è uscito a seguire. Quindi anche lì, la trasmissione dal pangolino o da qualsiasi altro animale macellato, o utilizzato come alimento al mercato, o la trasmissione con la fuga di laboratorio, da poltiglia di pipistrello catturato

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

nelle grotte del circondario di Wuhan per scopi di ricerca, sinceramente sono ipotesi tutte valide che possono avere una loro connotazione. Non so se mai lo sapremo però, comunque sia un forte sospetto di trasmissibilità e rischio di trasmissione c'era fin dall'inizio.

COLUCCI Alfonso (M5S). Sono sempre *in charge*?

PRESIDENTE. Sì, ma ho difficoltà perché lei ha fatto una prima domanda che era un mix di tre domande.

Ad ogni modo, prego, per la seconda domanda.

COLUCCI Alfonso (M5S). Grazie, signor Presidente.

Potrei quindi ricapitolare che il 5 gennaio l'alert riguardava un virus a eziologia sconosciuta e solo il 14 gennaio l'OMS dichiarava ufficialmente l'eventualità di una trasmissione da uomo a uomo. Aggiungo che solo il 24 gennaio scienziati di Hong Kong comunicavano all'OMS l'evidenza di una



trasmissione da uomo a uomo. Aggiungo che, proprio a seguito di questa comunicazione, il 28 gennaio il direttore dell'OMS si recava in Cina a incontrare il Presidente cinese, proprio per capire l'eziologia e le modalità di questo virus. Intanto la Cina aveva già isolato il genoma e l'aveva anche comunicato alle autorità internazionali. Solo a seguito di questa visita di Ghebreyesus, il 30 gennaio veniva riunito il Comitato di sicurezza dell'OMS e veniva ad essere proclamata l'emergenza sanitaria. È corretta questa evoluzione?

Se noi ragioniamo col senno del poi e con le evidenze scientifiche che abbiamo oggi, vediamo tutto in una luce diversa, ma anche fuorviante. Se invece contestualizziamo cronologicamente i fatti per come si sono evoluti, anche in relazione alle conoscenze tecniche del momento in cui si verificavano, noi riusciamo a vedere tutto in una luce di maggiore verità. Dunque le faccio la seguente domanda: solo il 30 gennaio l'OMS proclamava lo stato di emergenza a seguito di questa segnalazione avuta

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

dagli scienziati di Hong Kong del 24 gennaio con un'evidenza di trasmissibilità da uomo a uomo? È corretto?

*GUERRA.* Non del tutto, onorevole, perché non è un virus ad eziologia sconosciuta, ma è una patologia evidente che stava uccidendo numerose persone in Cina in quel momento a eziologia sconosciuta; ovvero il virus, l'agente batterico o l'agente virale non era ancora stato identificato, ma venne identificato quasi subito. La pubblicazione del genoma e la diffusione della mappatura del genoma da parte degli scienziati cinesi furono infatti molto precoci e precedenti addirittura la dichiarazione di Ghebreyesus. Il Direttore riunisce il comitato per l'emergenza per la prima volta 10 giorni prima del 30 e il comitato non raggiunge l'unanimità per raccomandare la dichiarazione di emergenza. Su questa base Ghebreyesus, di sua iniziativa, prende il volo per la Cina e va a sincerarsi direttamente di quale fosse la situazione. Torna dalla Cina dopo qualche giorno, dopo aver avuto incontri con le massime autorità (il Presidente cinese e altri scienziati, anche attraverso l'ufficio OMS di

Pechino), e riunisce nuovamente il comitato. A quel punto, pur non avendo ancora il comitato raggiunto l'unanimità, decide di dichiarare l'emergenza.

C'erano pochi casi diagnosticati come tali, ma molti già clinicamente diagnosticati in Cina; molti casi che cominciavano a diffondersi soprattutto nelle Nazioni vicine, in particolare in Vietnam in quel momento; un'evidenza di trasmissione interumana che ormai era assolutamente chiara, non ambigua e non dubbia. Questo fu l'elemento su cui Tedros Ghebreyesus impose una decisione di dichiarazione, nonostante la mancata unanimità del comitato.

COLUCCI Alfonso (M5S). Se il Presidente me lo consente, farei un passo indietro rispetto all'assetto dei poteri che hanno governato e governano in Italia le emergenze pandemiche.

Lei, professor Guerra, ha fatto riferimento al decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, che assegna alla Protezione civile anche questa materia. Tuttavia, mi sembra che questa sia solo una parte, perché c'è una seconda parte che forse dovrebbe essere aggiunta per completare il quadro. La

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

seconda parte sta nell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che assegna, in caso di emergenza sanitaria, i compiti di igiene e sanità pubblica e di vigilanza sulle farmacie e sulle forze veterinarie al Presidente della Regione, quindi al Presidente della Giunta regionale, e poi all'autorità sanitaria comunale, che è quella dei sindaci. Ciò è sancito dall'articolo 50 del Testo unico degli enti locali. Sbaglio se, nel quadro che lei ha delineato, mi permetto di aggiungere una seconda parte, che peraltro riguarda forse l'80 per cento della gestione sanitaria nel sistema organizzativo istituzionale italiano? Mi può correggere eventualmente?

*GUERRA.* Non la correggo per niente, perché il Ministro della salute mantiene comunque potere di ordinanza, così come lo mantiene il sindaco come autorità sanitaria locale. Su questo non credo ci siano state abrogazioni o altro. Il ruolo del sindaco come autorità sanitaria ha un'importante bibliografia di riferimento, qualche volta ambigua, altre molto esplicita.

Fu, se non ricordo male, la ministra Bindi nel 1999 a commettere quello che dal mio punto di vista fu un errore importante, ovvero portare la programmazione sanitaria non soltanto alla comunicazione al collegio dei sindaci, ma anche sottoporla alla sua approvazione. Ciò ha delineato un'incertezza operativa a livello locale di cui non credo ci siamo ancora liberati.

Comunque, a prescindere da considerazioni di natura professionale e individuale (perdonatemi per questo), nel momento in cui viene dichiarata un'emergenza nazionale, questa prevede – assolutamente sì - un passaggio di poteri alla Presidenza del Consiglio e al Dipartimento della Protezione civile. Poi la catena si allunga o si abbrevia a seconda di quello che accade.

ZEDDA (*FdI*). Professor Guerra, le faccio una domanda diretta su una cosa che lei ha affermato stamattina.

Lei ha affermato che Ghebreyesus è dovuto recarsi di persona in Cina per avere informazioni attendibili su quanto stava avvenendo (mi pare che in

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

parte sia anche la risposta data al collega Colucci). La domanda è: quindi Tedros Ghebreyesus non si fidava del rappresentante dell'OMS a Pechino?

*GUERRA*. Non credo proprio, lo aveva nominato lui. Non credo proprio fosse questo il caso e la giustificazione per un viaggio del genere. Era un viaggio teso a chiarire le cose e a documentarle direttamente a chi poi avrebbe avuto l'autorità e la responsabilità di una dichiarazione impegnativa come quella che poi egli compì.

Quindi, dal punto di vista pratico e operativo, credo che sia stata a suo tempo una decisione giusta e corretta: vado di persona in modo tale che io, che devo prendere questa decisione, sono documentato dalla fonte diretta, senza interpretazioni, su quello che effettivamente accade. Non credo, sinceramente, che ci fossero secondi o terzi fini, o seconde o terze giustificazioni al di là di questo, anche perché poi, in maniera molto coerente, egli prese questa decisione.

ZEDDA (*FdI*). Torno un attimo al suo libro e al lockdown, in riferimento anche alla risposta che mi ha dato prima. Nel suo libro scrive: di fatto per ragioni o per catena di responsabilità ancora da chiarire, non si è arrivati nemmeno alla chiusura della Lombardia, ma direttamente a un lockdown nazionale che aveva il sapore di una sconfitta. Era l'unica alternativa rimasta nell'impossibilità di un accordo tra Governo, Regioni e sindaci e direi associazioni di categoria. Il risultato fu un lockdown paradossale, solo parziale, dove sarebbe servito di più - lo ha detto anche prima - in Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna, e totale nel resto Italia dove i casi erano quasi a zero.

Le chiedo se ci può confermare che la mancata chiusura della Lombardia e la scelta di fare un lockdown nazionale furono un'evidente scelta politica che contrastava totalmente con un'evidenza scientifica, in riferimento a quello che lei scrive nel suo libro.

*GUERRA.* Premesso che la decisione in questo caso è sempre e comunque politica, il compito dei tecnici è generare un'evidenza, descrivere uno scenario e impostare una modellistica tale per cui si riesca ad assistere il decisore politico in maniera più completa e dettagliata possibile. Poi la responsabilità di certi atti, ovviamente, è del decisore politico, nel bene e nel male.

Credo, sempre con il senno di poi, che una verifica dell'effettiva presenza virale, dell'effettiva presenza di casi e di contagiosità estesa in tutte le Regioni si sarebbe dovuta e potuta probabilmente fare. Mi rendo anche conto, tuttavia, che con l'esplosività della dimensione dell'epidemia nelle Regioni del Nord e con il movimento migratorio interno (chiamiamolo così) tra Regioni del Sud e Regioni del Nord, il criterio di chiusura sia stato adottato con una cognizione di causa e certamente non per la disperazione che altri hanno attribuito al Governo in quel momento, perché non mi sembra questo il caso. Credo che ci sia stata una decisione documentata che abbia in



qualche modo assunto dei rischi dal punto di vista economico, sociale e quant'altro, cercando di salvaguardare al massimo la salute.

Non dimentichiamoci che in quel momento i livelli di contagiosità e di galoppo del virus si cominciavano a capire. C'era una modellistica che prevedeva una numerosità di decessi molto rilevante e credo che a un certo punto sia prevalso l'interesse di salute rispetto ad altri interessi. È evidente che se avessimo avuto un sistema di sorveglianza sulle acque reflue e una capacità di tampone e lettura diagnostica immediata o rapida (senza i due o tre giorni che si dovevano attendere in quel momento per avere una diagnosi), probabilmente le informazioni e le evidenze che si sarebbero potute fornire al decisore politico sarebbero state diverse e probabilmente - forse - la decisione politica avrebbe seguito questa evidenza.

PRESIDENTE. Senatore Zedda, ha la terza domanda in sospeso, ma vorrei rimanere su questo tema.

Professor Guerra, lei dice “rispetto alle evidenze scientifiche di allora”. Tuttavia, allora, nei verbali del CTS, prima che lei arrivasse, si consigliò altro. Dal verbale del CTS del 3 marzo risulta che il CTS suggerì la chiusura immediata di quelle zone, non la chiusura di tutta Italia. Sappiamo che l'8 marzo si decise invece la chiusura di tutta Italia. C'erano delle evidenze scientifiche che non erano passate dal CTS e che aveva soltanto la Presidenza del Consiglio?

*GUERRA.* Non pensate che io cerchi di sottrarmi a una risposta, però, come vi dicevo, non ho avuto accesso alle evidenze e ai dati precedenti al mio arrivo. Comincio ad avere dati e informazioni e la possibilità di leggerli dal 12 marzo in poi, quindi in qualche misura a bocce ferme per quanto riguarda un certo tipo di decisione e iniziativa.

Sono convinto che i colleghi del CTS presenti in quel momento avessero generato una serie di indicazioni più che valide: sono colleghi di estrema qualificazione e assoluta eccellenza nella loro specialità, ma erano

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

supportati anche dagli statistici e dagli epidemiologi dell'Istituto superiore di sanità e dalla fondazione Kessler, ma questo è un altro discorso. Penso che loro siano stati in grado di generare tutta una serie di elementi che poi sono stati utilizzati per supportare una decisione di questo genere, che è una decisione grave e, immagino, non sia stata presa a cuor leggero, anzi.

Tenete anche presente che questo tipo di decisione è stata in qualche misura presa a modello dagli altri Stati europei. Infatti, gli altri Stati europei, che a distanza di 15 o 20 giorni si sono trovati a fronteggiare la stessa diffusione esplosiva epidemica, hanno fatto riferimento a quello che la Repubblica italiana aveva intrapreso. La Gran Bretagna ha chiuso sul modello italiano; la Francia ha chiuso sul modello italiano. Ciò è avvenuto in maniera più o meno estesa a seconda del territorio e dell'impianto e della struttura del servizio sanitario, ma questo è un altro discorso; la decisione politica presa era analoga a quella assunta in Italia.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

PRESIDENTE. Mi conferma però che non c'erano dati? Stamattina ha parlato dell'assenza di dati statistici, o comunque di componenti statistiche all'interno del CTS e di elementi statistici oggettivi.

GUERRA. Sì, ma c'era comunque un Istituto superiore a supporto. L'Istituto superiore era il terminale della sorveglianza territoriale: l'Istituto superiore di sanità riceveva il dato disaggregato regionale, lo aggregava e dava delle valutazioni di rischio e di indicazione poi al Governo. Questo credo che l'abbiano confermato anche i colleghi dell'Istituto quando sono stati auditi da voi. Un certo tipo di volumi e di dato quantitativo era disponibile ed è stato ampiamente diffuso.

PRESIDENTE. Si parla sempre genericamente dei lockdown e della loro efficacia. Le faccio le domande che ho fatto anche a qualche suo collega.

*GUERRA.* Questa è una domanda senza risposta, purtroppo, perché - anche qui - abbiamo a disposizione i dati di alcuni Paesi che il lockdown non l'hanno adottato.

*PRESIDENTE.* No, le faccio una domanda più specifica perché ciò che non voglio fare è proprio parlare genericamente dei lockdown. Le chiedo: ha senso applicare il lockdown su una popolazione priva di contagi?

*GUERRA.* Se fossimo sicuri che quella popolazione è priva di contagi, magari sì, non avrebbe senso. Se invece abbiamo evidenza che c'è una coorte su cui non abbiamo una conoscenza seria e approfondita di asintomatici, presintomatici, paucisintomatici o di viaggiatori che provengono da zone dove il contagio è diffuso e non hanno controllo, perché le frontiere interne non esistono, magari sì. Quindi la lettura immediata è: se non ci sono casi clinici, inutile applicare un lockdown. La lettura approfondita invece dice: se non viene applicato un lockdown, c'è rischio che ci sia un'esplosione

epidemica analoga a quella delle zone maggiormente colpite all'inizio dell'epidemia. Credo che questa sia la valutazione che è stata fatta.

Poi è ovvio che se avessimo avuto un sistema di sorveglianza basato sul dato oggettivo, piuttosto che sul tampone volontario, e una rapidità diagnostica che in quel momento non esisteva, avremmo potuto modulare le chiusure in maniera dettagliata e precisa, che è un po' quello che è accaduto nella seconda fase al momento delle riaperture. Le riaperture erano state modulate sulla base di una diagnostica molto più approfondita ed efficace che ci rappresentava l'andamento dell'epidemia: più o meno contagi, più o meno trasmissione, più o meno intasamento delle strutture ospedaliere, decisione di aprire, aprire parzialmente o mantenere chiuso. Questo è il punto. Siamo arrivati a un sistema di aperture e chiusure che, se avessimo avuto gli strumenti diagnostici e, se mi permette, un'organizzazione efficace dei Dipartimenti di prevenzione e dell'attività sanitaria territoriale, avremmo potuto adottare fin da subito.

PRESIDENTE. Professor Guerra, è corretto affermare che il lockdown è efficace se viene adottato tempestivamente sulla base di dati oggettivi?

GUERRA. La risposta è sì, come riportavo nello studio che abbiamo compiuto. L'unico elemento in qualche modo collegato ai tassi di mortalità e di ospedalizzazione è la tempestività del lockdown. Badi bene, però, che la tempestività di un lockdown completo è una cosa; la tempestività di un lockdown parziale, con codici Ateco che devono per forza continuare a circolare, è un'altra cosa. L'efficacia di un lockdown assoluto viene diluita dal numero di codici a cui viene permesso comunque di viaggiare per ovvi motivi, ossia la sopravvivenza del Paese.

Se mi permette, questo ha anche a che fare con la disciplina sociale. La disciplina sociale di questo Paese la conoscete meglio di me; la disciplina sociale di Svezia, Danimarca, Norvegia e altri Paesi, in cui la densità di popolazione è assai minore di quella italiana, permette valutazioni di altro tipo. All'ordine di non viaggiare in autobus, mettersi una mascherina e non

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

uscire di casa, lo svedese risponde con una certa alacrità, mentre ricorderete che un ordine del genere in Italia aveva portato all'acquisto indiscriminato di cani, perché si permetteva di andare con il cane fuori a fargli fare la pipì quando serviva.

PRESIDENTE. Condivide che la risposta sociale dipende anche dalla capacità di comunicazione del rischio da parte dello Stato? Glielo chiedo anche per quell'elenco ingeneroso di dichiarazioni che ha fatto e anche per le affermazioni di stamattina rispetto alle dichiarazioni fatte nel mese di febbraio. La comunicazione e la percezione del rischio da parte del cittadino immagino siano strategiche ai fini della capacità di adeguarsi alle prescrizioni. Infatti, se il cittadino non percepisce che c'è un rischio si domanda: perché mi devo mettere una mascherina? Perché non devo uscire di casa? Se invece percepisce che c'è un pericolo, come è stato dall'8-9 marzo in poi, chiaramente è più propenso ad adeguarsi alle disposizioni. La



comunicazione del rischio nel mese di febbraio è stata conforme al reale rischio che c'era?

*GUERRA.* La comunicazione del rischio è la parte strategica del primo piano pandemico del 2006 ed è stata poi ripetuta sistematicamente, perché è uno dei presidi fondamentali della risposta pandemica a qualsiasi emergenza. La risposta è ovviamente un elemento da comunicare in maniera adeguata.

Da medico, la mia capacità di comunicazione è praticamente nulla, perché nessuno me l'ha mai insegnata e non so come si fa. Vedo altre professioni molto capaci e propense a elaborare efficaci piani di comunicazione su questo tipo di eventi. Credo che la comunicazione al cittadino sia un atto fondamentale che deve essere perseguito immediatamente in fase pre-pandemica e pre-epidemica, perché rappresenta lo strumento principale con cui l'istituzione crea la fiducia e il collegamento diretto con un'opinione pubblica che ovviamente va educata e orientata in maniera oggettiva e seria.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

L'assistenza che proponemmo all'inizio al Ministero della salute (parlo della fine di gennaio e dei primi giorni di febbraio) andava anche in questo senso: non c'era soltanto la collega Allegranzi in Istituto superiore per aggiornare le linee guida, ma anche la collega dell'ufficio comunicazione di Copenaghen che aveva identificato una possibile fallacia nei sistemi di comunicazione. Avevamo quindi offerto questo tipo di supporto e assistenza. È un'attività estremamente difficile, che si scontra con le molteplici culture di un Paese rispetto a una cultura omogenea e unitaria. Comunicare a Napoli è una cosa completamente diversa che farlo a Milano, ma va fatto e occorre conoscere bene le linee di comunicazione e le linee verbali e non verbali, nonché la semantica delle persone a cui ci si rivolge. Su questo non vi è dubbio.

Io ho partecipato a una serie di comunicazioni istituzionali di Protezione civile con - ve lo ricorderete - a conclusione della giornata l'elencazione dei decessi e della casistica che c'era. Qualche volta si introducevano anche degli elementi a richiesta del giornalista di turno, su cui

si cercava di dare una spiegazione, ma c'era molto poco di strutturato, pensato e organizzato come un'attività istituzionale precisa. Devo dirle che anche un certo tipo di segretezza di certi elementi conoscitivi dell'epidemia faceva a pugni con la necessità di comunicazione e di creazione di fiducia.

L'effetto collaterale, quando non si struttura una comunicazione di questo genere, è che nel momento in cui escono informazioni e altri tipi di valutazioni, si dà il la all'informazione fittizia, alle fake news e alla manipolazione dell'informazione. Il cittadino così si disorienta e la prima cosa che fa è perdere fiducia nei confronti di tutti. Questo è quello a cui purtroppo abbiamo assistito, non soltanto in Italia. Vi ricorderete che la prima presidenza Trump finì con la raccomandazione del Presidente di iniettarsi il lisoformio in vena perché uccideva il virus.

PRESIDENTE. Prego, senatore Zedda, per l'ultima domanda.

ZEDDA (*FdI*). Signor Presidente, professor Guerra, mi perdoni se faccio un po' la puntigliosa, ma voglio capire insieme a lei.

Lei ha cambiato opinione rispetto a ciò che ha scritto nel libro. Lei scrive il suo libro nell'autunno 2021, diverso tempo dopo i fatti di cui stiamo parlando, cioè il primo lockdown. Questa mattina ci ha detto che ha scritto il libro anche per tutelarsi e difendere la sua versione dei fatti. Alla mia domanda lei dà una risposta un po' diversa rispetto al libro. Mi può fornire gli studi scientifici che le hanno consentito di cambiare opinione e che mettano in evidenza non la scelta politica, ma l'evidenza scientifica relativa a ogni affermazione che lei ha fatto?

La domanda che io le avrei fatto, seguendo il filo logico suggerito dalla lettura del suo libro, è la seguente: si chiude l'Italia per non chiudere la Lombardia? Alla luce di alcune risposte che lei ha dato nella giornata di oggi, questa domanda gliel'avrei fatta in maniera ancora più incisiva, considerando anche quando, poco fa, soffermandoci sulle vicende della Val

Seriana, lei ha parlato dell'importanza economica di quella zona per tutta l'Italia.

*GUERRA*. Non comprendo la contraddizione che ipotizza, perché non credo di aver cambiato opinione.

*ZEDDA (Fdi)*. Lei scrive che un lockdown è paradossale.

*GUERRA*. Sì, dal punto di vista tecnico-scientifico un lockdown in assenza di patologia è difficilmente difendibile. Dal punto di vista della lettura politica della situazione nazionale, questo è probabilmente quello di cui si è dibattuto a suo tempo.

Le ripeto ancora che, dal mio punto di vista, ho letto la situazione dal 12 marzo in poi. Con gli strumenti conoscitivi che avevo e l'importante letteratura che poi è maturata ed è uscita, posso dire che avremmo dovuto realizzare un sistema di sorveglianza sulle acque reflue in tutte le Regioni,

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

in tutti i plessi scolastici, in tutte le stazioni ferroviarie, in tutti gli aeroporti, in modo tale da intercettare in maniera tempestiva l'ingresso del virus e dare una definizione quantitativa dell'incidenza e della prevalenza del virus nella popolazione afferente. Questo, dal mio punto di vista, avrebbe potuto modulare con un'evidenza molto diversa e oggettiva la decisione politica. In assenza di questo, chi decide decide.

Cosa le devo dire? In Regione Calabria non c'erano casi segnalati e diagnosticati; sul chiudere la Calabria in un momento come quello non so.

COLUCCI Alfonso (M5S). Signor Presidente, professor Guerra, riprendo alcuni discorsi. Sembrerà disorganico ma, in base alle ultime domande e alle sue osservazioni, riprendo un po' di discorsi, utilizzando la logica del gambero e tornando indietro.

La prima cosa che le leggerò è un breve passo di diritto costituzionale. Sul punto dell'adesione degli italiani alle misure, la narrazione secondo cui nei Paesi nordici le persone sarebbero più lige che in Italia va totalmente

respinta. In quel periodo gli italiani hanno dimostrato un fortissimo senso di responsabilità e ci sono stati un'adesione e un sacrificio collettivo volontario che rendono onore agli italiani. Davvero mi dispiace sentire queste dichiarazioni che contraddicono la verità e offendono gli italiani.

Le cito una definizione che noi giuristi usiamo quando il comportamento della persona o della collettività è ispirato a un sentimento profondo di corrispondenza con valori primari: l'*opinio iuris ac necessitatis* è un principio che impronta i nostri ordinamenti giuridici, ma per spiegarlo in maniera più chiara, anche per chi un domani avrà la pazienza di ascoltare queste nostre audizioni, mi richiamo a un costituzionalista che ha definito questa adesione spontanea e questo sacrificio volontario per il bene comune come una convergenza tra legittimità costituzionale e legittimazione politica e sociale. Con ciò si è dato un rilievo concreto, come secondo me gli italiani hanno espresso in quel periodo, al valore della solidarietà che è conclamato nell'articolo 2 della nostra Costituzione e, in senso più ampio, a un valore superiore che noi (lei che ha fatto parte di un'istituzione primaria e noi che

facciamo parte di un'istituzione di rango costituzionale, sia quali parlamentari, che componenti di una Commissione parlamentare d'inchiesta) dovremmo sottolineare, ossia il senso forte che gli italiani hanno espresso nell'appartenenza alla comunità e di tenerci tutti insieme al bene per il bene comune.

Le chiederei di sviluppare, se ritiene, delle osservazioni di precisazione rispetto alle dichiarazioni che ha appena reso, proprio nel quadro che mi sembra si debba riconoscere agli italiani in quel periodo.

*GUERRA.* Mi dispiace aver dato questo tipo di impressione e causato una sua interpretazione di questo genere, perché non è esattamente quello che intendevo dire.

Non entro nel giudizio su che cosa gli italiani siano e che cosa abbiano fatto; il mio compito, anche all'interno dell'Organizzazione, era evidenziare la capacità di sacrificio e avere un riconoscimento proprio per rompere



l'isolamento in cui si trovava l'Italia. Ci sono diversi messaggi globali che Tedros Ghebreyesus fece per rappresentare questa situazione.

Io intendevo dire - mi spiego meglio - che nella considerazione di chi doveva decidere probabilmente questo aveva pesato, perché è stato detto molte volte. Nella precisazione di una decisione di lockdown generale indiscriminato, a prescindere da un'evidenza di trasmissione e presenza di casi clinici conclamati, qualcuno nella stampa aveva riportato sistematicamente questa diversa disciplina e impostazione. Immagino che questo sia stato un elemento di valutazione in chi ha intrapreso questa decisione.

Dal mio punto di vista, l'adesione ai DPCM e a tutto il processo di decisione di isolamento e abbattimento della corsa del virus ha avuto un riscontro molto rapido e puntuale, che poi però non si è ripetuto e si è perso, probabilmente perché la comunicazione non è stata adeguata. Lei ricorderà che l'Italia ha abbattuto la corsa del virus fin dai primi di aprile, quando la curva ha cominciato a discendere (fui il primo a dirlo in una trasmissione

radio con il giornalista Giannini, suscitando le ire di vari colleghi che non erano d'accordo, ma l'evidenza era quella), per poi esaurirsi verso la fine di aprile e i primi di maggio.

Lei ricorderà poi cosa era accaduto con il “virus clinicamente morto” e altre definizioni di questo genere, che erano assolutamente vere, perché il virus era clinicamente morto in quel momento in quella zona. Tuttavia, abbiamo avuto un'euforia generale che ha portato all'apertura indiscriminata di spiagge, balere, discoteche, eccetera con - quella volta sì - una valutazione della ripresa della trasmissione del virus con le acque reflue di Roma del 16 e 17 agosto, che prevedevano in maniera molto chiara che tra la metà e la fine di settembre sarebbe ripresa la seconda ondata.

Sulla seconda ondata la disciplina di chiusura non è stata molto rispettata. La seconda ondata è stata diversa rispetto alla prima, purtroppo proprio in quelle zone dove non c'era stata una trasmissione elevata e che quindi avevano una popolazione molto più vulnerabile al contagio di quanto non fosse, in quel momento, in Lombardia, Veneto e Piemonte, che erano

state colpite in maniera maggiore. Se lei ricorda, i numeri della trasmissione clinica in Italia meridionale, che era stata molto meno colpita durante la prima fase, furono molto più elevati proprio per questo motivo. È matematico: una popolazione di esposti che maturano un'immunità non si ammala con la seconda ondata. Laddove, invece, c'è una popolazione di non esposti dove il virus comincia a trasmettersi, è evidente che si ripete quello che c'è stato in prima ondata in Lombardia e Veneto. Questa è la situazione.

Non avevo alcuna intenzione di giudicare l'adesione o la scelta di un certo tipo in Italia e in Svezia; ho solo pensato che nel processo decisionale questo potesse avere avuto un'importanza. Spero di essermi spiegato.

PRESIDENTE. Prego, onorevole Colucci, per la seconda domanda.

COLUCCI Alfonso (M5S). Sulla seconda fase della pandemia, quella di agosto e settembre, non ci intratteniamo, perché non è l'oggetto di questa nostra audizione in questa fase.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Focalizzandoci sulla prima, abbiamo visto in questa Commissione grafici che attestano che il 24 e 25 marzo, dopo circa 10-14 giorni di lockdown (quindi una finestra di osservazione degli effetti del lockdown stesso), l' $R_0$ , che in data 10 marzo era pari a 3,5, e l' $R_t$ , che era ben superiore all'1, si stabilizzarono. A livello regionale risultò che l' $R_t$  medio era 0,5 o 0,7.

Quindi la sua dichiarazione resa ad aprile, che lei ci ha riferito, era scientificamente fondata sul fatto statistico e scientifico che il lockdown aveva funzionato, riducendo al di sotto della soglia critica dell'1 il valore dell' $R_t$ , che distingue la fase pandemica dalla fase che invece non è più di natura pandemica. Quindi lei aveva ragione su questo, che è la prova dell'efficacia del lockdown.

Mi pare che il Presidente abbia avuto un piccolo lapsus, ma potrebbe essere anche il mio. A me pare che il 6 marzo venne stabilita la chiusura della Val Seriana e non l'8, come mi sembra che lei abbia detto; alla Presidenza del Consiglio dei Ministri arrivò il verbale del CTS del 3 marzo (ma forse lei

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

non è informato su questi dati) esattamente in data 5; la mattina del 6 venne fatto il DPCM di chiusura della Val Seriana. Lei è informato di questi fatti? Temo di no.

*GUERRA.* Li ho semplicemente letti, onorevole, perché non ero in Italia.

*COLUCCI Alfonso (M5S).* Derubrichiamo quindi questo aspetto, però per amor di precisione io ringrazio...

*PRESIDENTE.* Non mi risulta sia così.

*COLUCCI Alfonso (M5S).* A me risulta esattamente così. Presidente, colgo sempre il tono gentile con cui a volte corregge i miei di lapsus e quindi mi sono permesso di intervenire, con altrettanta gentilezza, nel precisare che il DPCM di chiusura della Val Seriana era del 6 marzo 2020 e non già dell'8.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

PRESIDENTE. Non mi risulta sia così, però ci sono i verbali del CTS.

COLUCCI Alfonso (M5S). Sono atti ufficiali, quindi c'è poco da discutere.

Professor Guerra, farei un passo indietro sul tema relativo alle competenze e ai poteri in quella fase su cui lei si è avventurato. C'era una seconda parte, quella regionale e locale, che necessitava di un'integrazione per definire un quadro che fosse più organico rispetto a ciò che riferiva esclusivamente alla Protezione civile, ma c'è un altro dato di natura costituzionale, che riguarda l'inesistenza nella nostra Costituzione di un potere di avocazione per l'interesse nazionale. Infatti, l'articolo 120, comma 2, della Costituzione stabilisce un potere del Governo, ma in funzione esclusivamente sostitutiva, laddove le Regioni (che noi sappiamo essere competenti per quanto riguarda l'attuazione e la messa in atto delle misure sanitarie regionali) non adempiano in maniera corretta.

Da questo punto di vista, la sua illustrazione sul riparto delle competenze normative in quella fase storica dovrebbe essere perfezionata,

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

perché la dottrina costituzionale ritiene che questo potere sostitutivo sia anzitutto esercitabile dal Governo solo *ex post*, cioè solo dopo che la Regione abbia assunto un atto che sia potenzialmente in contrasto con l'interesse nazionale, e si dubita che sia riferibile ad atti di natura legislativa, ma limita questi poteri sostitutivi ad atti di natura amministrativa. Lei comprende che, nella definizione di un quadro normativo delle responsabilità e dell'attribuzione, fa ben la differenza da un punto di vista strettamente giuridico. In questo cito, ad esempio, una pubblicazione del professor Mauro Volpi, professore di diritto costituzionale e diritto pubblico comparato all'Università degli Studi di Perugia, proprio su questo punto. Se vogliamo, possiamo leggere pedissequamente questo punto per essere ancora più precisi, affinché la citazione sia perfetta. Il professore, riferendosi all'interesse nazionale, ci dice che il potere sostitutivo, ex articolo 120, comma 2, della Costituzione è esercitato *ex post* e non *ex ante*, è attribuito al solo Governo, che non ne ha fatto uso durante la pandemia, nei confronti degli atti regionali che contrastino con le proprie decisioni e riguarda

sicuramente le funzioni amministrative, mentre vi è incertezza nella sua applicazione quanto a quelle legislative. A lei questi dati risultano? Consta questo riparto di competenze?

*GUERRA.* Faccio un altro mestiere.

*COLUCCI Alfonso (M5S).* Lei stava dicendo che atteneva alla Protezione civile. Attenzione, il quadro è un po' più complesso dal punto di vista giuridico. Per questo le chiedo una precisazione.

*GUERRA.* Io mi sono avventurato in una lettura del decreto legislativo che definisce le competenze di Protezione civile e anche nella lettura di legittimità dei DPCM adottati dal Presidente del Consiglio, a seguito di indicazioni, raccomandazioni e decisioni prese in Protezione civile e - in qualche parte, se non in buona parte - su suggerimento e manifestazione di



evidenza tecnica e scientifica (o mancanza di evidenza) da parte del CTS.

Tutto qui, non mi avventuro oltre.

COLUCCI Alfonso (M5S). Esatto, non si avventuri, perché il quadro, come vede, è ben più complesso di quello che lei, in maniera un po' semplificata, ha pensato di illustrarci.

GUERRA. Ci avventuriamo tutti quanti in ambiti che non sono i nostri.

COLUCCI Alfonso (M5S). È per questo che è preziosa la sua audizione, mentre non ha alcun rilievo il mio apporto.

PRESIDENTE. Ho guardato: il DPCM del 5 marzo non fu mai firmato, quello a cui fa riferimento lei. Il CTS il 3 marzo propose ...

COLUCCI Alfonso (M5S). Il DPCM fu del 6 marzo.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

PRESIDENTE. Quello non fu firmato, da quello che mi risulta.

COLUCCI Alfonso (M5S). Preciso la mia stessa dichiarazione. Non ho parlato di DPCM del 5 marzo. Ho detto che il 5 marzo è stato trasmesso il verbale del CTS del 3 marzo alla Presidenza del Consiglio. Sulla base della bozza predisposta dal Ministro della salute (noi sappiamo che la norma stabilisce che il provvedimento possa essere assunto dal Presidente del Consiglio solo su proposta del Ministro della salute), la mattina del 6 marzo il Presidente del Consiglio firmò il DPCM. Vi prego di verificare questo aspetto.

PRESIDENTE. Lo verificheremo e lo diremo anche alla procura di Bergamo.

Prego, onorevole Colucci, per la terza domanda.

COLUCCI Alfonso (M5S). Ritenevo di aver esaurito il tempo. Passo.

PRESIDENTE. Prego, senatrice Furlan.

FURLAN (IV-C-RE). Professor Guerra, lei prima ha detto una cosa che mi ha colpito molto: quando finalmente è stato possibile iniziare le vaccinazioni (prima i vaccini non c'erano e quindi era impossibile farli), non essendo subito disponibili per tutti, si sono dovute identificare delle priorità: gli anziani, i fragili, gli operatori e le operatrici sanitarie, i lavoratori più esposti alla pandemia, escludendo in questa prima fase i giovani. Lei rimarcava che non era d'accordo con questa scelta e l'ha motivato. Siccome, però, il numero dei vaccini all'inizio era molto limitato, quale delle categorie che erano state identificate come prioritarie avrebbe escluso?

GUERRA. Gli avvocati (scusate la battuta).

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

PRESIDENTE. Anche i notai, aggiungerei.

*GUERRA.* Io non ne facevo una questione di priorità assoluta, ma di priorità relativa. Lei ricorderà che nella discussione la decisione sull'estensione ai giovani fu presa davvero molto tardi, anche successivamente alla disponibilità di quantità di vaccino, che poi non era neppure stata utilizzata, perché ricorderà che l'adesione delle categorie vulnerabili non è stata del 100 per cento.

C'è un punto cruciale sulla decisione di vaccinare il vettore o la vittima potenziale, che è il livello di protezione che si riesce ad assicurare alla vittima potenziale. Mi spiego meglio: se il vettore viene lasciato libero di contagiare, sapendo che non c'è una protezione assoluta, la protezione che si assicura alla potenziale vittima non è assolutamente certa. Se la potenziale vittima si può isolare, perché non si muove (molti degli anziani sopra gli 85 anni non si muovevano e rimanevano a casa), forse si sarebbe potuto identificare una

categoria diversa, definita dalla potenzialità di contagio, come per l'appunto quella dei giovani e degli adolescenti.

L'altro elemento su cui mi sono permesso di contestare questa scelta è l'assunzione che il contatto con il virus fosse neutrale in assenza di sintomatologia clinica. Questa è una scemenza plateale, per cui noi abbiamo esposto i nostri adolescenti e i nostri giovani a un contatto che poteva essere prevenuto. Non voglio andare oltre, però il rischio è che stiamo formando una coorte di giovani adulti con patologie croniche parecchio serie, che emergeranno molto precocemente nella loro vita. Vista l'estensione del contagio del virus e che non abbiamo protetto questi ragazzi, io ho qualche problema sull'assetto futuro della nostra popolazione.

PRESIDENTE. Prego, senatrice Zambito.

ZAMBITO (PD-IDP). Una domanda che avrei fatto è esattamente quella formulata dalla senatrice Furlan.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Lei, professor Guerra, è subentrato all'interno del CTS qualche giorno dopo che questo era stato nominato. Vado a memoria: è stato nominato il 22 febbraio e lei ci ha detto che ha iniziato a farne parte dal 12 marzo. Vorrei capire perché è stato aggiunto successivamente, se aveva ricevuto una delega speciale dal Ministro e quali compiti le erano stati affidati, se gliene sono stati affidati di particolari, visto che lei in quel momento era in forza all'OMS.

*GUERRA.* Sì, non c'è niente di particolare. La richiesta del ministro Speranza al Direttore generale dell'OMS fu di avere un tecnico apicale dell'Organizzazione a supporto del Ministero della salute e del CTS in quel momento. Tedros Ghebreyesus decise per chi le parla, perché chi le parla in quel momento era l'apicale più alto in grado di nazionalità italiana, che non solo parlava la lingua, ma conosceva anche la struttura organizzativa del Ministero. Quindi sarei stato immediatamente operativo rispetto ad altri colleghi che invece avrebbero avuto barriere linguistiche o di conoscenza

con cui fare i conti. Vengo nominato l'11 marzo dal direttore generale dell'OMS come suo rappresentante, presso il Governo italiano, per l'emergenza Covid-19. Il 12 marzo mi presento, ovviamente con le credenziali che erano state fornite da Ginevra al Ministero della salute, e il Capo della Protezione civile mi inserisce nel CTS con un suo decreto.

Quanto al ruolo e alle funzioni: ero membro del CTS, senza alcuna capacità decisionale, perché non appartenevo ad una struttura di Governo nazionale, però con il compito di mantenere il collegamento e di dare una mano, per quanto possibile, sull'andamento delle attività sia a livello ginevrino che romano. Questo è stato quello che ho cercato di fare.

ZAMBITO (PD-IDP). Lei ha fatto più volte riferimento nel corso dell'audizione a pareri difformi rispetto ai suoi colleghi su alcuni punti. Questa difformità di vedute è emersa in seno al CTS? Se sì, come concilia questa mancanza di completa uniformità di vedute con il fatto che poi tutte

le decisioni del CTS, così come ci ha riferito, sono state sempre prese all'unanimità?

*GUERRA.* È una difformità determinata da un bagaglio di conoscenza ed esperienza che evidentemente sono diverse tra soggetti e componenti dello stesso CTS. Come le dicevo, c'erano eccellenti anestesisti, rianimatori, pneumologi, pediatri e quant'altro. Dal punto di vista della sanità pubblica non ce n'erano tanti. Il tipo di visione che io portavo era più ampia e meno localizzata e specifica, ma anche per questo molto più debole dal punto di vista del supporto alla decisione. Comunque sia, io avevo un ruolo di consulenza e diffusione di informazione e conoscenza che potevano non essere a disposizione dei colleghi del CTS nazionali, portando per l'appunto quello che accadeva fuori dai confini italiani.

D'altra parte, però, le ripeto e le sottolineo, c'era anche il tentativo di rompere l'isolamento a cui era stata condannata l'Italia in quel momento, garantendo la diffusione delle iniziative che il Governo, le Regioni e tutto il



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

sistema sanitario stavano prendendo e a cui la popolazione stava aderendo, in modo tale che queste avessero una camera di risonanza internazionale, cosa che altrimenti non sarebbe stata. Credo di essere riuscito in questo e anche Ghebreyesus lo ha fatto, con varie clip che sono state diffuse sui canali dell'Organizzazione e con delle prese di posizione a difesa e tutela della Repubblica italiana rispetto a molti altri Paesi che intendevano continuare con l'isolamento.

ZAMBITO (PD-IDP). Ricordo, perché mi ha colpito, che durante le numerose audizioni che abbiamo fatto in questa Commissione qualcuno (non dico chi, perché eravamo in regime di segretezza, ma lo ricordo) ci ha spiegato che il lockdown si fa per evitare non tanto la diffusione del virus all'interno della zona chiusa, ma affinché le zone che non sono state colpite dal virus vengano colpite. Questo può spiegare il motivo per cui è stata scelta l'opzione del lockdown nazionale?

*GUERRA*. Penso di sì. È un elemento sicuramente di discussione e contributo alla decisione. Nel momento in cui esiste una trasmissione interumana sostenuta con gli  $R_0$  e gli  $R_t$  che l'onorevole prima citava, è chiaro che il lockdown ha due compiti e non uno solo: l'abbattimento della trasmissione nella zona colpita e la prevenzione della trasmissione nelle zone non colpite.

Il mio punto era: se avessimo avuto degli strumenti di conoscenza e monitoraggio della diffusibilità e dell'ingresso del virus in comunità non colpite, avremmo avuto un elemento di supporto alla decisione di chiusura maggiore rispetto a quello che è stato.

*ZAMBITO (PD-IDP)*. Lei ha insistito molto durante tutta l'audizione sull'analisi delle acque reflue. Questo è un discorso che mi convince ed effettivamente ci ha dato a posteriori delle informazioni importanti. A lei risulta che altri Paesi abbiano subito potuto adottare questa strategia per monitorare il virus? Non è stato fatto da nessuna parte, oppure in qualche posto sì e in altri no? Quali sono stati gli esiti?

*GUERRA.* Io organizzai - se non sbaglio - tre conferenze di consenso con l'ufficio OMS regionale di Bonn, che gestisce questo tipo di attività, che sono attività di salute e ambiente per intenderci. È un ufficio decentrato di Copenaghen, così come l'ufficio di Venezia. Le organizzai per due motivi: perché ritenevo che l'Istituto superiore avesse messo a punto una metodica molto precisa, anticipata e precoce rispetto a tutti gli altri e che quindi questo tipo di metodica potesse essere valorizzato quantomeno a livello europeo, se non a livello globale, sempre per dare merito a quello che era il merito tecnico-scientifico delle strutture di questo Paese. Convinsi il collega tedesco dell'organizzazione a Bonn a proceduralizzare questo tipo di proposta. L'istituto, tuttavia, non ritenne di partecipare ad una struttura europea di missione per quanto riguarda le acque reflue, per mille motivi diversi; il presidente Brusaferrò poi mi disse essere, secondo lui, ancora una procedura sperimentale e quindi non realizzabile su ampia scala o su scala sistemica.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

La Gran Bretagna lo adottò, l'Olanda lo adottò, il Governo federale americano lo adottò, la città metropolitana di Nairobi lo adottò, per fare un *excursus* africano. Ve ne sono poi altri di cui non ho conoscenza, ma al momento esiste una specie di struttura confederata che mette a disposizione esperienze reciproche tra parecchi Paesi. C'è un sito web dedicato su tutto quello che accade in tema di sorveglianza delle acque reflue.

La debolezza iniziale del sistema era quella che accennavo: i campionatori non erano dedicati a un compito di sorveglianza, quindi si sarebbe dovuto rafforzare notevolmente la presenza dei campionatori per portarli almeno a *cluster* di popolazione sorvegliata non superiore ai 50.000-60.000 residenti. Viceversa, alcuni di questi campionatori, che vengono sistemati per norma dai gestori delle acque arrivavano a 200.000-250.000 unità di residenti, quindi in eccesso rispetto a quello che avrebbe potuto essere uno strumento di risposta valido, immediato e molto rapido. Però le ripeto ancora che la stima dei costi, rispetto a quanto è stato speso per le mascherine, per esempio, era molto limitata. Un campionario portatile, che

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

può essere trasportato facilmente da un luogo all'altro e campionare *cluster* di popolazione notevoli, ha un valore di 3.500-4.500 euro. Uno spettro fotometro portatile, che tarato opportunamente mi dà la possibilità di leggere sul posto senza andare in laboratorio, quindi risparmiando tempo e risorse laboratoristiche importanti, vale ugualmente sui 4.000-5.000 euro. Quindi, data l'importanza dell'attività, dal mio punto di vista sarebbe stato un investimento più che giustificato.

ZEDDA (*FdI*). Prendo spunto sempre dal suo libro, a cui peraltro ammetto di aver fatto ricorso anche in precedenti audizioni. Leggo: “Non dico che certi colleghi stessero sottovalutando quanto accadeva, ma riportando i dati della Cina, soprattutto in una fase iniziale, sottolineavano che l'85 per cento dei contagi non presentava sintomi e solo il 5 per cento era grave ed aveva bisogno di ospedalizzazione. Su questo punto il mio dissenso è stato forte. Si possono fare tutte le proporzioni che si vogliono - ribattevo - ma il 5 per cento di 500 è una cosa e il 5 per cento di milioni di cittadini contagiati in

una situazione pandemica come questa è tutt'altra. Il calcolo, in altre parole, andava fatto sui numeri assoluti e non sulle proporzioni, perché erano i primi a determinare l'impatto delle strutture ospedaliere, ma molti perseveravano nel mantra del “poco più di un'influenza” e la cultura di sanità pubblica era spesso in minoranza rispetto a quella più tradizionale clinica”.

Le chiedo se ci può elencare nomi e cognomi e anche le funzioni dei colleghi a cui fa riferimento e fino a quando hanno continuato ad affermare che era poco più di un'influenza.

*GUERRA.* Sì, è parte della documentazione aggiuntiva che ho fornito, con nomi, cognomi e citazioni di stampa. Quindi, ha la possibilità di identificare i soggetti e non credo di rischiare una querela per diffamazione in questo caso, perché - ripeto - sono fonti di stampa molto evidenti.

Però lo ribadisco, il calcolo era quello. Il calcolo iniziale fatto sui quozienti dava sicuramente evidenza di una gravità specifica clinica, ma la numerosità dei contagi era tale per cui ci saremmo dovuti aspettare dei

numeri importanti, sia di ricovero che di decesso. E così è stato purtroppo, perché lei ricorderà cosa è successo a Milano, cosa è successo a Bergamo, cosa è successo in quelle situazioni. I numeri, pur mantenendo una letalità molto bassa, erano talmente elevati che i decessi erano in numero poco accettabile.

ZEDDA (*FdI*). Sappiamo anche fino a quando?

GUERRA. Per alcuni sì, perché alcuni si sono - mi permetta l'espressione brutta - ravveduti quasi subito, perché hanno cominciato a leggere la situazione come si stava evolvendo, altri non ne hanno più parlato. Però credo che a quel punto l'evidenza fosse talmente chiara che nessuno dubitava più di non dover parlare soltanto di tassi, ma anche di numeri assoluti.

ZEDDA (*FdI*). Sempre il suo libro e non solo, ma prendere spunto da un suo scritto per me ha una rilevanza di un certo tipo, parla dello Spallanzani e

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

della mancata sorveglianza clinica. Lei dice di essere stato molto sorpreso di scoprire ad aprile 2020 che l'Istituto Spallanzani non aveva effettuato la sorveglianza delle caratteristiche cliniche, come da ordinanza del Dipartimento della Protezione civile n. 640 del 27 febbraio 2020. Ci spiega in cosa consiste la sorveglianza clinica e quali sono le implicazioni in campo medico?

Considerato che l'Italia è stato il primo Paese occidentale a essere pesantemente colpito dal Covid-19, ci sa fornire una spiegazione sul motivo per cui lo Spallanzani non fece ciò che gli venne richiesto e affidato? Dal punto di vista scientifico è estremamente importante come azione da compiere.

Le risulta, anche solo perché informato successivamente, perché magari le è stato riferito, se dal Ministero qualcuno, qualche direzione o anche l'area politica, avesse in qualche modo sollecitato lo Spallanzani a fare ciò che gli era stato richiesto e se addirittura ci fu una segnalazione di negligenza?



*GUERRA.* La segnalazione di negligenza non è certamente un compito attribuibile a una struttura di professionisti che cercano di lavorare assieme. Io rilevai la mancanza di una sorveglianza clinica, perché, discutendone con i miei colleghi di Venezia e di Copenaghen, oltre che di Ginevra, rilevammo che, a fronte di una cospicua esperienza clinica con tutti i ricoveri che c'erano in quel momento, questo tipo di sorveglianza, di classificazione e di casistica clinica, mancava. Ne fui sorpreso perché, guardando l'ordinanza della Protezione civile che stabiliva le tre sorveglianze, mi accorsi che l'epidemiologica era presente, la microbiologica, con enorme difficoltà, era ugualmente presente, mentre la clinica mancava.

Ci stavamo rivolgendo, in particolare, alle strutture aziendali ospedaliere della Regione Lombardia, chiedendo anche a loro se avessero cominciato a classificare le cartelle cliniche per riuscire ad avere una conoscenza migliore dell'evoluzione della patologia conclamata, dei livelli di sopravvivenza, dei livelli di successo delle rianimazioni, di tutto quello

che era stato fatto per il supporto alla respirazione del paziente colpito, se avessero delle evidenze di patologia sistemica o esclusivamente polmonare, come si stava evolvendo la patologia. Questi sono elementi conoscitivi cruciali, che possono essere utilizzati anche per la definizione e l'identificazione non soltanto diagnostica, ma soprattutto di terapia.

Lei forse si è persa stamattina una notazione personale sul tipo di terapia che ho adottato per la mia partner nel momento in cui è stata colpita. Ho utilizzato anticoagulanti e cortisonici a dosi massicce. Avevo parlato a lungo con i neurologi dell'ospedale Niguarda, che erano stati colpiti da una situazione paradossale, per cui i pazienti Covid erano stati ammessi in psichiatria pur con sintomi chiaramente neurologici, quindi erano stati in grado di girare per l'ospedale e contaminare internamente prima di essere diagnosticati con sindromi frontali vere e proprie, che hanno come terapia, per l'appunto, cortisone a dosi alte a scalare, antibiotici per le sovrapposizioni batteriche e tutta una serie di farmaci che potevano essere utilizzati e che, dal mio punto di vista, avendo una sorveglianza clinica aggressiva, si sarebbero

potuti identificare e definire con delle prescrizioni mirate, non generalizzate, perché non tutti avevano bisogno di tutti i farmaci della batteria farmacologica disponibile.

Questo tipo di attività - come mi venne riferito dal collega Ippolito - non era stata fatta, perché non c'era un'unica piattaforma su cui riversare le cartelle cliniche per strutturare una sorveglianza di livello nazionale. Lui mi disse che non avevano una piattaforma e che quindi non erano in grado di farlo. Noi proponemmo come OMS la messa a disposizione di una piattaforma per la raccolta e la sorveglianza clinica che avevamo sviluppato e che era già in utilizzo in Gran Bretagna in quel momento. La proponemmo anche alla Società italiana di malattie infettive e tropicali (SIMIT) e all'Ospedale Papa Giovanni XXIII a Bergamo, con cui era cominciata una collaborazione in questo senso. Non se ne fece nulla, fino al momento in cui, a distanza di tempo, ne parlai con l'assessore alla sanità e il Presidente della Regione Lombardia, che in collaborazione con i colleghi dell'igiene e della medicina preventiva di Milano, proposero l'adozione di questa piattaforma

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

per il riversamento in quel momento di oltre 100.000 cartelle cliniche, cosa che avvenne e che portò a livelli di conoscenza ben diversi, determinati probabilmente anche dalla diminuzione della pressione clinica.

È difficile chiedere ad un clinico, che ha cinquecento pazienti a cui badare, di mettersi al computer e alimentare una piattaforma di questo genere. Quindi, è anche comprensibile la reazione di molti dei clinici alla proposta di strutturare questo tipo di sorveglianza nel dire: lasciateci lavorare, qui ci muoiono sotto gli occhi i pazienti e non abbiamo il tempo sufficiente per l'alimentazione amministrativa di un qualcosa, che sicuramente può contribuire alla conoscenza, ma abbiamo un problema ben diverso al momento, che è quello della sopravvivenza.

ZEDDA (*FdI*). Non sono stata io a chiedere allo Spallanzani di fare questo, ma è stata un'ordinanza di Protezione civile. Lei ha citato più volte l'importanza dal 2018 della Protezione civile nell'agire in determinate situazioni, quindi non si può pensare che lo Spallanzani decida questo perché

non c'è un sistema unico nazionale sulle cartelle cliniche. Lo sappiamo tutti che dal 2001, da quando c'è stata la modifica del Titolo V, ogni Regione fa da sé, a volte anche ogni Provincia fa da sé, ogni singola ASL fa da sé. Lo sappiamo, però, o la Protezione civile non aveva minimamente conoscenza del sistema informatico di comunicazione a livello nazionale (ne dubito), oppure c'è stata una mancanza enorme da parte dello Spallanzani.

La domanda allora è la seguente: la mancanza del dato sulla sorveglianza clinica ha influito in maniera negativa sui tempi, soprattutto nel trovare una cura, o un insieme di cure utili alla guarigione?

*GUERRA.* Parliamo della condivisione prognostica, quindi del destino clinico di un paziente con determinate caratteristiche; in particolare, mi riferisco ad un'ambiguità di fondo sull'analisi clinica dell'evoluzione della patologia. Come ho detto stamattina, io avevo disseminato la cognizione che la patologia Covid-19, pur essendo a ingresso respiratorio, fosse una patologia sistemica. Colpiva il cuore, perché allignava e si muoveva

sull'endotelio vascolare, colpiva le cellule nervose, perché si muoveva sulla vascolarizzazione del sistema nervoso; colpiva la conduzione cardiaca, il parasimpatico, sia a livello del distretto vagale superiore che a livello di nervi spinali sul distretto inferiore.

È una patologia estremamente complessa, che oltretutto dava evidenze cliniche più o meno gravi, più o meno articolate - e questo ha suscitato molte domande sull'artificialità del virus rispetto alla sua struttura *naïve* - andando a colpire le debolezze e le patologie, anche non totalmente espresse, delle persone. Questo è un elemento che sarebbe uscito con estrema chiarezza nel momento in cui la condivisione della cartella clinica fosse stata estesa ed efficace. Ciò non avvenne.

Sinceramente ho chiesto allo Spallanzani perché diavolo non lo stessero facendo e la risposta è stata quella che le ho appena detto. Sarebbe successo qualcosa di diverso? Sinceramente non lo so, perché era un momento di tale intasamento delle strutture cliniche che forse i colleghi clinici non avrebbero neppure aderito alla compilazione delle cartelle.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Cosa le devo dire? Adesso siamo in un mondo diverso: c'è un Fascicolo sanitario elettronico 2.0, c'è un'interoperabilità dei sistemi, c'è una completa, o almeno auspicabile, digitalizzazione del sistema informativo sanitario, che permette l'acquisizione dei dati in maniera molto più rapida e meno invasiva dal punto di vista del tempo consumato dal clinico sulla compilazione amministrativa. Abbiamo anche sistemi d'intelligenza artificiale che ci permettono di risparmiare tempi notevoli rispetto a quella che era la compilazione manuale di qualche anno fa. Sinceramente, guardando all'ordinanza di Protezione civile, c'è stata un'inadempienza.

PRESIDENTE. Leggendo le dichiarazioni che ha riportato dei vari colleghi, con specializzazioni diverse, e i verbali del CTS, quantomeno fino alla presentazione dello studio prognostico di Merler, l'impressione che se ne ricava è che ci fosse una grossa sottovalutazione sulla possibilità di circolazione del virus e che, come dice qualcuno, è stato più il virus a gestire noi, piuttosto che noi a gestire il virus.

Le valutazioni che venivano fatte, erano formulate su quello che si vedeva e non con degli “scenari di previsione”. Non so se sono stato chiaro. Lo dico perché immagino - ho fatto questo esempio anche a qualche suo collega - di governare una barca, mi arriva un alert che mi dice che potrebbe arrivare un uragano; innanzitutto inizierei a prepararmi a fare qualcosa, perché potrebbe arrivare l'uragano e non faccio un monitoraggio guardando il cielo, se ho la nuvola sopra, ma magari cerco di guardare l'orizzonte, di guardare un po' più avanti, come tira il vento, di ricavare tutta una serie di informazioni per non trovarmi nella condizione di essere dentro l'uragano.

L'impressione che si percepisce dalle dichiarazioni di tanti suoi colleghi e anche dalle dichiarazioni all'interno del CTS e della task force è che ci fosse stata un'estrema sottovalutazione di quello che sarebbe potuto accadere. Me lo conferma? C'è stata non soltanto da parte dei tecnici di riferimento, ma anche da parte della politica che allora governava. Ha richiamato lei gli aperitivi e tutta una serie di iniziative, che oggi possiamo



valutare e lei ha sicuramente valutato non favorevoli a fornire una comunicazione del rischio positiva.

È una percezione che ho solo io del fatto che c'è stata questa sottovalutazione, o è una percezione che ha avuto anche lei e che ha percepito anche all'interno di quell'organismo? Rileggendo i verbali, perché immagino che i verbali li abbia letti.

*GUERRA.* I verbali li ho letti ad ottobre, quando erano stati desecretati in qualche misura, mentre i verbali prima non li avevo potuti leggere per i motivi che ho già dichiarato.

Sì e no. Io avevo la percezione che fosse un momento profondamente surreale, non soltanto in Italia, ma dappertutto, nel resto del mondo. Le dico, per esempio, che l'Inghilterra, che è la patria della modellistica epidemiologica generale, aveva elaborato all'Imperial College, dove anche Crisanti aveva prestato servizio, modelli molto avanzati e utilizzati, anche nella previsione di quello che sarebbe potuto succedere, e l'Inghilterra è

andata peggio dell'Italia. Quindi, anche avere delle basi di conoscenza e una modellistica talmente seria da apparire irrealistica e da far affermare “siamo veramente sicuri”, ci porta su livelli probabilistici e non predittivi, per cui la situazione reale potrebbe essere diversa nella sua evoluzione. Non so se mi spiego.

C'era anche l'esperienza precedente della SARS-CoV-1, che si era autolimitata ad un certo punto. Aveva una letalità molto elevata, ma si era autolimitata e non era andata in pandemia. Quindi, c'erano anche dei precedenti a cui far riferimento che aggiungevano incertezza.

Il paragone che lei fa con la barca e con l'uragano sicuramente è rilevante. È per quello che le dicevo che, nel momento in cui si è consolidato il tutto e siamo arrivati alla dichiarazione di emergenza, anche trascurando il mese di gennaio e dandolo per perso, il mese di febbraio si poteva probabilmente utilizzare in maniera diversa, questo sì. Sarebbero cambiate le cose? Vedendo quello che è accaduto in giro per il mondo, sinceramente non glielo so dire.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

PRESIDENTE. Diciamo che non sarebbero peggiorate.

*GUERRA.* Guardi, non lo so, perché ho visto provvedimenti diversi in culture diverse, in sistemi diversi, anche molto più finanziati rispetto al nostro, e alla fine la conta, grosso modo, è stata la stessa.

PRESIDENTE. Il dottor Vespignani è stato audito da questa Commissione, tra l'altro in seduta non segretata, se non ricordo male ha affermato che un virus di questo tipo è impossibile da bloccare, nel senso che a questo tipo di virus non si può impedire la diffusione nella popolazione, ma che tutte le azioni che vengono adottate, a seconda di come vengono adottate, servono più che altro per attenuare la diffusione, cioè ad appiattire la curva del contagio per consentire allo Stato di gestire meglio le ospedalizzazioni e i pazienti. Volevo capire se condivide questa valutazione del dottor Vespignani.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

*GUERRA.* Andrei oltre. Servono a guadagnare tempo prezioso per la ricerca, per quella ricerca che mette a punto farmaci e vaccini che sono la risposta fondamentale in un caso come questo. Nel momento in cui rallento la diffusione e appiattisco la curva, non ho soltanto il tempo per gestire la struttura ospedaliera e la struttura emergenziale, ma ho anche il tempo per produrre risultati con investimenti in ricerca che, lei ricorderà, sono stati importanti fin da subito ed hanno portato a dei record mondiali nella sintesi di vaccini efficaci e di farmaci e anticorpi monoclonali altrettanto efficaci. Quindi, sicuramente, è un servizio doppio.

*PRESIDENTE.* Se guardiamo all'andamento dei contagi e anche della mortalità nella prima ondata, soprattutto nelle zone Lombardia ed Emilia-Romagna, rispetto al dato complessivo negativo che c'è stato in tutto il mondo e in Italia, possiamo dire che in Italia quel picco di contagi è stato

particolarmente significativo sul dato complessivo della mortalità e della curva di contagio.

È possibile, sulla base di questo elemento, affermare che quel picco di contagi c'è stato proprio perché nei mesi precedenti, in particolare nel mese di febbraio, non sono state adottate azioni sufficienti ad appiattire la curva e a contenere la diffusione in quelle zone specifiche? Vediamo la partita di Bergamo, gli aperitivi e quant'altro.

*GUERRA.* Bisogna tener presente che il caso clinico conclamato lo si vedeva dopo quindici, venti giorni dal contagio. C'era comunque una sospensione nel tempo di esposizione rispetto al tempo di evidenza clinica e di aggravamento della situazione clinica. Anche lì è stato molto rapido e se l'evidenza *a posteriori* ci dice che circolava già a dicembre, probabilmente a novembre, cominciando a settembre, l'accumulo di casi contagianti che c'è stato è stato progressivo e notevolissimo.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

La stima di cui parlavo stamattina, di cui avete un microdocumento, fatta *a posteriori*, risalendo al numero di contagiati e di infetti rispetto al numero di decessi che c'è stato, ci dice praticamente che tutta la popolazione della Lombardia nei primi due, tre mesi è stata contagiata. Quindi, è un virus che ha galoppato anche al di là degli  $R_t$  e degli  $R_0$  calcolati. Gli  $R_t$  e gli  $R_0$  che avevamo calcolato in quel momento erano basati su una conoscenza molto parziale e insufficiente rispetto al vero numero della popolazione contagiata. È difficile prendere un provvedimento cogente di un certo tipo in presenza del nulla (perché in quel momento c'era il nulla) in presenza di indicazioni e raccomandazioni che provenivano da un altro Paese.

Sicuramente una cautela maggiore sarebbe stata utile; la sospensione degli eventi di massa sarebbe stato un provvedimento utile. Avrebbe cambiato qualcosa nei numeri finali? Probabilmente no. Avrebbe cambiato qualcosa nei numeri iniziali? Probabilmente sì. Avrebbe rallentato in qualche misura la diffusione? Probabilmente sì, perché comunque non c'è stata una temporalizzazione così ristretta nel tempo e massiccia nella diffusione.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

COLUCCI Alfonso (*M5S*). Signor Presidente, in realtà la mia è una postilla di correzione, una *errata corrige*, perché ho dichiarato che il DPCM era del 6 marzo, in realtà è dell'8 marzo e, quindi, anche ai fini di una corretta verbalizzazione, il mio *lapsus* viene ad essere corretto.

In realtà il DPCM dell'8 marzo del 2020 riguardò la chiusura dell'intera Regione Lombardia, oltre che di quattordici Province poste al di fuori del territorio lombardo. Insomma, anche ai fini della verbalizzazione era necessario che intervenissi con questa postilla di correzione.

ZEDDA (*FdI*). Dal verbale della task force del 18 febbraio 2020, cui era presente peraltro anche il ministro Speranza, risulta un'illustrazione con delle *slide*, attribuita all'allora direttore scientifico dello Spallanzani, Giuseppe Ippolito, che in via confidenziale afferma: “nella tarda serata di ieri le autorità cinesi hanno anticipato che nelle prossime 48 ore saranno resi noti (...)”. Dette slide contengono dati molto attendibili e dettagliati per età,

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

patologia e genere sul coronavirus, dal cui esame emergerebbe che la maggior parte dei decessi sia legata a patologie quali malattie cardiovascolari, ipertensione e diabete.

La ricostruzione dei dati viene effettuata a partire dall'8 dicembre 2019. Dal verbale è come se non si evincesse il fatto che chi partecipava alla *task force* fosse in qualche modo sorpreso che si stesse parlando dell'8 dicembre 2019, cioè che i dati cinesi fossero riferiti già a quel periodo, dimostrando che in Cina si moriva già in quel periodo per Coronavirus, anche se la notifica all'OMS è del 31 dicembre, come abbiamo detto in tutte le salse, in tutti i modi e anche oggi con lei e con chi l'ha preceduta in questi mesi. Lei era al corrente di questo verbale?

*GUERRA*. Non ero assolutamente al corrente di questo verbale, però c'è una conferma: l'eccesso di mortalità limitato alla tarda età della vita e alla presenza di polimorbosità.



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Credo che una delle prime discussioni che ebbi con Brusaferrò al mio arrivo all'Istituto superiore di sanità fu sull'avvio di un'analisi delle cartelle e delle denunce di morte, proprio per capire chi si ammalasse, ma soprattutto chi morisse e con quali caratteristiche. Già allora i colleghi dell'Istituto stavano raccogliendo dati che indicavano come ci fosse un'altissima concentrazione di mortalità tra gli ultrasessantacinquenni con almeno tre o quattro patologie presenti, tra cui, come lei diceva molto giustamente, patologie respiratorie pregresse, patologie oncologiche o ipertensione.

ZEDDA (*FdI*). Per arrivare alla mia domanda devo citare la sua memoria inoltrata alla procura di Bergamo, dove lei sostiene che il dottor Zambon non abbia ritirato il rapporto per pressioni sue in relazione all'aggiornamento del piano pandemico, ma su richiesta dell'OMS Cina, per inesattezze sulla *timeline* della pandemia, che contraddicevano la *timeline* ufficiale dell'OMS. A tal proposito è significativo uno scambio di email che lei allega alla memoria.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

In data 14 maggio 2020, il dottor Gauden Galea, nonché il più alto rappresentante dell'OMS in Cina, scriveva a Zambon con caratteri rossi in grassetto nel merito delle inesattezze della *timeline*: si prega di rimuovere immediatamente il documento dal *web*, consideratelo un'emergenza. In modo particolare nella *timeline*, chiamata rapporto «China Box», si contestava il seguente passaggio: il Covid-19 è stato segnalato in Cina il 31 dicembre 2019, quando le autorità locali di Wuhan hanno informato l'Ufficio nazionale dell'OMS di ventisette casi di polmonite di eziologia sconosciuta, apparentemente collegati a un mercato locale. Circolavano voci riguardo ad una sindrome respiratoria acuta grave SARS, cui mi sembra che lei stamattina forse avesse già fatto riferimento. L'espressione secondo cui “circolavano voci riguardo alla sindrome respiratoria acuta grave SARS”, che si chiedeva a Zambon di rimuovere, è esattamente coerente con quanto scritto da Roberto Speranza nel suo libro «Perché guariremo».

Riporto il periodo dell'allora ministro Speranza: Era tutto il mese che si rincorrevano le voci sui nuovi focolai virali in quella provincia e che

consultavo le notizie con più attenzione del solito, vagliando quelle provenienti da Oriente. Ovviamente si tratta di una frase riferita a un periodo antecedente al 31 dicembre.

La mia domanda è quando l'OMS Cina ha saputo che vi erano potenziali focolai epidemici in Cina e quali azioni sono state messe in atto dall'OMS per verificare quanto stesse accadendo in Cina prima del 31 dicembre 2019 e se sono iniziate delle interlocuzioni con le autorità sanitarie cinesi per affrontare la questione. Interlocuzioni, ovviamente, tra OMS e autorità sanitarie cinesi.

*GUERRA.* Mi dispiace, senatrice, ma non sono in grado di risponderle, perché io ero in Repubblica Democratica del Congo, stavo facendo un'altra cosa e prima del 5 o 6 marzo non mi interessavo e non mi sono interessato né di Covid, né di Cina, né tantomeno di quello che stava succedendo in Italia, al di là del sentito dire. Non ho cognizione di quali fossero i rapporti più o meno confidenziali tenuti dall'Ufficio OMS di Pechino con le autorità

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

sanitarie cinesi e di quali fossero le interlocuzioni che poi erano state riferite direttamente al quartier generale. Immagino che ci fossero, ma non lo so.

Tra l'altro, le segnalo come l'OMS abbia al suo interno un'organizzazione vera e propria dedicata esclusivamente all'emergenza, che si chiama World Health Emergency, che è stata diretta fino a poco tempo fa dal vice direttore generale, Mike Ryan, che l'ha strutturata in una certa maniera, molto verticale. L'informazione fluiva all'interno di questa struttura e, da questa struttura, direttamente al Direttore generale e poco se ne sapeva. Mi dispiace non poterla aiutare su questo.

PRESIDENTE. In parte aveva forse già risposto stamattina a questa domanda.

ZEDDA (*FdI*). Ho una domanda sul cosiddetto piano segreto. Parto dalla domanda e poi metto a verbale due parti del piano segreto. Da esperto di

sanità pubblica quale lei è, ci conferma che il piano segreto è a tutti gli effetti nella sua struttura un piano sanitario di risposta?

Vorrei che venisse messo a verbale cosa c'è scritto nell'indice del piano: punto 1, razionali obiettivi e ambito di applicazione; punto 2, scenari definiti in base al livello di rischio e alla capacità di risposta del Servizio sanitario nazionale; punto 3, fasi operative; punto 4, coordinamento; punto 5, monitoraggio e valutazione; punto 6, cronoprogramma e scenari nn. 2, 3 e 3-bis; punto 7, riferimenti normativi.

Vorrei altresì che venisse messo a verbale quello che riporta in premessa il piano. Lo scopo del presente piano è garantire un'adeguata gestione dell'infezione in ambito territoriale e ospedaliero senza compromettere la continuità assistenziale, razionalizzando l'accesso alle cure per garantire l'uso ottimale delle risorse.

*GUERRA.* Questo è il piano Covid a cui ho avuto accesso verso ottobre del 2020, quindi l'ho letto in quell'occasione. L'ho letto in quell'occasione in

quanto prima era secretato, perché non avevo partecipato alle sedute di discussione dello stesso. Quindi, le posso dare una lettura con il senno di poi.

ZEDDA (*FdI*). Ma la domanda è tecnica: era un piano di risposta?

GUERRA. Penso di sì, era un piano o comunque un documento che serviva a guidare la risposta in quel momento. È difficile avere un piano che cerca di governare un'epidemia in corso. Mi spiego meglio: è difficile mitigare l'impatto di un'epidemia al galoppo di questo genere nel momento in cui si interviene scrivendo qualche cosa, prendendo atto di quella che è la situazione. C'erano circolari, DPCM e tutta una serie di iniziative che andavano in quella direzione, che probabilmente del piano non avevano neanche tenuto conto, perché il piano era già stato superato dall'evidenza fattuale e dalla corsa del virus nel momento in cui era stato discusso ed era stato scritto. I piani servono un po' prima, per strutturare un livello di

preparazione, un livello di capacità, di identificazione e di risposta prima che certe cose accadano.

Lei mi cerca di portare sulla definizione di piano piuttosto che di scenari, com'è stato discusso successivamente nel dibattito pubblico, ma non le so dare una risposta. Per me sono terminologie che non hanno molto senso. Era un documento che serviva a guidare le attività della struttura di comando e determinare quali risorse dovessero andare dove e in base a quali letture di natura biostatistica ed epidemiologica venivano compiute.

PRESIDENTE. Non ricordo la data, però oltre alla commissione di questo piano, sono state impiegate delle persone, tra cui il dottor Maraglino se non ricordo male, anche per l'aggiornamento del piano pandemico, contestualmente alla scrittura di questo piano.

Le chiedo qual è il senso, in piena pandemia, già in fase conclamata a marzo, di mettersi ad aggiornare il piano pandemico influenzale del 2006? Che senso ha, quindi, utilizzare delle persone e delle risorse per aggiornare

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

il piano pandemico del 2006, mentre si è in piena pandemia, contemporaneamente ad altre persone che creano un piano o un non piano - non ci focalizziamo sulla definizione - che invece riguarda specificatamente il Covid?

*GUERRA.* Anche qui mi fa una domanda a cui non ho la possibilità di rispondere. Che senso ha? Probabilmente il senso è preparare l'assetto nazionale a quella che poteva essere una seconda ondata, per esempio, ondata che poi c'è stata e che non è stata governata con un piano aggiornato, perché il piano è stato aggiornato, se non sbaglio, a gennaio del 2021.

Il tentativo è quello di portare risorse aggiuntive, economiche e finanziarie, che sul piano precedente erano vicine allo zero, come le avevo detto; quindi, la possibilità di avere una struttura amministrativa, e tecnica, finanziata che potesse permettere una risposta migliore, più aggiornata rispetto alle situazioni contingenti.



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Però vi inviterei ancora, se è nelle vostre intenzioni e nelle vostre capacità, a cercare di capire cosa c'era nel Piano nazionale di difesa, perché quello era un piano esistente, secretato, che prevedeva tutta una serie di azioni e attività con una catena di comando che faceva capo alle prefetture. Di questo nessuno parla, nessuno ha mai parlato e dal mio punto di vista è abbastanza bizzarro. Vi inviterei a fare una verifica anche su questo, perché, chi lo sa, magari c'era scritto qualcosa di importante.

PRESIDENTE. È normale che dei membri dell'OMS nel corso della pandemia siano stati anche all'interno di organismi tecnici dei singoli Governi? La sua posizione era particolare, nel senso che lei era ancora rappresentante dell'OMS, ma Allo stesso tempo “ricopriva” anche un ruolo interno a uno Stato membro, tra l'altro il suo Stato membro. Volevo chiedere se questa è una procedura normale.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

È altresì a conoscenza se anche altri Stati abbiano richiamato membri dell'OMS del proprio Paese all'interno di Comitati tecnico-scientifici, o come li chiamano negli altri Paesi?

*GUERRA.* Non necessariamente della stessa nazionalità. Come ho cercato di dire, l'urgenza proposta a Tedros Ghebreyesus era tale per cui la scelta era caduta su un apicale, casualmente di nazionalità italiana, che parlasse la lingua e avesse una conoscenza dei meccanismi di governo, in modo tale da poter essere operativi immediatamente.

In altri Paesi anglofoni può andare qualsiasi anglofono; in altri Paesi francofoni qualsiasi francofono, non necessariamente della stessa nazionalità. È normale che molto spesso il Paese affidi all'Ufficio OMS l'intera organizzazione della risposta. Sono generalmente i Paesi in via di sviluppo che non hanno una capacità tecnica propria ritenuta all'altezza di gestire una risposta.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

In Congo, a Kinshasa, partecipai alle prime esercitazioni di contenimento e simulazione dell'arrivo di casistica per via aerea e di contenimento ed isolamento all'aeroporto di Kinshasa. Vi partecipai su richiesta del Ministro, quindi niente di formale.

Il mio ruolo in CTS è sempre stato di assistenza; tengo a sottolinearlo. Era un ruolo di assistenza e raccordo, non un ruolo che prevedesse momenti decisionali particolari.

PRESIDENTE. Quello che le chiedo io è: non è che l'OMS l'ha mandata nel CTS, ma è il ministro Speranza, da quello che ci ha riferito stamattina, che l'ha chiamata e le ha chiesto di collaborare con il CTS.

GUERRA. Sì, con un'ordinanza del Capo dipartimento che mi inseriva nel CTS. Sì, certamente.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

PRESIDENTE. Le chiedo se questo sia normale. Un conto è che l'OMS la manda in Congo, perché lei è un esperto, non è del Congo e quindi la manda lì a gestire una cosa. Un conto è se il proprio Paese chiama un membro dell'OMS, che è dello stesso Paese, all'interno del proprio organismo tecnico-scientifico. Volevo capire se questo processo è normale.

Glielo chiedo e allego anche la seconda domanda: secondo lei perché Speranza l'ha chiamata all'interno? In ossequio alla lettera che ci hanno mandato l'Organizzazione mondiale della sanità in teoria è un organismo terzo e indipendente, che ci tiene pure troppo a esercitare la sua indipendenza in qualche maniera, visto quello che ci hanno scritto. Quindi, il fatto che un membro dell'OMS italiano vada all'interno di un organismo tecnico italiano mi è parso strano.

La seconda domanda è la seguente: secondo lei, al netto delle sue grandissime competenze, che nessuno mette in discussione, perché Speranza l'ha chiamata? Mi viene anche da pensare però che al Governo italiano facesse comodo avere qualcuno che dialogasse direttamente con l'OMS.

*GUERRA.* Il compito era esattamente questo e prendeva le mosse dall'isolamento in cui si trovava l'Italia in quel momento. C'era un compito di assistenza e di collaborazione, ma anche di rottura e di isolamento, quindi di esternalizzazione delle attività importanti che l'Italia stava mettendo a punto e di quelle che erano le esperienze italiane, che - ricordo ancora - erano di almeno due settimane precedenti rispetto a quello che poi sarebbe successo in tutti gli altri Stati membri europei. Quindi, era un elemento prezioso di conoscenza che poteva essere divulgato e disseminato.

Niente di strano per quanto riguarda la presenza all'interno di organismi nazionali. Il collega Zambon, che lei ha citato poco fa, era nel CTS regionale del Veneto. Anche su questo non vi è niente di particolare. Non si applica generalmente agli uffici OMS presenti nel Paese; la nazionalità di appartenenza in questo caso è un elemento ostativo. Ci sono alcune eccezioni: per esempio, la direttrice dell'ufficio OMS in Montenegro è una cittadina montenegrina. Io, a suo tempo, avevo trasmesso il desiderio del

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Ministero della salute di attivare un ufficio OMS in Italia, lo avevo trasmesso all'ufficio regionale di Copenaghen e mi ero immediatamente ritirato da ogni tipo di negoziazione e discussione proprio per questo motivo. Essendo infatti italiano, non potevo e non avrei mai potuto ricoprire neanche un ruolo negoziale per l'attivazione di un ufficio di rappresentanza dell'organizzazione. Viceversa, l'aspetto tecnico è un'altra cosa.

PRESIDENTE. Gliel'ho chiesto, proprio perché, rispetto alla nota vicenda Zambon, di cui lei è diventato alla fine l'unico...

GUERRA. Il “pollo”, com'è scritto nel libro.

PRESIDENTE. Lei chiaramente si è attivato in maniera significativa rispetto a questo report, senza entrare nel merito, perché mi interessa giusto quello di cui si è parlato pubblicamente. È intervenuto in maniera decisa rispetto alla modifica o ritiro del report e anche attraverso le sue comunicazioni con il

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

Ministero, rispetto alla sua attività di correzione di quelli che lei riteneva errori, sia di contenuto sia eventualmente di mancato interesse del Governo nazionale, lei si è attivato in maniera molto significativa e ha relazionato il Ministero anche rispetto a questa sua attività.

Volevo chiedere, visto che lei in quel momento era dentro il CTS e aveva il collegamento con l'OMS, se questa sua attività sia stata una sua iniziativa e se abbia agito in maniera totalmente autonoma. Di fatto, la responsabilità se l'è poi assunta solo lei o, almeno da quello che è emerso pubblicamente, è diventato l'unico responsabile. Vorrei sapere se c'era anche un interesse da parte del Governo italiano rispetto al ritiro, alla modifica del report, al coinvolgimento e quant'altro.

*GUERRA.* Nella documentazione che avete ricevuto stamattina c'è anche la risposta dell'OMS alla rogatoria della procura di Bergamo, con la traduzione in italiano per darvi modo di seguire la realtà dei fatti.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

La realtà dei fatti è importante. Non ho avuto alcun ruolo nel ritiro del documento. Questo documento è stato ritirato per decisione del coordinatore del team di autori. Non è stato ripubblicato per decisione del Direttore regionale dell'ufficio di Copenaghen, da cui l'ufficio di Venezia dipendeva. Io ho semplicemente tentato di salvarlo, dando modo al Governo di mantenere quel ruolo di rilettura ed eventuale proposta di un allegato esplicativo, che la procedura OMS prevede nel caso in cui venga elaborato un rapporto su un Paese sovrano.

Mi spiego meglio: se il rapporto fosse stato su cosa aveva fatto l'OMS in Italia, sarebbe andato per conto suo. Visto che il rapporto era su cosa aveva fatto l'Italia durante la pandemia, sarebbe dovuto andare alla lettura dell'autorità di Governo, a cui doveva essere dato modo di correggere, proporre emendamenti, precisazioni e ulteriori informazioni (perché le informazioni, checché se ne dica, erano carenti). Le correzioni potevano essere recepite o meno dagli estensori del rapporto; se recepite, specificando quali correzioni erano state fornite; se non recepite, dovevano essere



raggruppate in un allegato denominato “quello che il Governo ritiene rispetto a quanto presentato nel rapporto”.

Tutto il resto - mi dispiace dirlo, perdonatemi l'espressione - sono balle. Sono balle giornalistiche, inventate da chi evidentemente, essendosi messo in malattia il giorno stesso della pubblicazione, riteneva di non dover rispondere di certe responsabilità. Il chiarimento viene dato nella risposta alla rogatoria, che è non soltanto la posizione ufficiale, ma la posizione documentata.

Se lei mi dice che io ho intrapreso azioni di vario tipo, le rispondo di sì. Sono state azioni che tentavano di dare una legittimità al rapporto tra l'OMS e lo Stato membro di cui si parla (l'Italia), basate sul fatto che un rapporto di fiducia era stato comunque costruito, al punto che le risorse per l'estensione del rapporto derivavano da un finanziamento del Kuwait a favore dell'Italia. Di fatto, erano 110.000-120.000 dollari, che venivano sottratti all'assistenza tecnica all'Italia per l'estensione di un rapporto. Questo rapporto doveva poi portare, nell'architettura che avevamo discusso con il

Ministro, ad una possibilità di garanzia di assistenza tecnica da parte dell'Italia ad altri Stati membri, soprattutto della provincia balcanica, dipendenti dall'Ufficio regionale di Copenaghen.

Quello che ho cercato di fare, prendendomi la colpa di tutto, era evitare che ci fossero rappresaglie nei confronti dell'ufficio di Venezia, che aveva disatteso la procedura. Le ricordo che era una procedura che era cominciata con la presentazione di una bozza di indice di questo rapporto al Ministro, per chiederne il gradimento e su cui il Ministro aveva espresso un gradimento. Ma poi il rapporto è stato tutta un'altra cosa, non rispecchiava assolutamente quello che era stato proposto per l'approvazione.

L'idea iniziale era stata di chi le parla e prevedeva la pubblicazione su «The Lancet» del caso Italia. Su questo avevo concordato con l'editore Richard Horton, che mi aveva dato via libera per qualsiasi cosa il Governo italiano, l'Italia e il mondo scientifico italiano in quel momento volessero raccontare al resto del mondo. Al momento della pubblicazione del rapporto c'erano almeno 1.500 lavori scientifici già generati dal mondo della ricerca

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

universitaria, accademica e professionale italiana, che purtroppo il rapporto non aveva neanche preso in considerazione, per quelle che erano le evidenze maturate fino a quel momento. Quindi, anche qui, vi chiedo veramente la gentilezza di basarci sui fatti piuttosto che sulle venti trasmissioni televisive che Ranucci e Giletti, per motivi loro - su cui ho una mia idea, ma non voglio indagare, perché la magistratura ci sta già pensando - hanno inteso attivare.

PRESIDENTE. Io non sono entrato nel merito, anche perché ci sono diversi contenziosi che ha riportato nella sua *slide* iniziale.

GUERRA. Mi perdoni, Presidente, mi permetta di dire una cosa: il contenzioso sul rapporto non esiste. C'è soltanto una querela civile per diffamazione, che verrà discussa a ottobre del 2027.

PRESIDENTE. Quello che le volevo chiedere e che lei ha in parte anticipato è questo: lei ha detto di essersi preso tutta la colpa. Volevo capire questa cosa. Lei dice di essersi preso tutta la colpa.

GUERRA. Nei confronti del Ministero. L'ho fatto per un motivo molto semplice.

PRESIDENTE. Si è preso la colpa nei confronti del Ministero. Perché? Non ho visto poi, rispetto a questa mediaticità del caso, un esercito di difensori della sua posizione. Al netto della sua posizione, di quella di Zambon e del team di Venezia, ognuno ha portato le sue argomentazioni.

Io non ho letto la rogatoria che ci ha portato questa stamattina e che approfondiremo e non entro nel merito delle argomentazioni sue, del team di Venezia o di altri, ma dico che lei si è assunto una responsabilità, intervenendo in vario modo. È chiaro, infatti, che lei sia intervenuto e lo sostiene anche lei, al netto del suo avere o meno ragione. Lei dice di essersi

preso tutta la colpa e non ho visto uno stuolo di difensori per l'esercizio di questa azione, che magari era giusta, come dice lei; anche del Ministero, perché lei l'ha fatto in tutela - da quello che dice - del Governo italiano e del Ministero, che aveva disappunto.

*GUERRA.* L'ho fatto anche a tutela dell'ufficio di Venezia, paradossalmente, per un motivo molto semplice. La decisione di un Ministro offeso da una disattenzione così plateale della procedura poteva anche portare alla chiusura dell'ufficio medesimo. L'ufficio di Venezia è cofinanziato dalla Regione Veneto, dal Governo italiano e in parte dell'OMS di Copenaghen. In un caso come questo, il Governo poteva semplicemente decidere di chiudere l'ufficio, di dichiararlo non più gradito, perché si era consumato un atto procedurale totalmente difforme da quello che l'OMS richiede e prescrive e da quello che lo Stato membro ha il diritto di aspettarsi.

In un momento così delicato, così difficile e articolato, ci vuole chiarezza e soprattutto completezza di dato e di informazione. Io non ero

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

intervenuto - mi dispiace in questo caso non essere d'accordo con quello che ha detto lei – pesantemente; posso essere intervenuto mediaticamente e con email particolarmente pesanti, ma non sono intervenuto a livello procedurale, perché era completamente fuori dalla mia catena di comando. L'ufficio di Venezia dipende da Copenaghen ed io con Copenaghen non ho niente a che fare e non ho mai avuto niente a che fare, tantomeno con l'ufficio di Venezia, dal momento in cui ero funzionario presso il quartier generale di Ginevra. Io avevo detto a Zambon, intervenendo perché gli fosse garantita l'approvazione a Ginevra (perché non c'era e l'ufficio legale di Ginevra non ha mai autorizzato la pubblicazione), anche a sua cautela, di inserire degli elementi che fossero oggettivi. Le tabelle di mortalità erano completamente sballate, l'analisi filogenetica sull'ingresso del virus in Italia non era presente, l'analisi critica degli oltre mille lavori già pubblicati non c'era. Era un'espressione di opinioni da parte di personaggi che non erano neppure nazionali. Erano esperti reclutati fuori dai confini, tra cui un belga, che era

l'ex capo di gabinetto del direttore regionale, residente a Trieste, ma certamente non nazionale.

Quindi, un certo tipo di delicatezza non era evidentemente nelle corde degli estensori. Questo ha portato alla non pubblicazione della prima versione del rapporto. Il rapporto poi, rivisto e corretto, anche con degli errori di sostituzione di tabelle regionali (una Regione con l'altra), venne ripubblicato autonomamente e senza alcuna interferenza da parte mia e di nessun altro. È su quel rapporto pubblicato, su quella versione, che si attivò l'ufficio di Pechino dell'OMS, richiedendo a Zambon l'immediato ritiro dello stesso, cosa che lui fece autonomamente, informandone l'ufficio di Copenaghen (non me e non Ginevra), che aveva titolarità su questa procedura. Lui dice di aver corretto quello che gli era stato ordinato di correggere dall'ufficio di Pechino, di cui io non so nulla e, a quel punto, il blocco venne determinato dall'opposizione del direttore regionale Kluge, che in completa autonomia e senza che nessuno gli dicesse “ma”, ne proibì la ripubblicazione.

Ne parlò con Speranza? Penso di sì, perché ci sono delle conversazioni tra Kluge e Speranza; cosa si siano detti non glielo so dire, perché nessuno me l'ha mai raccontato, però, a suo tempo, immediatamente dopo, avevo proposto il salvataggio del rapporto, chiedendo a due tecnici dell'Istituto superiore di sanità di raggiungere il gruppo di estensori di Venezia per fornire le informazioni che il rapporto non aveva utilizzato, perché forse non le conosceva, o perché aveva deciso di non utilizzarle; questo sinceramente non glielo so dire. A quel punto, i due tecnici erano stati individuati da Brusaferrò, erano pronti ad andare a Venezia per salvare il salvabile. A quel punto, gli estensori del rapporto si rifiutarono di rimettersi al lavoro e, come atto finale, Kluge lo definì un rapporto morto, perché era entrata in funzione un'altra procedura, che si chiama *intra-action e post action review*, che è una procedura standard che l'OMS propone a tutti gli Stati membri.

PRESIDENTE. Facevo riferimento, se non ricordo male, a un procedimento di fronte al tribunale di Venezia, forse per violenza privata e minacce, che



*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

credo si sia concluso con l'archiviazione. Era quello il procedimento a cui facevo riferimento.

*GUERRA.* Sì, ho consegnato le carte anche di quello.

*PRESIDENTE.* Si era concluso con la richiesta di archiviazione.

*GUERRA.* Non la richiesta, la disposizione di archiviazione.

*PRESIDENTE.* C'è all'interno della documentazione che ci ha mandato?

*GUERRA.* C'è tutto quanto, compresa la disposizione di archiviazione del gip e compreso, se non sbaglio, il documento su cui era stata impostata l'accusa di violenza privata, ovvero una schermata Whatsapp vuota.

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

PRESIDENTE. Era un'archiviazione nel merito, o è stata un'archiviazione legata all'immunità funzionale?

GUERRA. Nel merito. Legga bene, perché il gip dice: comunque c'è un'immunità, però, entrando nel merito, dà la descrizione della sua decisione.

ZEDDA (*FdI*). Ha parlato più di una volta delle analisi delle acque reflue fatte con i campioni di Torino e Milano, presi a dicembre. Quando sono state fatte le analisi?

GUERRA. Le analisi sono state fatte tra febbraio e marzo. I risultati sono stati pubblicati su una pubblicazione scientifica dei colleghi dell'Istituto dei primi di aprile. Il rapporto analitico è stato compiuto sui campioni disponibili ultimi più recenti, che erano quelli di metà dicembre per Milano, Torino e Bologna.

Avevo precisato che non era stato possibile andare più indietro nel tempo, perché la conservazione dei campioni avviene per un certo periodo di tempo, dopodiché vengono scartati. Quindi, i più remoti possibili erano quelli di metà dicembre. Tuttavia, c'è un'evidenza su campioni biologici presi dall'Istituto tumori di Milano dei primi di settembre, con le prime tracce di contaminazione virale su un paziente oncologico.

PRESIDENTE. Dottor Guerra, *a posteriori*, riscriverebbe i messaggi che sono agli atti, particolarmente veementi - possiamo dire così - a Brusaferrò rispetto al report Zambon? Oggi riscriverebbe quei messaggi?

GUERRA. Eticamente sì, perché ritengo che si sia infranta l'etica professionale, tecnica e scientifica in maniera particolarmente seria. Quando c'è una simile violazione, io non sono un freddo burocrate - come si direbbe - e mi ritengo anche offeso personalmente da quello che è stato fatto. Da questo punto di vista certamente sì; sapendo qual è stata la reazione della mia

organizzazione e di tutto il contesto che in qualche modo ho cercato di proteggere, perché questa era l'intenzione, non lo so. Probabilmente li lascerei per conto loro, a risolversela per conto loro.

PRESIDENTE. Ma la sua organizzazione sapeva che si era attivato? Le ha contestato questo attivismo?

GUERRA. La mia organizzazione riceveva settimanalmente tutta la mia reportistica confidenziale indirizzata a Tedros Ghebreyesus e a Kluge. Questa reportistica era disponibile sull'Intranet dell'OMS. Parte di questa reportistica, forse tutta, è stata downloadata - perdonatemi l'espressione - da parte del collega e messa in disponibilità agli organi di stampa e alle due trasmissioni televisive. C'è, purtroppo per lui, una traccia precisa di chi ha fatto il download.

L'organizzazione non attende dei quesiti ufficiali e risponde per iscritto, come vi hanno comunicato, a questi quesiti ufficiali. Il senso della

risposta alla rogatoria era per l'appunto questo: dateci una serie di quesiti scritti, vi rispondiamo nella stessa maniera. Per questo motivo ho inteso inserirla, perché, mentre la rogatoria è stata pubblicata da «Report» e da altri giornali evidentemente velinati dalla procura di Bergamo, la risposta alla rogatoria non è stata mai divulgata e, anche qui, si potrebbe aprire un dibattito.

ZEDDA (*FdI*). Questa mattina lei ha usato l'espressione “foglia di fico” riferendosi all'Italia, che in qualche modo giustificava tutte le scelte fatte riferendosi a raccomandazioni dell'OMS.

Nelle email che lei si scambia con la dottoressa Salvi, parlate appunto del rapporto Zambon - non leggo tutto, leggo solo delle parti - e la dottoressa Salvi scrive: “Io penso che abbia un notevole potenziale, ma conoscendo il campo di azione, vedo questo rapporto come una vera e propria bomba mediatica. In molti casi, rilasciando interviste, Ranieri ed io abbiamo cercato di arginare le critiche che questo rapporto denuncia completamente. Il mio

suggerimento è di rivedere il tono e mitigare le parti più problematiche”.

L'email poi continua.

La mia domanda è se l'OMS abbia cercato di arginare questo rapporto, le notizie bomba dal punto di vista mediatico che questo rapporto riportava. L'Organizzazione ha cercato di coprire politicamente alcune scelte politiche fatte in Italia da Conte e Speranza, dalla gestione PD e 5 Stelle?

*GUERRA.* Per quanto di mia conoscenza, no. Quella non era una email indirizzata a me, quella era una email indirizzata dalla dottoressa Salvi a Zambon, non a me. Quindi, precisiamo i termini. La pubblicazione e il ritiro sono stati decisi autonomamente da una struttura che non fa capo al quartier generale di Ginevra. Anche su questo - le ripeto - quello che è l'evidenza. Che sia stata decisa per pressioni dell'ufficio di Pechino, o che sia stata decisa per altri motivi, questo non glielo so dire. Sinceramente avrei preferito vedere il rapporto ripubblicato con il completamento delle parti carenti,

*Resoconto stenografico n. 52*

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

*Seduta n. 54 del 22 luglio 2025*

**BOZZE NON CORRETTE**

perché mi sembrava che in questa maniera avremmo fatto un buon servizio e si sarebbe compiuto un buon lavoro. È stato deciso diversamente.

Io sono a conoscenza delle mie email, non sono a conoscenza delle email di tutti gli altri, se non di un paio di email scambiate da Zambon con il suo direttore regionale, in cui il suo direttore regionale gli raccomanda di non far ricadere tutto quanto su di me, quindi di cercare di depistare in qualche misura. È una email agli atti da qualche parte dei processi, quindi anche questa è pubblica e sicuramente da verificare e interpretare.

PRESIDENTE. Non ci sono altre domande.

Ringrazio l'audito e dichiaro conclusa l'audizione in titolo.

*I lavori terminano alle ore 22,37.*