



Senato della Repubblica

Camera dei deputati

Giunte e Commissioni

XIX LEGISLATURA

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 20

**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 DOTTOR EUGENIO SERRAVALLE, PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE STUDI E INFORMAZIONI SULLA SALUTE

AUDIZIONE DEL PROFESSORE GIORGIO PARISI, PREMIO NOBEL PER LA FISICA

22<sup>a</sup> seduta: martedì 25 febbraio 2025

Presidenza del vice presidente CIANCITTO

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

*Seduta n. 22 del 25-02-2025* **BOZZE NON CORRETTE**

## **INDICE**

### **Sulla pubblicità dei lavori**

**PRESIDENTE:**

- CIANCITTO (*FDI*), *deputato*

### **Audizione del dottor Eugenio Serravalle, presidente dell'Associazione studi e informazioni sulla salute**

**PRESIDENTE:**

*SERRAVALLE Eugenio*

- CIANCITTO (*FDI*), *deputato*

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

COLUCCI Alfonso (*M5S*), *deputato*

DE CRISTOFARO (*Misto*), *senatore*

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

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

RONZULLI (*FI-BP-PPE*), *senatrice*

TREMAGLIA (*FDI*), *deputato*

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

ZARATTI (*AVS*), *deputato*

### **Audizione del professore Giorgio Parisi, premio Nobel per la fisica**

**PRESIDENTE:**

*PARISI Giorgio*

- CIANCITTO (*FDI*), *deputato*

BERRINO (*FdI*), *senatore*

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

COLUCCI Alfonso (*M5S*), *deputato*

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

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

RONZULLI (*FI-BP-PPE*), *senatrice*

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

ZARATTI (*AVS*), *deputato*

### **Comunicazioni del Presidente**

**PRESIDENTE:**

- CIANCITTO (*FDI*), *deputato*

*Resoconto stenografico n. 20*

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

*Seduta n. 22 del 25-02-2025* **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; MOVIMENTO 5 STELLE: M5S; FORZA ITALIA - BERLUSCONI PRESIDENTE - PPE: FI-PPE; 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. 20*

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

*Seduta n. 22 del 25-02-2025* **BOZZE NON CORRETTE**

*Intervengono il dottor Eugenio Serravalle, presidente dell'Associazione studi e informazioni sulla salute, accompagnato dal dottor Sergio Segantini, medico chirurgo appartenente al direttivo della medesima Associazione, e il professore Giorgio Parisi, premio Nobel per la fisica.*

*I lavori hanno inizio alle ore 11,05.*

***SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI***

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

Tale trasmissione potrà essere interrotta, anche solo temporaneamente, ove le circostanze lo richiedano. Inoltre l'audizione potrà essere, ove ne emerga la necessità, in tutto o in parte secretata; in tal caso, il resoconto stenografico verrà comunque redatto e conservato in regime di segretezza.

***PROCEDURE INFORMATIVE***

**Audizione del dottor Eugenio Serravalle, presidente dell'Associazione studi e informazioni sulla salute**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del dottor Eugenio Serravalle, presidente dell'Associazione studi e informazioni sulla salute.

Rivolgo anzitutto un saluto e un ringraziamento al nostro ospite, che sarà sentito nella forma della libera audizione nell'ambito del ciclo dedicato all'acquisizione di dati e rilievi epidemiologici.

Lascio la parola al dottor Serravalle, affinché svolga la sua relazione che avrà una durata di circa venti minuti di tempo, in modo tale da dare poi la possibilità ai commissari di rivolgergli alcune domande.

*SERRAVALLE.* Signor Presidente, dichiaro innanzitutto di non essere in alcuna situazione di conflitto di interesse. Credo che questa sia una dichiarazione che ogni medico dovrebbe fare o essere in grado di fare, quando affronta temi di salute pubblica. Io sono pediatra e quindi tratterò della Covid prevalentemente sotto l'aspetto pediatrico, ma non per questo non devo considerare il contesto generale. Mi è stato chiesto di affrontare la prima parte della pandemia, per cui la mia relazione si concentrerà esclusivamente su questo primo periodo.

Inizio da quello che è definito l'indice del rigore, cioè le misure che sono state adottate nei vari Paesi europei per contrastare la diffusione pandemica, valutando l'opportunità di tali misure. L'Italia è l'unico Paese al di sopra dei 70 punti (74,2) nello Stringency Index, che valuta nove parametri; è in assoluto il Paese che ha chiuso di più e che ha attuato un lockdown più serrato, distanziando anche Paesi che hanno totalizzato un punteggio piuttosto elevato, sopra i 65 punti. Vi invito a osservare quali sono: il Regno Unito, la Spagna e la Grecia, che sono sotto di noi da 7 a 9 punti. Nonostante questo, la mortalità totale nei Paesi occidentali vede purtroppo l'Italia al primo posto e, sempre nei primi posti, gli altri Paesi che hanno adottato delle misure restrittive così severe. Questo è un dato che va dall'inizio del 2020 e si ferma all'inizio del 2021. Ho sottolineato il dato della Svezia, che è nettamente migliore di quello della maggior parte dei Paesi europei, per i motivi che esporrò in seguito.

Questo è invece il confronto della mortalità per Covid. Quella precedente era la mortalità generale, questa invece è la mortalità per Covid. Qui non siamo al primo posto, ma siamo in un posto successivo, al secondo posto. Ovviamente il dato morti Covid è meno solido del dato di mortalità

totale, perché tutti noi sappiamo che ci possono essere state delle deficienze nella classificazione, se effettivamente i decessi fossero da attribuire alla Covid oppure no.

Un articolo interessante che ho trovato per l'audizione è del 18 febbraio 2025, quindi recente, anzi recentissimo, pubblicato sull'autorevole rivista "The Lancet", che certo non può essere accusata di niente. È stata valutata la perdita di aspettativa di vita nel triennio che va dal 2019 al 2021 e che quindi comprende il primo biennio pandemico: le *performances* peggiori sono state quelle di Grecia, Inghilterra, Scozia e Italia. Ve le illustro. Come potete vedere, la durata media della vita ha avuto una riduzione più marcata in Grecia (-0,61), in Inghilterra e in Scozia; in Italia -0,36. Invece i risultati migliori sono quelli dell'Irlanda, dell'Islanda e della Svezia, che non hanno avuto una riduzione dell'aspettativa di vita, ma hanno avuto un incremento della durata della vita media. Pertanto si può dire che le misure adottate in maniera così stringente hanno, ahimè, prodotto una riduzione dell'aspettativa di vita. Questo è il dato della Svezia, che ho citato prima, da cui si evince che, nonostante la Svezia nel 2020 abbia avuto un contenimento della mortalità inferiore rispetto agli altri Paesi nordici, poi in realtà nell'anno successivo

(2021) il dato è migliorato notevolmente ed è comunque sempre stato infinitamente migliore rispetto a quello dell'Italia.

Per tornare alla pediatria, segnalo l'andamento della mortalità nella fascia 0-14 anni. Abbiamo avuto una riduzione della mortalità nel 2020, mantenuta nel 2021. L'eccesso è iniziato dalla fine del 2022, per cause che sicuramente meritano di essere indagate, perché è stata una tendenza opposta rispetto a quello che si è verificato nel periodo di maggiore diffusione pandemica. I bambini - lo diceva l'OMS stessa nell'aprile 2020 - non sono i più colpiti dalla pandemia, ma rischiano di esserne le più grandi vittime. Ahimè, è proprio quello che è successo, perché nella prima fase della pandemia i dati sono questi: i bambini si sono ammalati meno degli adulti e, se contagiati da SARS-CoV-2, erano in genere asintomatici o presentavano sintomi lievi. Il ruolo dei bambini nella trasmissione del SARS-CoV-2 è stato limitato. Il confinamento domestico e la chiusura prolungata delle scuole hanno avuto conseguenze negative, gravi e di lunga durata sia sulla salute fisica che sulla salute psicologica dei bambini. Il rischio di infezione nei contesti educativi tra bambini è stato più basso rispetto a quello delle comunità in cui essi vivono. La chiusura prolungata delle scuole avrebbe causato più



decessi complessivi rispetto ad altre misure di contenimento della pandemia. Ricordo che l'Italia è stato il Paese europeo in cui le scuole sono state chiuse in un numero più del doppio della media europea stessa. La riapertura delle scuole non è stata associata a un significativo incremento della diffusione del virus, né ha inciso sul carico ospedaliero.

Queste sette affermazioni non sono un'opinione, come ci ha insegnato Sant'Agostino, dal momento che solo i fatti danno credibilità alle parole e come la medicina basata sull'evidenza ci insegna, per cui le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori prove scientifiche disponibili, mediato ovviamente dalle preferenze del paziente. Proprio per questo, se ho il tempo, illustro i vari punti che ho espresso, altrimenti posso aspettare le vostre domande. Tutti gli studi scientifici sono concordi: i bambini si sono ammalati meno degli adulti e, quando si sono ammalati, erano per lo più asintomatici o con sintomi lievi. Ho riportato fonti istituzionali della Regione Toscana o dell'ospedale pediatrico "Bambino Gesù". Un quesito per noi pediatri era: perché i bambini si ammalano di meno? Una risposta definitiva non siamo stati in grado di darla. Si è parlato di un'immunità

*Resoconto stenografico n. 20*

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

*Seduta n. 22 del 25-02-2025* **BOZZE NON CORRETTE**

naturale maggiore rispetto a quella dell'adulto; però di fatto ci chiedevamo perché i bambini si ammalassero di meno. I dati erano evidenti: già dal febbraio 2020 un primo report della Cina ci segnalava che soltanto l'1 per cento dei contagiati riguardava i bambini con meno di 10 anni e l'1 per cento i ragazzi tra i 10 e i 19 anni. Altri report dicevano che il 94 per cento dei casi pediatrici era asintomatico e che i casi gravi o critici erano rari, riservati per lo più a bambini con pluripatologia. Affermazioni provenienti da fonti ministeriali ci dicevano che la malattia correlata a Covid 19 era meno frequente e meno aggressiva nei bambini, che il decorso era lieve o asintomatico e che il tasso di mortalità era dello 0 per cento (queste sono citazioni testuali del Ministero della salute). Quest'altro opuscolo del Ministero della salute afferma la stessa cosa, cioè che i bambini erano generalmente non soggetti a quadri clinici gravi. Anche la ricerca fatta da Crisanti a Vo' ha dimostrato lo stesso dato.

Ridotta era anche la capacità di contagiare dei bambini. Infatti gli studi hanno dimostrato che la loro capacità di causare un'infezione secondaria era estremamente ridotta e che si riduceva ulteriormente con la diminuzione dell'età. Al contrario di quello che avviene comunemente con l'influenza, la

capacità infettante dei bambini è sempre stata ridotta, tant'è che addirittura gli adulti con bambini piccoli erano a minor rischio di risultare positivi al SARS-CoV-2 e non ci sono stati maggiori rischi di trasmissione nemmeno quando gli asili nido e le scuole materne sono stati aperti a tutti i bambini.

Tra i danni causati alla salute di bambini e ragazzi dalle misure di confinamento domestico e di chiusura delle scuole vi sono sia quelli fisici che quelli psicologici. C'è stata una riduzione dei livelli di attività fisica, un aumento del consumo di cibo spazzatura e una riduzione del consumo di alimenti come frutta e verdura, un aumento della sedentarietà, con il rischio di obesità e di sindrome metabolica, un aumento del tempo di esposizione agli schermi e un aumento dell'insorgenza di disturbi psicopatologici. Qui c'è un'ampia letteratura al riguardo che testimonia i danni di natura fisica. Con le misure di lockdown abbiamo assistito inoltre a una crisi economica che ha avuto conseguenze piuttosto importanti su tutte le categorie della società, in particolare sui giovani. Infatti la chiusura prolungata delle scuole ha ridotto gli spazi di socialità, con effetti negativi sull'apprendimento e sul desiderio degli studenti di investire in sé stessi per un futuro migliore. Questo *learning loss* ha determinato delle perdite di competenze degli studenti e, quando si

danno perdite di competenze degli studenti, si ha non solo un danno individuale al ragazzo, ma anche un danno all'intera società, perché sappiamo quanto importante sia l'istruzione. Le perdite di competenze sono certificate e testimoniate dai risultati delle prove Invalsi comunicate nel 2022, che quindi fanno riferimento all'anno scolastico 2021, dove si dimostra che la quantità di studenti che non hanno raggiunto una quota accettabile di competenze, soprattutto in matematica e in italiano, è aumentata in maniera drammatica. Questo è accaduto ancor di più nelle famiglie svantaggiate, con un aumento del divario sociale. Questa è la durata dei giorni di chiusura delle scuole in Europa. Come dicevo prima, secondo quanto certificato dal rapporto OMS, 341 giorni rispetto a una media europea di 138; nella nostra vicina Germania c'è stata una chiusura prolungata di 243 giorni.

Il rischio di infezione nei contesti educativi è stato più basso che nelle comunità. Anche qui posso citare documenti del CDC, dove si affermava che c'è un consenso generale sul fatto che la decisione di chiudere le scuole per controllare la pandemia dovrebbe essere usata come ultima risorsa (noi ne abbiamo abusato). L'impatto negativo sulla salute fisica e mentale e sull'istruzione di una chiusura proattiva delle scuole per i bambini, così come

l'impatto economico sulla società in generale, probabilmente supererebbe i benefici. In medicina siamo abituati a ragionare sempre in base al rapporto rischio-beneficio (qual è il rischio e qual è il beneficio di un determinato trattamento?); lo stesso, a mio avviso, doveva essere fatto nel prendere determinate decisioni di salute pubblica. Lo stessa UNICEF affermava, nel 2021, che i risultati preliminari finora ottenuti suggeriscono che la scolarizzazione di persona ha avuto tassi di trasmissione secondaria di Covid più bassi rispetto ad altri contesti e non sembra aver contribuito in modo significativo ai rischi complessivi di trasmissione comunitaria.

Non solo. Secondo alcune analisi delle retrospettive, la chiusura delle scuole avrebbe causato più decessi complessivi rispetto ad altre misure di contenimento della pandemia, tant'è che questo studio, pubblicato nel 2022 dalla John Hopkins University, ha concluso che i lockdown globali hanno avuto un effetto molto più negativo sui cittadini di qualsiasi beneficio, che hanno avuto effetti minimi o nulli sulla salute pubblica e che hanno imposto enormi costi economici e sociali laddove sono stati adottati. Lo studio spiega perché la chiusura delle università e delle scuole, in aggiunta all'isolamento dei casi, potrebbe aver provocato questo fenomeno. Ciò è legato al fatto che

si sono poco tutelati gli anziani e le persone che potevano avere conseguenze più gravi dall'infezione da SARS-CoV-2 rispetto ai bambini e ai giovani, nei quali invece l'infezione presentava quadri clinici sicuramente più lievi e complicazioni rare o praticamente assenti (come nel caso dei bambini).

Abbiamo poi uno studio italiano che ha dimostrato, alla riapertura delle scuole, che l'incidenza tra gli studenti è stata inferiore rispetto a quella tra la popolazione generale, che le infezioni secondarie a scuola sono state meno dell'1 per cento, con *cluster* secondari soltanto dal 5 al 7 per cento delle scuole analizzate, che l'incidenza tra gli insegnanti è stata paragonabile a quella tra la popolazione di età simile, che le infezioni secondarie tra gli insegnanti sono state rare, verificandosi più frequentemente quando il caso indice era un insegnante e non uno studente, che l'incidenza del SARS-CoV-2 è cresciuta soprattutto nelle fasce d'età 20-29 e 45-49 e non tra gli studenti e che la chiusura delle scuole, in due Regioni in cui è stata implementata prima di altre misure, non ha influenzato la diminuzione dell'indice di contagiosità. Questa è una rappresentazione di uno degli elementi che ho detto: soltanto l'1 per cento nel tracciamento dei contatti ha determinato infezioni secondarie.

Concludo citando un articolo di Johan Giesecke, che è stato il fautore della strategia dell'immunità di gregge in Svezia per rispondere alla pandemia e che è stato poi promosso al vertice dell'OMS, in quanto vicepresidente del gruppo consultivo tecnico e strategico sui pericoli infettivi. Ci ha ricordato che in Svezia le scuole e la maggior parte dei luoghi di lavoro sono rimasti aperti e che la polizia non è stata impegnata in controlli. I critici hanno parlato di sacrificio da parte della Svezia dei suoi cittadini anziani per raggiungere rapidamente l'immunità di gregge; il bilancio delle vittime nel primo anno ha superato quello dei tre Paesi vicini (Danimarca, Norvegia e Finlandia), ma la mortalità è stata ben inferiore a quella di Regno Unito, Spagna, Belgio e Italia, che hanno avuto invece indici di lockdown sicuramente molto superiori. Tutti saranno esposti - scrive ancora Giesecke - al SARS-CoV-2 e la maggior parte delle persone sarà infettata; c'è ben poco da fare per prevenire questa diffusione. Il lockdown potrebbe ritardare i casi gravi per un po', ma, una volta allentate le restrizioni, i casi ricompariranno. La Covid-19 è una malattia altamente contagiosa, che si diffonde rapidamente nella società; spesso è asintomatica e potrebbe passare inosservata, come è successo generalmente per i bambini, ma può causare anche malattie gravi e persino la morte. Il nostro

compito più importante non è fermare la diffusione, che è inutile, ma concentrarci sulle cure ottimali ad anziani fragili e soggetti con molte patologie.

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, questa audizione per me è molto importante, perché tocca uno dei temi su cui io politicamente mi sono sempre battuto, purtroppo con scarso successo. Mi riferisco alla segmentazione della risposta al Covid, anche in presenza di informazioni ridotte, che possono scusare tanti errori che sono stati fatti. Sin dall'inizio, qualsiasi tipo di raccolta dati indicava un aspetto molto evidente: la differenza fra l'impatto della malattia sulle persone anziane e l'impatto *de facto* inesistente della malattia sui bambini e sui giovani. Ciononostante, c'è un mistero. Una delle cose che secondo me devono essere indagate è che la maggior parte delle prescrizioni più invasive venivano stranamente indirizzate proprio verso i bambini. Senza nessun pensiero e senza nessuna idea sulle conseguenze di lungo termine che potevano avere certe situazioni che venivano imposte ai bambini. Si pensi, per esempio, alla mancanza e alla negazione dello sport, questione che trova riscontro in numerosi miei



interventi, sia in Aula che in Commissione, di solito derisi e sbeffeggiati dai colleghi, soprattutto quelli del Partito Democratico, guidati dal deputato Siani (facciamo nomi e cognomi), il quale, pediatra come lei, mi dava *de facto* dell'assassino, in buona sostanza (per far notare queste situazioni).

A questo punto io vorrei dare un minimo spunto. La mia domanda all'audito è la seguente: com'è possibile che un suo collega arrivasse a delle conclusioni totalmente opposte a quelle che lei sta portando avanti? Vi siete confrontati all'interno della vostra professione su come arrivare a delle conclusioni? La prima volta che ho parlato in pubblico di questi argomenti (in Aula l'avevo già fatto) è avvenuto quando sono stati mostrati i primi verbali del comitato tecnico scientifico, cosa che sottopongo all'attenzione della Commissione, perché penso che prima o poi questo comitato tecnico scientifico dovremo audirlo nella parte dei suoi componenti. Il comitato tecnico scientifico dava ai bambini il seguente modello della giornata. Ve lo leggo, perché questi sono i verbali del comitato tecnico scientifico: sveglia, bagno, colazione (compreso sparecchiare, mettere in ordine e lavaggio denti), igiene personale, attività domestiche, attività "scolastiche" (la scuola era negata, quindi la DAD o quello che era), contatto telefonico e/o video con

amici e parenti (nonni, zii, cugini), pranzo (compreso sparecchiare e mettere in ordine), attività libera (televisione, computer, eccetera), attività “scolastiche”, merenda (compreso sparecchiare, mettere in ordine e lavaggio denti), uscita di casa dal cortile alla spesa, attività ludico-ricreativa (hobby), cena (compreso sparecchiare, mettere in ordine e lavaggio denti), igiene personale, a letto (lettura o favola). Questo è quello che il comitato tecnico scientifico suggeriva per i bambini; e poi ci meravigliamo che ci sia stato un aumento dell'obesità o che vi siano stati problemi legati all'esposizione agli schermi. Praticamente veniva suggerita a un bambino o a un ragazzo la vita del bruco, cioè prendi, mangia, guarda uno schermo, rimangia, riguarda qualche schermo, rimangia ancora e poi vai a letto, ma lavati sempre i denti (mi raccomando).

Ora, a me sembrano follie queste cose che rileggo adesso e già all'epoca in diretta mi sembravano follie (questo mio intervento è pubblico). All'interno della vostra professione, dottor Serravalle, com'è possibile che si vada da persone come lei, che guardavano i dati e dicevano qualcosa, ad altri che dicevano che chi obiettava a queste cose era *de facto* un assassino? Com'è possibile?

*SERRAVALLE.* La risposta in realtà è molto difficile da dare. Mi sono chiesto anch'io tante volte come è stato possibile che molti medici abbiano rinunciato ad indossare il camice e abbiano rinunciato al giuramento di Ippocrate, che abbiamo tutti comunicato all'inizio della nostra attività. Purtroppo erano anni difficili e particolari, in cui non c'erano certezze e in cui, diciamolo chiaramente, si è persa la bussola; si è persa persino la bussola del buonsenso. Che i bambini non fossero vittime del SARS-CoV-2, nemmeno nelle prime due ondate (mi sono fermato alle prime due ondate), era strano a tutti; che non fossero contagiosi in maniera determinante era strano dalla letteratura scientifica. In quegli anni noi avevamo questi dati e queste cose le sapevamo. C'è stata una ideologizzazione della pandemia, a mio avviso; si è andati contro le prove scientifiche e contro i dati, che già esistevano e che avrebbero potuto permettere di non causare danni importanti alla salute fisica e psicologica. Oggi ancora abbiamo purtroppo un aumento delle patologie psichiatriche tra i bambini, i giovani e gli adolescenti, in maniera molto importante. Continuiamo a pagare il prezzo di averli tenuti fuori dalla scuola per più di un anno e continuiamo a vedere sempre più ragazzi con patologie psichiatriche

severe; un aumento del consumo degli psicofarmaci è quello che possiamo già registrare. Eppure bastava guardare i dati, bastava leggere la letteratura scientifica per capire che forse determinate cose potevano essere fatte in maniera diversa, come peraltro hanno fatto in maniera diversa tanti altri Paesi europei, perché in Svezia - ripeto - non sono state adottate le stesse misure e la mortalità per tutte le cause, ma anche la mortalità per Covid, è stata nettamente inferiore nella popolazione generale. Quindi i nostri figli non erano nemmeno agenti infettivi pericolosi.

DE CRISTOFARO (*Misto-AVS*). Dottor Serravalle, grazie anche per i numeri che ci ha dato. Le vorrei fare due domande secche. Lei ha detto sostanzialmente che il nostro Paese è stato quello che ha adottato le misure più dure e più draconiane (mi lasci passare il termine), però è anche quello che ha avuto alla fine più vittime e quindi, in qualche modo, deve farsi carico di questo elemento di difficoltà. La mia domanda secca è: lei non pensa che abbia inciso su questo anche l'età media della popolazione, che - come lei sa bene - in Italia è pari a 49 anni, mentre in Svezia, che lei invece ha più volte citato, è pari a 40 anni? Probabilmente, proprio per le considerazioni che

venivano fatte adesso, cioè il fatto che la malattia colpiva con più facilità gli anziani e con minore facilità le fasce più giovani della popolazione, questo aspetto ha potuto avere una sua incidenza, che a me pare abbastanza evidente. Mi piacerebbe sapere la sua opinione in merito a questo.

Mi piacerebbe sapere la sua opinione anche in merito alla vicenda delle scuole. Vorrei ricordarle che nella scuola italiana, oltre a circa 8 milioni di studenti, che sono la popolazione studentesca complessiva del nostro Paese, ci sono anche un milione di docenti e alcune centinaia di migliaia di dipendenti ATA (cioè personale scolastico come i bidelli o coloro che svolgono attività tecniche). Ora, lei deve sapere che, proprio a proposito di età media, nel nostro Paese si registra anche l'età media più alta in Europa del personale docente, che nel nostro Paese tra i docenti arriva addirittura a 51 (mentre l'età media generale è 48,7), perché le assunzioni sono bloccate da molti anni ed è difficile immettere personale più giovane. Quindi l'età media dei docenti è molto alta e la stessa cosa vale per il personale ATA; anche in quest'ultimo caso parliamo di un'età media molto alta, comunque superiore a 50 anni, quindi significativamente superiore a quanto accade negli altri Paesi europei. Le vorrei chiedere se anche sulla vicenda della scuola lei non pensa che questi

numeri abbiano inevitabilmente pesato. Io credo di sì, per le ragioni che le ho detto e che mi sembrano abbastanza intuitive.

Le aggiungo un ulteriore elemento di conoscenza, relativo a quando si decise nel nostro Paese di adottare il lockdown e la chiusura delle scuole, che poi, dottore, non è stata esattamente il doppio di altri Paesi europei (come lei ha detto). In Italia sono stati persi 341 giorni di scuola, che naturalmente sono tantissimi, sono un'enormità (come ben si capisce), mentre in Germania ne sono stati persi 243; parliamo sicuramente di un numero inferiore, ma non della metà. La Germania è un Paese con caratteristiche più o meno simili alle nostre, anche come numero di abitanti; è più grande, ma rientra comunque nell'ordine di grandezza di un grande Paese europeo. In Germania i giorni di scuola persi sono stati 243, eppure in quel Paese l'età media del personale scolastico è inferiore rispetto a quella del nostro Paese.

Le vorrei chiedere come lei giudica questa cosa e vorrei anche darle una informazione, ammesso che lei non la sappia (ma può essere che lei ne sia già a conoscenza). Quando fu deciso il lockdown e quando furono chiuse le scuole, questa cosa accadde soprattutto a causa della volontà comune o, meglio, della richiesta comune (naturalmente l'ultima decisione spettava al

Governo e al Ministero, ma evidentemente si ascoltavano le parti sociali) di tutti i sindacati della scuola del nostro Paese. Tutti: quelli di sinistra, quelli di centro, quelli di destra, quelli di estrema destra, quelli di estrema sinistra, che sono stati probabilmente in disaccordo su cinquant'anni di politiche scolastiche, ma che invece clamorosamente su questa vicenda erano tutti d'accordo, dal primo all'ultimo. E motivavano questa necessità esattamente sulla base dell'età media del personale docente. Le chiederei un commento su questi numeri.

PRESIDENTE. Vorrei aggiungere, a proposito di questo, che nelle audizioni precedenti, quando abbiamo audito l'INAIL, è emerso che il dato degli infortuni sul lavoro in ambiente scolastico era bassissimo (ricordo che contrarre il Covid durante le ore lavorative era considerato un infortunio sul lavoro, come lei sa e come tutti sapete). C'è stato un periodo in cui le scuole erano chiuse, ma poi sono state riaperte; secondo un'analisi relativa agli anni 2020, 2021 e 2022 (le scuole nel 2022 erano aperte), la quantità di infortuni sul lavoro, quindi di docenti o personale scolastico che contraeva la malattia,

era veramente bassa, pari all'1 o all'1,5 per cento. Mi sembra che questo sia un dato importante e per questo l'ho voluto ricordare.

*SERRAVALLE.* Comincio dalla sua osservazione finale. Non c'è stato un sindacato dei bambini, purtroppo, e non è stato mai interpellato. Quello che è mancato è stato proprio il punto di vista dell'interesse del bambino, di cui nessuno ha tenuto conto. Se ci fosse stato un sindacato dei bambini e dei ragazzi, stia tranquillo che non si sarebbe espresso in maniera così unanime per la chiusura delle scuole.

Lei ha colto il dato della Germania, ma io ho riportato anche il dato medio europeo della chiusura delle scuole, che è esattamente la metà di quello italiano. Lei ha colto soltanto quello della Germania, che ha contribuito ad alzare la media dei giorni di chiusura; ma il dato medio europeo indica chiaramente che nel nostro Paese abbiamo superato abbondantemente la media di tutti i Paesi europei. Quindi la mia affermazione era corretta, non era sbagliata.

La chiusura delle scuole è stata adottata a tutela della salute degli insegnanti, che però guarda caso, come ci dice lo studio che ho citato per



ultimo, si contagiavano dagli altri insegnanti e non dai bambini. Qual è allora la logica di tutto questo? È che vivevamo in un momento in cui dovevamo stare chiusi in casa; l'ordine era quello di non muoversi e non si poteva nemmeno praticare lo sport. Questo ha causato dei danni notevoli; noi sappiamo che la riduzione dell'attività fisica e sportiva può causare, in Italia, fino a 15.000 decessi l'anno. Proprio perché dovevamo stare chiusi in casa, abbiamo pensato che fosse meglio non frequentare le scuole e sacrificare i bambini a questa ideologia.

Riguardo al dato che lei citava giustamente dell'età media, che notoriamente in Italia è così avanzata, questo può essere vero ed è sicuramente vero per la primissima fase della pandemia, dove c'è stato un "effetto *harvesting*", un effetto falce, per cui le persone più anziane sono decedute in maniera drammaticamente importante nei primissimi periodi della pandemia. Successivamente, nella seconda ondata, l'effetto *harvesting* era già finito, per cui il dato di una mortalità così elevata, nonostante chiusure così serrate, è da prendere in considerazione, perché è un dato reale, che non si ferma ai primi due mesi del 2020, ma che arriva fino alla fine del 2021.

TREMAGLIA (*FDI*). Signor Presidente, ringrazio il dottor Serravalle per la sua illustrazione. Rispetto a quello che abbiamo sentito, mi sono segnato alcuni punti in particolare sui quali, se possibile, le chiedo un approfondimento e ulteriori valutazioni. Abbiamo visto che evidentemente ci sono state conseguenze negative pesanti sui bambini, sia dal punto di vista fisico che dal punto di vista psicologico, a seguito della chiusura delle scuole e del confinamento domestico. Le vorrei chiedere se può fare una valutazione aggiuntiva su questo punto e vorrei sapere se abbiamo dei dati ulteriori su questi effetti negativi.

Vorrei chiederle inoltre un *focus* particolare sulla trasmissione secondaria da parte dei bambini. Abbiamo visto che i bambini per fortuna si sono ammalati meno degli adulti, con sintomi e con effetti più lievi. Quali sono state le conseguenze dell'infezione secondaria e della trasmissione secondaria da parte dei bambini? Glielo chiedo proprio per valutare l'utilità o meno delle chiusure di cui abbiamo parlato e di cui lei ha parlato nella sua esposizione.

*SERRAVALLE.* Di dati sugli effetti negativi ne abbiamo tanti, io ne ho citati soltanto alcuni. Avete visto che le mie slide contengono tutte un'indicazione bibliografica, cioè sono tutte corredate da articoli scientifici su riviste *peer review*; non esiste una slide che non contenga informazioni di questo tipo. Proprio da lì ho desunto quali sono stati i danni di natura fisica; è noto che una riduzione dell'attività motoria, uno stile di vita sedentario, un incremento delle ore in cui si sta fermi determinano un rischio di obesità, con conseguente rischio di malattie cardiovascolari e metaboliche, che - ahimè - producono le loro tragiche conseguenze da adulti e da anziani, ma iniziano proprio in età pediatrica. Non dimentichiamo che il 30 per cento dei nostri bambini sono sovrappeso e che questo dato è aumentato negli anni post-pandemici, a causa di un'alimentazione cattiva e scorretta e di un'esposizione eccessiva agli schermi, che ora è un'emergenza drammatica per noi pediatri; vediamo bambini di un anno con in mano lo smartphone, perché vengono da quell'abitudine terribile dovuta all'uso esagerato che se ne è fatto in quegli anni. Accanto a questo, le patologie psichiatriche negli adolescenti sono tutte in aumento. Il dato è comune, facilmente evidenziabile ed evidenziato dal consumo di psicofarmaci, che è sempre maggiore in età pediatrica e in età

adolescenziale. Queste sono conseguenze che purtroppo ci porteremo avanti per tanti anni.

Riguardo alla contagiosità dei bambini, lei pensi che uno studio (che ho citato) ha dimostrato come gli adulti che avevano figli piccoli e che venivano contagiati erano meno contagiosi di quelli che non avevano figli; cioè paradossalmente i bambini, soprattutto nella prima fase della pandemia (nella prima ondata), hanno svolto un effetto protettivo per chi conviveva con loro. Le ragioni sono ancora da esplorare; probabilmente perché i meccanismi immunitari dei bambini erano tali da non consentire un'aggressione importante ai ricettori polmonari del SARS-CoV-2, e questo fatto è stato protettivo anche per le loro famiglie. Nelle famiglie in cui convivevano bambini vi è stato quindi un indice di contagiosità inferiore rispetto a quelle dove non ve n'erano. Questi sono dati che erano già noti.

ZARATTI (AVS). Signor Presidente, mi scuserete se entrerò piano piano nei lavori della Commissione (oggi per me è il primo giorno di scuola, diciamo così). Ringrazio il dottor Serravalle per l'introduzione a questi dati così importanti che ci ha fornito, ma che comunque mi sollevano alcuni dubbi.

Non voglio entrare nel merito delle differenze d'opinione che ci sono nel mondo accademico, come anche contraddizioni, alle quali ha accennato anche il collega Borghi. Non voglio entrare nel merito di queste cose, ma mi vorrei limitare a capire un po' meglio alcune delle questioni che sono state poste dal dottor Serravalle, in modo particolare il fatto di aver associato l'alto numero di morti alle chiusure che ci sono state nel nostro Paese e che sono state maggiori rispetto ad altri Paesi. Mi viene in mente cosa si potrebbe dire se associassimo il numero dei morti ad altri parametri, tipo il numero dei posti in rianimazione per singolo Paese oppure la presenza di una medicina territoriale più marcata e diffusa. Lei concorderà con me, dottor Serravalle, che gli ospedali hanno sì salvato tante persone, ma sono stati anche un veicolo di diffusione del virus. Si potrebbe inoltre associare il dato relativo ai decessi al momento nel quale effettivamente in un singolo Paese c'è stato il massimo sviluppo della malattia. Se noi associassimo questi parametri al numero dei morti, probabilmente avremmo una graduatoria diversa dalla tabella che lei ha messo in campo. Se noi associamo questo dato soltanto al numero dei giorni di chiusura, otteniamo una graduatoria; se invece lo associamo ai posti in rianimazione, avremo un'altra graduatoria, e via scorrendo. Quindi mi

domandavo se, per avere una visione più esatta di quello che è accaduto, effettivamente non fosse il caso di associare il numero dei morti a una serie di parametri che danno una visione forse più completa di quello che è accaduto. Questa è la mia prima domanda.

La seconda questione che vorrei porre è relativa al fatto che i bambini, come lei ci ha dimostrato, hanno contratto il contagio più difficilmente e lo hanno anche diffuso più difficilmente (secondo i dati che lei ci ha fornito). Le volevo chiedere però se questo minor contagio, in famiglie che avevano una presenza di anziani in casa (come succede frequentissimamente nel nostro Paese), non abbia comunque determinato una diffusione del contagio e pertanto, seppure in maniera minore, non abbia determinato un numero di morti significativo. Anche questo è un dato che secondo me dovremmo esplorare. Sono d'accordo sui disagi che hanno subito i giovani, però mi lasci dire che non penso che la diffusione dello smartphone tra i bambini sia dovuto al lockdown. Le devo dire sinceramente che ci sono molti altri fattori che incidono nell'utilizzo di questo device da parte dei bambini; tali fattori sono così prevalenti nella nostra società che certamente hanno inciso in modo significativo. Però, se i giovani contraggono di meno il contagio, è del tutto

evidente che gli studenti lo contraggono di meno in quanto giovani, non in quanto studenti (come ci dice la scheda).

Per quanto riguarda i dati della Svezia, io penso che possano essere paragonabili ai dati della Danimarca, della Norvegia e della Finlandia, cioè dei Paesi confinanti, per via della dimensione territoriale, del numero di abitanti, per cultura, delle strutture sanitarie simili, di una diffusione della medicina del territorio più marcata rispetto al resto d'Europa; questo rende il dato omogeneo. Se paragono la Svezia all'Italia faccio un errore clamoroso, non soltanto dal punto di vista culturale, com'è ovvio, ma da tanti altri punti di vista, che riguardano la struttura dello Stato sociale di quei Paesi e dell'Italia. A volte, associare a un singolo dato un ragionamento generale può creare un'incomprensione rispetto a quello che effettivamente è avvenuto.

*SERRAVALLE.* Morti e chiusure, iniziamo da qui (la ringrazio per le sue osservazioni). È vero che la medicina territoriale ai tempi della Covid non c'è stata in Italia. È scomparsa in maniera rapidissima. Era già stata ridotta ai minimi termini negli anni precedenti e al momento della Covid non c'è stata più. Semplicemente non c'erano più, non c'erano cure o almeno si diceva che

non esistevano le cure, se non quella di somministrare un antipiretico e di attendere. Di medici che visitavano a domicilio ce n'erano pochissimi, coraggiosi, spesso derisi e spesso osteggiati; questa era la realtà. Certo, il fatto di non aver avuto una medicina territoriale ha determinato sicuramente un aumento del numero dei decessi. Questa cosa è difficile da misurare. Perché ho messo in relazione le chiusure e la mortalità? Perché sono due parametri facilmente misurabili e commisurabili, in qualche maniera. È ovvio che, se ci fosse stato un altro tipo di gestione della medicina territoriale, avremmo avuto molti meno decessi; questo è ovvio e sono perfettamente d'accordo con lei. Finché ho potuto, io ho continuato a lavorare e non mi sono limitato alla prescrizione di un antipiretico. Non è stato facile per noi medici lavorare lì, perché la medicina territoriale è stata cancellata, ha abdicato completamente al suo ruolo. C'erano le USCA per andare a visitare i pazienti dopo qualche giorno dalla segnalazione: quella è l'assistenza che è stata fornita. Come facciamo a meravigliarci se c'è stato un aumento tale della mortalità?

Perché io paragono l'Italia con la Svezia? Semplicemente perché la logica è stata differente, nel senso che noi abbiamo voluto pensare di poter contenere i contagi bloccando qualsiasi rapporto interpersonale, quando



invece la Svezia ci ha dimostrato che c'è stata minore mortalità generale e minore mortalità per tutte le cause, non solo per Covid (è importante questa distinzione), proprio perché hanno protetto maggiormente le fasce di popolazione soggette a complicanze gravi dell'infezione e hanno lasciato immunizzare i giovani che se lo potevano permettere. Noi abbiamo seguito la strada opposta e a mio avviso abbiamo sbagliato. I fatti e i numeri ci dicono che è stato così: c'è stata una mortalità elevata, con restrizioni che hanno causato danni che ancora oggi paghiamo (che i nostri bambini pagano), in maniera del tutto insensata. Non bastava annullare i contatti fisici, ma bisognava favorire l'immunità di gregge in maniera intelligente e sensata, proteggendo al massimo gli anziani e i fragili con una medicina del territorio (fondamentale, sono d'accordo), ma senza le chiusure, che ai giovani hanno causato soltanto danni. È vero che l'uso eccessivo dello smartphone non dipende esclusivamente dal lockdown (sono perfettamente d'accordo con lei), ma in quegli anni abbiamo iniziato a trasmettere ai bambini l'imprinting, e lei sa che l'imprinting nei bambini è determinante. In quegli anni abbiamo cominciato a dare loro in mano questi oggetti e a mettere i bambini davanti gli schermi. Le indicazioni del comitato tecnico scientifico - riportate poco fa

dall'onorevole Borghi - sono state chiare e dicevano che bisognava mettere i bambini davanti alla televisione. È chiaro che l'esposizione agli schermi non è la madre di tutti i guai, però sicuramente ha contribuito a determinare un imprinting da cui non usciranno facilmente, se non verranno adottate delle politiche differenti per la riduzione dell'esposizione agli schermi e per la dipendenza da Internet, che adesso sono delle drammatiche epidemie tra i giovani.

COLUCCI Alfonso (M5S). Signor Presidente, ringrazio anzitutto il dottor Serravalle per la sua illustrazione. Svilupperei due filoni di domande, uno riferito al tema della scuola e della chiusura delle scuole e l'altro al tema della Svezia, che lei ha adottato come una sorta di paradigma.

Quanto al primo tema, faccio un piccolo preambolo. Ci sono alcuni studi, ad esempio sulla rivista "The Lancet" nel 2021, che, analizzando i dati di 131 Paesi, hanno evidenziato che la chiusura delle scuole ha ridotto il rischio di contagio. Abbiamo anche altri studi, ad esempio negli Stati Uniti, che hanno dimostrato che la chiusura delle scuole tra il 9 marzo e il 7 maggio ha determinato una diminuzione del contagio proprio in questa finestra

temporale e nel periodo successivo, quindi con un significativo calo dei contagi. Altri studi invece hanno certificato la diminuzione del rischio di contagio per gli insegnanti in relazione ai periodi di chiusura delle scuole. Mi sembra pertanto che i dati che lei ci ha riportato non abbiano una univocità scientifica; su questo le vorrei chiedere una riflessione. Ma la domanda che le formulo espressamente è: come si può isolare il rischio di contagio che si verifica in occasione della frequentazione delle scuole dal rischio di contagio che si determina ad esempio per i trasporti, nel caso in cui i ragazzi e i bambini utilizzino i mezzi pubblici, magari accompagnati dai loro genitori? Come possiamo determinare con precisione la linea dei contagi, se concorrono contestualmente ulteriori fattori? Ad esempio quando la riapertura delle scuole sia accompagnata dalla riapertura dei luoghi di lavoro, quindi anche dei trasporti, ovvero sia occasionata da un periodo estivo, nel quale è sembrato che i contagi diminuissero. In Germania, Francia, Spagna e Regno Unito, dove le lezioni in presenza sono riprese progressivamente tra fine agosto e inizio settembre, si registrò un forte aumento di contagi proprio nelle settimane successive alla riapertura. Allora la domanda è: come fa lei a determinare con esattezza un nesso eziologico tra riapertura o chiusura delle scuole e aumento

o diminuzione del contagio, visto che ci sono mille altri fattori, anche esterni alla frequentazione scolastica, che determinano la linea di contagio stessa?

Quanto invece alla Svezia (secondo filone), a me risulta che la Svezia abbia avuto una mortalità elevatissima e non affatto inferiore, in termini percentuali, a quella italiana. Vorrei ricordare che la densità di popolazione in Svezia è di 26 abitanti per chilometro quadrato, mentre in Italia è di 196 abitanti per chilometro quadrato. La diversa composizione della densità di popolazione in chiave territoriale e quindi la specificità territoriale possono giustificare un diverso approccio rispetto al tema della pandemia, perché in quei Paesi il distanziamento sociale è insito nell'organizzazione territoriale e sociale del Paese stesso. Tuttavia devo leggere una dichiarazione resa dall'epidemiologo Tegnell, che è considerato il principale artefice della decisione di lasciare aperto il Paese. Lei ricorderà che poi la Svezia, a fronte dell'alto tasso di mortalità, ha introdotto il lockdown; quindi nella prima fase ha lasciato tutto aperto, ma poi nella seconda fase, registrato l'effetto fallimentare di quella politica, ha addirittura ripreso le nostre misure di restrizione. L'epidemiologo Tegnell ha dichiarato che, considerato che il tasso di mortalità in Svezia è tra i più alti al mondo (43 per 100.000 abitanti), se

dovessimo incontrare la stessa malattia con la conoscenza che abbiamo oggi, credo che la nostra risposta si collocherebbe a metà strada tra quello che ha fatto la Svezia e quello che ha fatto il resto del mondo. Quindi c'è un clamoroso *mea culpa*, peraltro postumo, perché evidentemente le situazioni devono essere esaminate e registrate scientificamente quando sono in atto e non successivamente. Può gentilmente chiarire dunque la sua posizione rispetto alla Svezia, che lei ha assunto come paradigma?

*SERRAVALLE*. Approfitto della disponibilità per mostrarle una slide. Esporre i numeri è sempre meglio che riferire delle opinioni, per questo ci tenevo a mostrarle questa slide. Come vede, anche la Svezia è presente in questa scala, tra le misure prese in considerazione, e ha un indice che si ferma a 58 rispetto al 74 dell'Italia. Quindi è vero ed è noto che anche la Svezia ha preso delle misure di contenimento della pandemia; però siamo a più di 16 punti di distanza rispetto all'Italia. Questo vuol dire che le misure adottate in Svezia sono state notevolmente più blande rispetto all'Italia, che ha questo primato e il triste primato dell'aumento della mortalità per tutte le cause dall'anno 2020 alla fine del 2021. Questi sono i dati e questi sono i numeri. La Svezia è

presente in questa classifica, però si colloca in una posizione notevolmente inferiore. Se andiamo a vedere i dati Eurostat, si noterà come la percentuale di incremento della mortalità è notevolmente a nostro svantaggio rispetto a quella della Svezia; ciò non può essere giustificato soltanto con la differente densità di popolazione, perché, a fronte di questo, c'è la politica differente fatta dagli svedesi, che hanno pensato di non praticare chiusure rigide, ma di favorire la possibilità di un'immunità di gregge tra i giovani e tra le persone che se lo potevano permettere, proteggendo gli anziani. È proprio questo il punto che vorrei cercare di illustrare. È chiaro che, se di fronte a una pandemia noi chiudiamo tutto il Paese e non ci interessiamo della crisi economica e della crisi sanitaria che poi si verificheranno, i contagi si ridurranno inevitabilmente; se sto chiuso in casa, non posso contagiare nessuno. Ma ha senso praticare una politica di questo tipo, soprattutto nei confronti di chi non ha una complicanza grave rispetto a questa malattia, quando invece si sa - come ha ammesso l'autore che ho citato in fondo - che non si poteva fare altrimenti se non favorire l'immunità di gregge tra i bambini, i giovani e coloro che se lo potevano permettere rispetto a tutto il resto della popolazione? È questa la differenza, perché è chiaro che, se uno ha in mente la chiusura

totale, completa e assoluta, i contagi non ci saranno. Ma il problema non era il contagio; il problema era ridurre la mortalità, evitare che le persone morissero e fare in modo che venissero seguite, assistite e curate. È questo che non c'è stato in quegli anni.

Riguardo ai dati delle scuole, di cui lei parlava, ho citato uno studio che mi sembra interessante, tra l'altro pubblicato su “The Lancet” e realizzato in Italia, che dimostra come epidemie importanti e contagi significativi non ci siano stati nelle Regioni che hanno riaperto e che hanno riportato gli alunni in presenza, che non c'è stato danno alle strutture sanitarie e che non c'è stata alcuna emergenza al momento della riapertura delle scuole. Ho citato questo studio perché è stato realizzato in Italia e quindi mi sembrava il più pregnante da portare alla vostra attenzione.

COLUCCI Alfonso (M5S). La prima domanda?

SERRAVALLE. Alla prima domanda credo di averle risposto: l'obiettivo della strategia non doveva essere la riduzione del contagio, ma la riduzione della

*Resoconto stenografico n. 20*

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

*Seduta n. 22 del 25-02-2025* **BOZZE NON CORRETTE**

mortalità, perché i contagi tra chi poteva permetterseli era bene che avvenissero. I bambini e i ragazzi non avevano problemi legati al Covid.

PAITA (*IV-C-RE*). Signor Presidente, per informazione, non è prevista anche una successiva audizione del fisico Parisi? A che ora è prevista? Glielo chiedo per capire come organizzare i nostri lavori.

PRESIDENTE. Sono le 12,06. Facciamo un ultimo giro di domande veloci da parte di tutti, chiudiamo questa audizione e passiamo all'altra. Vi chiedo di fare delle domande sintetiche, così il dottor Serravalle darà delle risposte altrettanto sintetiche e possiamo passare all'audizione successiva.

RONZULLI (*FI-BP-PPE*). Signor Presidente, poiché la medicina si fa sui dati e non sulle opinioni, vorrei sapere dal dottor Serravalle se ha pubblicato i suoi dati su qualche rivista internazionale.

SERRAVALLE. Che la medicina si faccia sui dati e non sulle opinioni credo di averlo citato ampiamente. Ho citato non solo Sant'Agostino, ma anche la



regola base della *evidence-based medicine*. Io non ho fatto altro che riportare dati scientifici e presentare la revisione della letteratura. Se poi devo essere io l'autore della letteratura, le dico che ho scritto anche un articolo al riguardo. Ho fatto una revisione della letteratura che è stato pubblicato su una rivista *peer review*; ma non credo che la mia pubblicazione scientifica possa interessare alla Commissione. Ho portato qui le pubblicazioni scientifiche per sostenere opinioni basate su prove scientifiche.

RONZULLI (*FI-BP-PPE*). Lei ha portato dei pezzi di dati pubblicati e i dati possono essere interpretati. Si può arrivare a una conclusione mettendo insieme dei pezzi presi da pubblicazioni. Io le ho chiesto un'altra cosa: se della sua opinione e della sua tesi, non basata su pezzi di dati presi da altre ricerche, ha fatto una pubblicazione.

SERRAVALLE. Sì, ho fatto una pubblicazione scientifica.

RONZULLI (*FI-BP-PPE*). Su cosa?

**SERRAVALLE.** Sulla revisione della letteratura, proprio riguardo una revisione.

**RONZULLI (FI-BP-PPE).** Su che cosa è stato pubblicato? Su quale rivista?

**SERRAVALLE.** Su una rivista indicizzata, di cui non ricordo il nome. Gliela farò avere, se ci tiene; comunque è stata pubblicata su una rivista.

**RONZULLI (FI-BP-PPE).** Sì, grazie.

L'altra non è una domanda. In realtà il benchmark Italia-Svezia mi lascia un po' perplessa, per i motivi che sono stati detti in questa sede da altri colleghi e che riguardano non soltanto la densità, ma anche la tempistica e banalmente l'educazione civica degli italiani. Dobbiamo anche fare un po' di *mea culpa*, perché, se a un italiano viene detto di stare in casa e invece decide di andare in giro, probabilmente da questo punto di vista in Svezia sono stati più attenti di noi. Detto questo, siccome penso che il benchmark sia un po' azzardato in termini numerici, in termini di percentuali e in termini di gestione, vorrei soltanto ricordare che, quando l'Italia gestiva già diverse

migliaia di casi Covid, noi avevamo iniziato a scrivere un libro bianco per tutti. Con il senno di poi sicuramente si potevano fare o non fare alcune cose; ma io avrei messo in relazione l'Italia e la Gran Bretagna, per esempio, per evitare di mettere insieme le pere con le mele. Avrei paragonato l'Italia con la Gran Bretagna o con altri Stati, ma non con la Svezia. Detto questo, ricordo sommessamente a me stessa che abbiamo iniziato a gestire la pandemia prima di altri in Europa e che probabilmente abbiamo fatto scuola, nel bene e nel male, cioè in riferimento anche agli errori che non si dovevano fare.

*SERRAVALLE.* Il motivo per cui prendo in esame la Svezia e non la Gran Bretagna è semplicemente questo: in Svezia è stata adottata una politica restrittiva completamente differente da quella dell'Italia e della Gran Bretagna, che ha seguito la stessa politica restrittiva e che, dopo di noi, è al secondo posto tra i Paesi europei per la mortalità generale. Evidentemente chi ha seguito delle politiche differenti ha avuto una minore incidenza e un minore aumento della mortalità generale. È semplicemente questo il motivo; non posso paragonare l'Italia con chi ha seguito la nostra stessa politica restrittiva. La Svezia ha seguito un modello completamente differente, per fortuna.

GIRELLI (PD-IDP). Signor Presidente, sarò velocissimo. Non nascondo che anche per me è un po' strano questo abbinamento continuo con la Svezia, per due motivi: in primo luogo per la differenza di territorio, di numero di abitanti e quant'altro. Forse i paragoni li dovremmo fare con Paesi di cui non abbiamo i dati, tipo la Cina, laddove si è verificato il fenomeno dall'inizio, come l'abbiamo subito noi in Italia, dovendo fronteggiare un'emergenza e una situazione che altri hanno potuto affrontare il giorno dopo, sulla base dell'esperienza fatta anche dal nostro Paese. Al riguardo le domando: in Svezia come è organizzata la medicina territoriale a livello centrale e a livello spaccettato territorialmente? Lei ha fatto riferimento alla medicina territoriale: volevo sapere se le risulta qualche differenza da Regione a Regione.

Secondo aspetto: non comprendo il tema dell'evitare il contagio come inutile rispetto al curare. Quando si vivono simili situazioni, dove non ci sono letti in terapia intensiva, dove non si sa dove mettere le persone, dove non c'è una medicina territoriale che può andare a visitare le persone malate, dove addirittura i medici malati non sanno a chi rivolgersi per sapere cosa devono

fare, se non evito il contagio, come faccio a pensare di poter curare? E questo che mi sfugge come lettura, perché io penso che evitare il contagio, nell'ovvietà del pensare, sia il metodo migliore per evitare di dover curare, soprattutto in quelle condizioni particolarmente drammatiche.

L'altro aspetto, di natura un po' più in generale, è che tutti i rilievi, tutte le considerazioni di natura scientifica, tutti i dati numerici, tutte le elaborazioni è sempre molto facile farli dopo. È invece un po' più complicato farli durante e nell'immediatezza di un'emergenza. Le conseguenze psicologiche sulle persone fragili e sui bambini (pensiamo al tema della disabilità e a come si siano interrotti tutti i percorsi di cura) erano purtroppo abbastanza evidenti e prevedibili. Probabilmente andava fatto di più nel saper intercettare il momento dopo. Però queste considerazioni, fatte dopo un po' di anni, sulla base di elaborazioni di numeri che fra l'altro - mi conceda - andrebbero messi insieme ad altri studi e ad altre tesi, altrettanto validi e altrettanto scientifici, non le sembrano un esercizio un po' troppo facile rispetto al dirci come lei avrebbe affrontato il tema nel momento dell'emergenza, sulla base delle conoscenze, dei dati e delle situazioni che quelle persone in quel momento hanno dovuto affrontare?

*SERRAVALLE.* Guardi, io non ho nessuna ambizione di indicare cosa avrebbero dovuto fare; mi sono limitato a fare un'analisi scientifica dei dati. Avrei certo pensato che un confronto scientifico in quegli anni sarebbe stato utile. Sarebbe stato utile dibattere su questi dati, perché non erano dati oscuri, ma erano dati pubblici, noti e stranoti. Oltre ad essere presidente dell'Associazione studi e informazione sulla salute, faccio parte della Commissione medico scientifica indipendente. Sin dalla nostra costituzione, noi chiediamo un confronto proprio sulla letteratura scientifica e sui dati scientifici. Ho portato i comunicati che vengono inviati a tutti i parlamentari da tempo e li metto a disposizione per dimostrare che noi abbiamo cercato sempre e comunque un confronto, abbiamo cercato un dialogo che - ahimè - è stato negato. Ci tengo a dirle che non è compito mio assumere delle decisioni; il mio compito, da medico, è quello di valutare quello che la letteratura scientifica mi ha prodotto e di relazionarlo a voi, che me lo avete chiesto.

Detto questo, come funziona e come abbia funzionato nel periodo del lockdown la medicina territoriale in Svezia non lo so. So come ha funzionato

in Italia, cioè come non ha funzionato in Italia; ma il grado di attività della medicina territoriale svedese non sono in grado di dirglielo.

Riguardo alla necessità o meno di evitare il contagio, ritorno all'affermazione fatta da Giesecke: non si trattava di evitare i contagi, cioè non bastava evitare i contagi. Certo, in una fase drammatica di esplosione e di collasso del sistema sanitario, andava fatto probabilmente anche quello; ma non era l'unica strategia da mettere in atto, perché sin dalla Great Barrington Declaration si è capito bene come impedire il contagio non fosse l'unica strategia. Per questo insisto sulla Svezia, perché non ha praticato questa politica: non ha deciso soltanto di bloccare i contagi, ma ha deciso di curare le persone prestando attenzione all'isolamento e prevenendo il contagio delle persone anziane, fragili o con pluripatologie. Queste sono le due logiche diverse che sto cercando di illustrare, che sono emerse sin dall'inizio. Noi abbiamo deciso di seguire il modello cinese della chiusura completa e del blocco, con il risultato - ahimè drammatico - di una mortalità generale mai vista in Europa.

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, per coloro che si sono incuriositi e che mi hanno chiesto se quello che ho letto prima è vero, faccio

notare che si tratta del verbale n. 39 del 30 marzo del Comitato tecnico scientifico; è stato desecretato e quindi chiunque può andare a leggerlo.

Per quanto riguarda la Svezia, io trovo che sia invece molto utile parlare della Svezia. Cominciamo a sgomberare il campo da un errore metodico che viene spesso fatto, relativo alla densità di popolazione. La densità di popolazione - lo dico a uso di chi ci ascolta, perché credo che il dottore lo sappia perfettamente - è calcolata attraverso il numero degli abitanti diviso per la superficie del Paese. Quindi il modello che ci dà la densità di popolazione è che, se tutti gli abitanti di un Paese vengono distribuiti in modo regolare sulla superficie del Paese, abbiamo una maggiore o minore densità. Ma, se noi prendiamo Wuhan e la mettiamo in Groenlandia, la densità della popolazione è bassissima; ma Wuhan è sempre Wuhan, perché stanno tutti in un'unica posizione. Quindi una cosa è la densità della popolazione calcolata attraverso quella formula, altra cosa è la concentrazione della popolazione. In Svezia la concentrazione della popolazione è assolutamente analoga, se non superiore, a quella dell'Italia o di altri Paesi. L'Italia è un Paese dove, in una maniera o nell'altra, ci sono tante piccole città, tanti centri, tanti paesi e quindi la popolazione è diffusa; viceversa in Svezia la popolazione è concentrata a



Stoccolma, Göteborg e Malmö, cioè in grandi città, e poi ci sono enormi territori totalmente spopolati. Ma è evidente che a noi interessa la concentrazione della popolazione, non la densità della popolazione calcolata con quella formuletta delle elementari. L'altra volta non ho avuto modo di intervenire; tuttavia, quando sono intervenuti gli auditi dell'ISS, mi sono cascate le braccia nel sentire nominare da scienziati il discorso della densità di popolazione, perché è evidente che non stiamo parlando di nulla. La Groenlandia è totalmente spopolata; se tutta la popolazione della Groenlandia si concentra in un unico punto, la densità della popolazione è bassissima, perché ovviamente il territorio è immenso ed è totalmente vuoto, ma la concentrazione della popolazione è altissima, perché sono tutti in un unico punto, motivo per cui si sono contagiati esattamente come gli altri anche in questa situazione.

La mia domanda riguarda i tamponi. All'inizio della pandemia c'è stato un contrasto fra l'OMS, che diceva i tamponi vanno fatti soltanto a chi è stato in contatto con una persona oppure se ha dei sintomi, e chi invece diceva che bisogna testare tutti, perché così facendo si sarebbe potuto fare lo screening e isolare gli asintomatici. La mia domanda riguarda il tampone nei confronti dei

bambini. Dato che si tratta di un test invasivo e dato che oltretutto l'OMS stessa, con tutte le critiche che gli faccio, raccomandava che venisse effettuato soltanto da persone che avessero competenza per farlo, si ricorda se c'era un *training* particolare per chi era stato scelto per fare i tamponi ai bambini? Quando io volevo entrare ad esempio nel supermercato, era richiesto il test; quindi si performava questo test invasivo anche nel nasino del bambino, con lo stecco lungo due metri. Che lei sappia, si è pensato di interpellare dei pediatri che lo facessero specificamente ai bambini o veniva fatto genericamente per tutti?

TREMAGLIA (FDI). Signor Presidente, ricordo in premessa a me stesso (non ai colleghi, che mi perdoneranno) che questa è una Commissione con il senno di poi. Io non ho inteso che questa Commissione abbia la funzione di condannare qualcuno: c'è la magistratura per questo ed è evidente che, se nel corso dei nostri lavori escono dei dettagli e delle novità, provvederà la magistratura. Quello che stiamo facendo - almeno io così l'ho inteso - è cercare di capire, qualora in futuro (Dio non voglia) dovesse succedere qualcosa di simile, per arrivare, con il senno di poi, ad avere qualche informazione in più, qualche

procedura in più e qualche expertise in più rispetto a quello che purtroppo abbiamo subito.

Io vengo dalla Val Seriana. Se ci avessero chiuso due o tre giorni prima, probabilmente staremmo raccontando a tante nostre famiglie una storia diversa. C'è stata evidentemente una valutazione costi-benefici, perché noi avevamo visto la Polizia e i militari che stavano venendo in Val Seriana a chiuderla, ma poi non è stata chiusa; quindi qualcuno ha fatto una valutazione costi-benefici. La mia domanda riguarda questo punto: nello specifico di quello che oggi ci viene raccontato e rispetto al tema specifico dei bambini e dei minori, sempre utilizzando la brutta formula costi-benefici, e per il futuro, dal suo punto di vista la chiusura delle scuole e quindi la chiusura in casa dei bambini in termini sanitari ha avuto più costi o più benefici? Quali sono stati i costi e quali i benefici?

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, mi scusi se mi permetto di intervenire sull'ordine dei lavori. Io sono sfortunato, perché, nel momento stesso in cui ho fatto la domanda, si è passati dalla risposta immediata al giro di domande. Dato che dovrei uscire per andare ad una riunione di Gruppo, è

possibile avere una risposta immediata alla mia domanda (come abbiamo sempre fatto)?

PRESIDENTE. Senatore Borghi, è stato fatto per accelerare i lavori e passare all'audizione successiva. Se nessuno è contrario, faccio rispondere alla sua domanda e a quella dell'onorevole Tremaglia. Poi farò qualche domanda io e non farò più parlare nessuno, perché dobbiamo ascoltare l'altro audit. Prego, dottor Serravalle.

SERRAVALLE. La ringrazio per la precisazione sulla densità di popolazione e le confermo che non sono mai stati fatti, né per i pediatri, né per il personale sanitario di altro genere, corsi di formazione di alcun tipo. Eravamo in una situazione emergenziale tale che immaginare anche soltanto una cosa del genere sarebbe stata una buona pratica di medicina, che non poteva però essere realizzata. Quindi non è stato mai fatto nessun tipo di formazione per nessuno.

Per quanto riguarda ciò che diceva l'onorevole Tremaglia, la situazione drammatica che ha vissuto la sua popolazione è diversa ed è completamente particolare rispetto al resto del Paese. Non è che io escluderei ideologicamente

una misura di questo tipo in una situazione emergenziale come questa; però non poteva essere una soluzione per tutto il Paese, protratta per così tanto tempo. È chiaro che, se ci fossero state delle chiusure anticipate e altre misure di contenimento, poteva esserci una riduzione della mortalità; su questo non c'è una mia preclusione ideologica, per carità.

TREMAGLIA (*FDI*). Forse ci siamo intesi male. Ho fatto l'esempio della Val Seriana per mostrare una valutazione costi-benefici che fu fatta all'epoca. Con il senno di poi, per quanto riguarda i bambini, qual è la sua valutazione delle chiusure sulla base del rapporto costi-benefici?

SERRAVALLE. Nella valutazione dei bambini rimane quello che ho espresso prima, cioè che i bambini si sono ammalati poco, quasi sempre in forma asintomatica o paucisintomatica, e hanno contagiato meno rispetto alle persone di altre età. Il contagio del bambino permetteva di creare un'immunità di gregge, perché erano soggetti che venivano a essere immunizzati in un periodo in cui la malattia non ha provocato in loro grosse complicazioni. Parlo ovviamente della popolazione sana pediatrica.

COLUCCI Alfonso (M5S). Dottor Serravalle, torno sul tema dell'indice del rigore, che lei ci ha illustrato, assumendolo e riferendolo a un periodo ben determinato. Mi chiedo anzitutto se un indice del rigore elevato possa essere considerato un dato negativo; anche questo va interpretato, perché è indice di grande cautela. Mi chiedo inoltre: non fu l'Italia il primo Paese al mondo e sicuramente in Europa (al netto della Cina naturalmente, della quale non abbiamo i dati) ad essere investito da un fenomeno pandemico ignoto e misterioso? Questo non giustifica scientificamente il fatto che l'indice del rigore riferito al primo periodo (cioè al periodo cui lei ha fatto riferimento) sia tra i più alti, proprio in ragione del maggiore impatto che l'Italia ha avuto (prima al mondo) nella necessità di affrontare il virus?

Quanto invece alla Svezia, che lei assume a parametro, noi sappiamo che nella settimana dal 25 maggio al 2 giugno 2020 la Svezia è stato il Paese con il maggior numero di morti in Europa. La tesi che si avanzava allora, non solo in Svezia, ma anche in Gran Bretagna (poi rettificarono e chiesero scusa), era che l'obiettivo fosse quello di realizzare l'immunità di gregge. Ma il prezzo dell'immunità di gregge - il Premier inglese dell'epoca addirittura lo

dichiarò espressamente - era quello di sacrificare gli anziani, i fragili e i malati; il mito in quel momento era l'immunità di gregge, ma a discapito della vita degli anziani e delle persone fragili. Questa politica determinò però un aumento esponenziale delle ospedalizzazioni e delle morti proprio in Svezia (Paese che lei assume a modello), talché il 12 novembre in Svezia vennero adottate misure più rigorose (si parlava di *local lockdown*). La Svezia ha fatto quindi una clamorosa marcia indietro, adottando le politiche già adottate in Italia e in tanti altri Paesi al mondo; la generalità dei Paesi si è attestata sulle misure di contenimento e di distanziamento sociale, che poi hanno anche una loro origine storica nella cura delle pandemie (questo immagino che lei lo insegni). All'esito di tutto questo percorso, si registrò una frattura talmente grave in Svezia tra il Governo e l'agenzia della sanità svedese, che il consenso del Governo dal 73 per cento crollò addirittura al 42 per cento. Come possiamo, di fronte a questi dati, ancora insistere nel ritenere che il modello svedese potesse essere un modello di gestione della pandemia?

ZAMBITO (PD-IDP). Dottor Serravalle, può confermare che lei, nella sua vita scientifica, ha pubblicato due soli articoli, di cui uno su riviste scientifiche

di *peer review*, di cui uno soltanto tra l'altro insieme al dottor Donzelli, che è consulente di questa Commissione, che si occupa di Covid, ma che non ha niente a che vedere con i dati che ha presentato qua? Questa è la prima domanda.

Lei ha fatto vedere i dati relativi alla crescita dei problemi che hanno i giovani di oggi nel tempo; quella curva è molto preoccupante e molto interessante, ha ragione, sono d'accordo. Mi potrebbe dire, per favore, se ha potuto confrontare questa curva, che riguarda ovviamente i ragazzi italiani, con le curve di altri Paesi, dove le misure di lockdown sono state inferiori oppure maggiori rispetto all'Italia?

ZARATTI (AVS). Una domanda veloce. Siccome alla prima domanda non mi ha risposto, le volevo ribadire e chiedere nuovamente se lei ritiene scientificamente attendibile una graduatoria sull'indice di mortalità nei diversi Paesi associata unicamente alle misure di *lockdown* e non a tutti gli altri parametri che hanno oggettivamente influenzato il numero dei morti, da quello dei posti in rianimazione di singolo Paese alla presenza di una struttura di medicina territoriale, al periodo di inizio della pandemia e quant'altro. Le



chiedo se scientificamente ritiene che quella tabella, così composta, abbia una sua attendibilità.

*SERRAVALLE.* Rispondo anzitutto all'onorevole Colucci, dicendo che facciamo riferimento alla pubblicazione di “The Lancet” di febbraio di quest’anno, che ho illustrato, dove si vede come, a fronte di una riduzione significativa dell’aspettativa di vita in Paesi come la Grecia, la Gran Bretagna e l’Italia (al terzo posto), in Paesi come la Svezia c’è stato un incremento dell’aspettativa di vita. Mi pare che solo questo dato possa spiegare e darle una conferma che la mia posizione non è basata su un pregiudizio, ma è basata esclusivamente su un dato scientifico. L’aspettativa di vita in quegli anni è diminuita notevolmente, ma in Paesi come la Svezia è invece aumentata. Questo è un dato recentissimo, che fa riferimento proprio al triennio 2019-2021.

Poi è chiaro che ci possono essere mille correlazioni e mille interpretazioni (rispondo riguardo alle correlazioni di cui parlava l'onorevole Zaratti). È chiaro che ci possono essere altre correlazioni e possiamo benissimo approfondire queste valutazioni. Io ho portato questo tipo di

relazione, che evidentemente c'è. Il dato dell'aumento della mortalità per tutte le cause, che ci vede al primo posto tra i Paesi occidentali, e il dato della mortalità per Covid, che ci vede al secondo posto, non credo che possano essere smentiti da nessun tipo di osservazione o che possano essere non correlati con alcune delle misure che sono state attuate (tra le quali il lockdown è stata la più importante). Poi è chiaro che, se andiamo a vedere anche il dato dell'inefficienza della medicina territoriale, si può benissimo ricavare un quadro ancora peggiore nella gestione della pandemia.

Riguardo alle mie pubblicazioni, senatrice Zambito, io faccio il pediatra da quarantacinque anni e svolgo attività clinica da quarantacinque anni. Il mio lavoro è quello di curare i bambini e a questo mi sono dedicato a Pisa per tanti anni. Per questo motivo ho svolto principalmente un ruolo informativo e pedagogico. Oltre a curare, cerco anche di informare le famiglie e le persone, per cui sono autore di pubblicazioni di tipo divulgativo e ho avuto anche occasione di sottoscrivere e di firmare delle pubblicazioni scientifiche. Le annuncio che a breve ne uscirà un'altra, che attualmente è in *peer review*. Ma la mia attività è un'altra, non è quella di ricercatore; la mia attività è quella di pediatra sul campo, che - ahimè - ha il vizio di leggere le pubblicazioni

scientifiche e di basarsi sulla medicina basata sulle prove e non su altro, senza conflitti di interesse. Mi aveva fatto un'altra domanda riguardo alle tabelle?

ZAMBITO (PD-IDP). Le avevo chiesto se la curva relativa alla mortalità pediatrica, che sta aumentando dopo il Covid per i motivi che ci ha detto, ha potuto confrontarla con quella di altri Paesi, dove magari le chiusure sono state inferiori o superiori.

SERRAVALLE. Non ho fatto questa ricerca. Ho visto esclusivamente i dati italiani al riguardo, ma i dati sono omogenei un po' da tutte le parti, perché il fatto che la patologia Covid non abbia riguardato i bambini non è un dato solo italiano, ma è un dato mondiale e internazionale. In quali anni poi sia aumentata la mortalità, anche in ambito pediatrico, rispetto alla media degli anni precedenti è una cosa che, secondo me, meriterebbe indagini e approfondimenti, perché sicuramente abbiamo questo dato, che è molto allarmante.

PRESIDENTE. Alcune domande da parte mia. La ringrazio anzitutto per la sua relazione, dottor Serravalle, anche perché lei ha fatto una revisione della letteratura; quello che lei ci ha presentato oggi non sono suoi studi personali, ma sono studi fatti da altri, di cui lei ha revisionato i dati. Le vorrei fare tre domande. All'inizio il comitato tecnico scientifico ha parlato di tachipirina e vigile attesa. Vorrei sapere da lei, che è un pediatra sul campo, cosa ne pensa di questa indicazione terapeutica che è stata data dal Ministero all'inizio della pandemia.

Secondo lei, la rete di sorveglianza epidemiologica è stata efficiente ed efficace, sia nella fase di raccolta dei dati che nella modalità di raccolta dei dati? Tale modalità, da quanto ci è stato detto sia dall'Istituto superiore di sanità che da Agenas, era diversa da Regione a Regione; cioè la raccolta dei dati veniva fatta in maniera differente da una Regione all'altra.

Da quanto ho capito, l'analisi dei dati non è stata fatta in maniera seria e completa, perché un'analisi fatta in maniera seria e completa avrebbe previsto delle misure di lockdown più leggere e non così forti, sia a livello scolastico (come lei ha fatto emergere in maniera forte e chiara), sia anche a livello comunitario. Quello che sta emergendo oggi, anche per affrontare una

eventuale futura pandemia, è il discorso che bisogna essere più organizzati. Credo che il Governo dell'epoca non si sia organizzato in maniera completa da questo punto di vista, perché il primo modo per affrontare una pandemia è l'analisi dei dati, la verifica della comorbilità e di quanti cittadini hanno altre patologie, la difesa dei cittadini più fragili e più deboli. Da questo punto di vista, qual è la sua opinione?

*SERRAVALLE.* La mia opinione è che sono mancate proprio la sorveglianza epidemiologica e la tutela dei più fragili. Non dimentichiamo quello che è successo nelle RSA e nelle strutture ospedaliere stesse, non dimentichiamo quanta gente si è ammalata di Covid in ospedale; una sorveglianza epidemiologica di fatto è stata veramente minima, se non assente, in moltissime Regioni d'Italia. Questo avrebbe permesso provvedimenti meno draconiani di chiusure, che tanto hanno danneggiato i nostri bambini, e avrebbe permesso un indice di mortalità inferiore.

Riguardo al discorso della tachipirina e della vigile attesa, paradossalmente in pediatria questo è stato il problema minore, perché nei bambini la patologia era estremamente blanda, quando si presentava. Non è

stato così nelle altre fasce della popolazione; doveva essere chiaro che bisognava fare la diagnosi precoce di eventuali complicanze e che bisognava intervenire precocemente nel tutelare la salute dei più fragili. In pediatria non abbiamo avuto questo problema, semplicemente perché le complicanze polmonari sono state estremamente rare (cosa ben diversa in altre fasce d'età). Da anni cerchiamo di insegnare (purtroppo con scarsi risultati) che la febbre non è una patologia nel bambino, ma un meccanismo di difesa dell'immunità innata, indispensabile per combattere le infezioni e da rispettare fintanto che non raggiunga valori eccessivi e comunque fintanto che il bambino la sopporta. Questo è un dato che andrebbe comunicato, incoraggiato e diffuso tra le persone, piuttosto che incrementare il consumo dei farmaci.

PRESIDENTE. La ringrazio per il contributo offerto ai lavori parlamentari e dichiaro conclusa l'audizione.

Sospendo brevemente la seduta.

*I lavori, sospesi alle ore 12,42, sono ripresi alle ore 12,48.*

## **Audizione del professore Giorgio Parisi, premio Nobel per la fisica.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del professor Giorgio Parisi, premio Nobel per la fisica.

Rivolgo anzitutto un saluto e un ringraziamento al nostro ospite che sarà sentito nella forma della libera audizione, nell'ambito del ciclo dedicato all'acquisizione di dati e rilievi epidemiologici.

Invito il professore a svolgere la sua relazione. I commissari potranno in seguito porre alcune domande.

*PARISI.* Signor Presidente, innanzi tutto saluto lei e la Commissione. Ho portato due tipi di materiali. Illusterò per primi i materiali che sono stati prodotti dell'Accademia dei Lincei durante il periodo della pandemia da Covid-19. In Accademia abbiamo infatti costituito una commissione proprio per il Covid-19, che ha prodotto circa una ventina di documenti che possono essere, secondo me, molto interessanti anche per la ricostruzione storica, perché per la maggior parte sono del 2020-2021 e riportano il punto di vista dell'Accademia. In secondo luogo ho accluso documenti che l'Accademia ha prodotto

assieme alle altre accademie dei Paesi del G20 e dei Paesi del G7, che sono dedicati a problemi relativi al Covid. Quello che ho seguito più da vicino è del G20 del 2021 ed è in italiano.

Mi scuso per il fatto che le *slides* che proietto sono state scritte velocemente, ma dato che mi è stato detto giovedì scorso di questa audizione ho dovuto preparare il materiale con una certa velocità. Il materiale precedente è pulito.

A questo punto direi che possiamo passare alla seconda trasparenza. I temi che volevo affrontare oggi riguardano essenzialmente un riassunto di quello che sappiamo in materia di epidemiologia e crescita esponenziale, un breve riassunto della prima fase dell'epidemia in Cina e in Italia, qualche discussione relativa alle misure di contenimento, ulteriori ondate, considerazioni sui vaccini e la loro efficacia, sugli effetti collaterali dei vaccini e poi, come dicevo prima, il documento dell'S20 (Science 20) del 2021 con raccomandazioni per il futuro.

Parlerò dei documenti dell'S20 e dell'S7, perché parallelamente al G7 o al G20 e talvolta anche prima, si riuniscono le Accademie dei Paesi partecipanti per compilare documenti da consegnare ai governi dei rispettivi Paesi,



in maniera tale da far sentire in qualche modo la voce della scienza in queste riunioni. Quindi il documento dell'S20 è stato rappresentato all'S20 dei Ministri della sanità a Roma.

Vorrei ora dare alcuni dati essenziali che sono importanti per capire l'evoluzione dell'epidemia e anche come la si può ricostruire guardando i dati. Quello che più o meno sappiamo tutti è che, in assenza di contenimento, il numero delle persone colpite aumenta in maniera esponenziale, finché non è colpita la quasi totalità della popolazione.

Nella fase iniziale dell'epidemia da Covid-19 il numero degli infetti aumentava in maniera estremamente veloce, di un fattore pari a circa 2 ogni 2 giorni e mezzo. Dunque ci sono alcuni tempi fondamentali per capire i dati. Nel caso del virus iniziale, perché con le varianti le cose sono cambiate, il tempo medio che percorreva fra il contagio di una persona - il momento dell'infezione - e il momento in cui la stessa persona ne contagiava un'altra era di circa una settimana. L'altro tempo, che è circa uguale, è il tempo medio necessario a sviluppare i sintomi e anche questo è di circa una settimana. Inoltre, è importante anche il tempo medio che intercorreva fra i primi sintomi e la morte - nel caso ci fosse stata - che era pari a una decina di giorni. Questo

vuol dire essenzialmente che, dal momento in cui la persona si infetta al momento in cui la persona muore, passano 17-20 giorni, ovviamente nel caso in cui sopraggiunga la morte. Per capire l'effetto di misure tipo il lockdown, se a una data situazione epidemiologica noi portassimo a zero, in un dato momento, tutte le infezioni, gli effetti sul numero dei morti si sentirebbero a 17-20 giorni di distanza; quindi non possiamo aspettarci una variazione immediata.

Allora io avevo presentato, senza grande necessità di vedere i dettagli, un'analisi di quello che è successo in Cina. Il grafico di destra è quasi illeggibile, ma essenzialmente segnala i dati cinesi a partire dai primi di dicembre 2019 fino al 30 gennaio del 2020. Quello che è interessante in questa figura più che altro è che mostra che le due rette sono due possibili crescite esponenziali. In Cina, in questo periodo, c'è stata una crescita esponenziale che si vede molto bene. L'altra cosa interessante è che questi sono dati che i cinesi hanno dato a posteriori, perché hanno fatto a posteriori il lavoro di ricostruzione di quando si erano ammalate le persone che sono riusciti a rintracciare. Si tratta di circa 10.000 persone nella situazione iniziale, guardando le cartelle cliniche, e la mia impressione, per quanto riguarda i dati forniti dai cinesi, è che

siano assolutamente affidabili. Ci sono stati periodi in cui i dati non venivano forniti; c'è stato un periodo che possiamo definire di buco, che è durato dal 3 al 20 gennaio, in cui i dati locali non venivano dati né al Governo centrale cinese, né a noi, per tutta una serie di problemi interni, ma dal 20 gennaio il Governo cinese ha capito che la cosa era seria e c'è stato l'ordine preciso di dare massima pubblicità a tutte le informazioni.

Essenzialmente tale ordine è stato dato nell'editoriale del giornale del partito, in cui si diceva che chiunque avrebbe nascosto dati sul Covid sarebbe stato legato per l'eternità alle colonne della vergogna. Cosa voleva dire praticamente non era chiaro, però i dati erano precisi e quello che si vede è che i giorni in cui i dati passano dai primi casi dell'inizio di dicembre 2019 all'esplosione (10.000 casi) sono una cinquantina. Grossomodo, se facciamo la stessa stima per l'Italia, possiamo aspettarci che i primi casi italiani siano stati verso il 15 gennaio circa (potrebbe essere stato il 10 o il 20, è difficile capirlo).

A proposito dei dati cinesi, in quel periodo io leggevo perlomeno un'ora al giorno tutti i comunicati che venivano emanati dai cinesi (i comunicati erano in cinese e li leggevo utilizzando Google Translate): era molto chiaro

*Resoconto stenografico n. 20*

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

*Seduta n. 22 del 25-02-2025* **BOZZE NON CORRETTE**

che le cose erano estremamente dettagliate (dicevano che in un certo posto si erano ammalate due persone, altrove se ne era ammalato un altro e così via), quindi cercavano di dare tutte le informazioni possibili, perché era chiarissimo che, se avessero nascosto i dati all'interno, non sarebbero stati in grado di bloccare il problema.

Le date cruciali - scusate se vi dico cose note, ma è meglio ricordarle - riguardano i primi casi sintomatici, che in Cina sono verso il 5 dicembre 2019; il 31 dicembre 2019 viene comunicata all'OMS l'esistenza di un'epidemia della nuova malattia, che infatti si chiama Covid-19. Il 5 gennaio viene isolato il virus e la relativa sequenza viene mandata all'organizzazione sanitaria mondiale GISAID (*Global initiative on sharing all influenza data*); il 12 gennaio la sequenza è pubblicata; nello stesso giorno la Cina comunica che ci sono molti casi anche fuori dall'Hubei, in persone che non hanno frequentato il mercato di Wuhan. Questa affermazione fa capire a tutti che è estremamente probabile che la malattia si trasmetta da persona a persona, anche se dicono che non hanno la prova formale.

Tre giorni dopo viene prodotto primo vaccino Moderna. Il 23 gennaio abbiamo il lockdown a Wuhan e il 12 febbraio abbiamo i morti in Cina. Passano circa una ventina di giorni tra le misure di lockdown cinesi e il picco dei morti. In Italia il lockdown viene adottato l'11 marzo e il picco dei morti è il 31 marzo. Quindi vediamo che c'è una correlazione abbastanza stretta, come scala temporale, fra il picco dei morti e l'inizio del lockdown.

Scusate, ho saltato una slide: questo è quello che dicevo prima con le varie cifre. Nessuno Stato occidentale, comunque, è stato capace di fermare la prima ondata del Covid a livelli bassi. I cinesi sono riusciti a fermarla a livelli decisamente bassi. Hanno avuto 4.500 morti, la maggior parte nella regione di Wuhan, nell'Hubei, ma loro avevano fatto un lockdown estremamente stretto. I malati venivano condotti in ospedale indipendentemente dalla loro gravità, quindi non potevano infettare le famiglie. A Wuhan c'erano migliaia di persone che rintracciavano i contatti degli ammalati, cercando di trovare tutte le persone che avevano avuto contatto con gli ammalati. I contatti venivano portati nell'equivalente dei Covid hotel in quarantena per 14 giorni. Quindi c'era tutta una organizzazione attiva, estremamente intrusiva per bloccare i contagi. Inoltre, la distribuzione dei viveri veniva fatta dall'esercito, che

si occupava di tutta una serie di cose, quindi era un lockdown estremamente stretto. Hanno avuto una notevole capacità logistica, perché la costruzione dell'ospedale Covid Huoshenshan è stata iniziata il 25 gennaio, i primi pazienti sono entrati il 4 febbraio e l'ospedale aveva mille letti. Ora, questo sembrerebbe impossibile da fare, ma c'è un motivo per cui sono riusciti a farlo. Avevano costruito un ospedale simile dieci anni prima per la SARS. Quindi avevano già tutti i piani di costruzione e hanno dovuto semplicemente riprenderli.

Questi sono i dati di Nembro, un paese del bergamasco che è stato molto colpito. Essenzialmente sono dati in funzione del giorno dell'anno e si nota che c'è stato un picco dei morti il 12 marzo. Questo paese è stato devastato dal Covid, con una percentuale di morti maggiore dell'uno per cento, e il picco dei contagi, secondo la regola dei 17-20 giorni prima, è avvenuto il 22 febbraio. Dopo il 22 febbraio la situazione del bergamasco ormai era andata. Qualunque chiusura dopo il 22 febbraio sarebbe stata completamente inutile. Nel bergamasco ci sono stati quasi l'uno per cento dei morti, a Nembro forse un po' di più, ma per motivi complessi. Se supponiamo che la mortalità del primo Covid fosse dell'uno per cento, possiamo pensare che l'uno per cento dei

morti corrisponda ad una popolazione quasi totalmente infetta. Il punto è abbastanza chiaro: se i morti incominciano a scendere il 10 marzo, vuol dire che i contagi cominciano a scendere il 22 febbraio, in assenza di qualunque misura di contenimento. Quindi i contagi nel bergamasco cominciano a scendere perché il virus ha infettato tutti e non ci sono più persone da infettare.

La controprova è che abbiamo avuto pochissimi casi nel bergamasco durante la seconda ondata. C'è stata una indagine sierologica, fatta nell'estate del 2020, che dimostra che circa il 5 per cento della popolazione è stata infettata, quindi abbiamo avuto circa 3 milioni di casi nella prima ondata, con circa 35.000 morti. Nel peggiore dei casi, con tutta la popolazione infettata, avremmo potuto avere 600.000-700.000 morti.

I casi registrati noti erano molti di meno, circa 250.000. Sappiamo da Crisanti che il 40 per cento dei casi era asintomatico, quindi dovrebbero esserci stati circa 2 milioni di casi sintomatici, quasi tutti paucisintomatici, qualche migliaio dei quali con malattia seria. Probabilmente nelle statistiche ce ne siamo persi la metà di quelli con malattia seria, perché mancavano i test di controllo. Abbiamo tutto ciò che riguarda la storia della seconda ondata, poi Omicron e così via. Una domanda che spesso viene fatta è se il numero dei

morti per Covid è reale. In merito, l'aumento della mortalità certificato dagli uffici che si occupano del seppellimento delle persone corrisponde circa al numero dei morti per Covid, quindi i morti in più ci sono stati. Quelli che facevo vedere a Nembro erano i morti in più, non erano i morti di Covid, ma quelli che risultavano all'ufficio comunale.

L'Istituto superiore di sanità ha verificato le cartelle cliniche: il 90 per cento delle cartelle cliniche dimostra che i decessi segnati come provocati dal Covid avevano effettivamente il Covid come principale motivazione del decesso. La stessa cosa è emersa dai controlli inglesi; quindi non c'è nessun motivo di fare una distinzione fra morti con Covid e morti per Covid.

I vaccini hanno avuto un effetto, specialmente all'inizio, notevole.

PRESIDENTE. Professore, le chiedo scusa se la interrompo. La materia relativa ai vaccini non fa parte di questo ciclo di audizioni, quindi può continuare a parlare dei dati. Per i vaccini la disturberemo nuovamente in seguito e ci dirà la sua opinione.



*PARISI.* D'accordo. Volevo poi accennare a un documento dell'accademia del G20, in cui viene segnalato un problema di sicurezza sanitaria globale ed è dunque necessaria una collaborazione internazionale. Si è visto che alle pandemie bisogna prepararsi molto in anticipo. Nessuno si aspettava una pandemia di queste proporzioni. Essenzialmente il documento contiene una serie di proposte per il futuro, avanzate all'epoca, che poi sono rimaste quasi del tutto lettera morta.

Ho concluso la mia introduzione. Sono a disposizione per le domande.

*PRESIDENTE.* Se non ha concluso, può andare avanti.

*PARISI.* Non volevo andare fuori tema.

*PRESIDENTE.* Va bene, la ringrazio. I colleghi che intendono porre domande, possono farlo ora.

*COLUCCI Alfonso (M5S).* Signor Presidente, gentile professor Parisi, innanzitutto grazie per la sua illustrazione, che ristabilisce un tenore scientifico al

lavoro che stiamo facendo. Nel merito, poiché sappiamo che molti movimenti negazionisti e complottisti trovano sostegno sia politico che mediatico in ambienti attualmente esistenti anche in Italia, le chiedo quali strumenti la comunità scientifica dovrebbe adottare per contrastare questa tendenza e per riaffermare il valore della conoscenza e della scienza, anche all'interno di questa Commissione.

PRESIDENTE. Solo una cosa, onorevole Colucci. La Commissione opera secondo scienza, coscienza e analisi dei dati, non sulla base di azioni differenti da quelle che vengono dai dati. Stiamo lavorando per capire dove sono stati commessi degli errori, se ci sono state omissioni e altro. Le chiederei quindi di fare la domanda e di non entrare nel merito dei lavori della Commissione, così come sono stati svolti fino a adesso, grazie.

COLUCCI Alfonso (M5S). Presidente, la sua difesa è assai debole, perché io, quale membro di questa Commissione, parlo dei lavori della Commissione nella maniera in cui ritengo.

Professore, la seconda domanda: può illustrarci se esista una stretta correlazione tra lockdown e contenimento del virus, ivi inclusa la chiusura delle scuole? In particolare rispetto a quella tesi, che pure venne affermata nei primi tempi della pandemia, per la quale si sarebbe dovuto raggiungere la cosiddetta immunità di gregge a mezzo di una indiscriminata apertura, ancorché ciò avesse prodotto dei costi in termini di vite soprattutto a carico degli anziani e delle persone più fragili.

*PARISI.* Riguardo alla prima parte della domanda, ovviamente non ho assistito ai lavori della Commissione, quindi non posso assolutamente commentare e non sarebbe nemmeno compito mio.

Per quanto riguarda invece la discussione di informazioni scientifiche, è chiaro che è estremamente importante che gli scienziati vi si dedichino. Il problema grosso è che spesso gli scienziati non hanno canali diretti con il grande pubblico. Non siamo stati nemmeno capaci di farlo in maniera efficace utilizzando canali diretti di vario tipo. Quello che è certamente vero è che sarebbe stata auspicabile un'attività maggiore di diffusione di informazioni scientifiche da parte del Governo, non solo tramite le varie conferenze stampa,

ma anche cercando di intervistare tutta una serie di scienziati, per cercare di raggiungere il pubblico in maniera tale da diffondere informazioni precise. A tale proposito, uno dei suggerimenti che noi diamo nel documento del G20 in preparazione alla prossima pandemia è che si studino in anticipo i canali di comunicazione con il pubblico.

Per quanto riguarda il fatto di raggiungere l'immunità di gregge, tale immunità è stata raggiunta nel bergamasco. Come facevo vedere dai grafici, non vi è dubbio che nel bergamasco si sia infettata la quasi totalità della popolazione. Questa immunità di gregge è costata circa l'uno per cento di morti. Sono morti realmente provocati dal Covid, non solo per quello che è stato scritto sui certificati di morte (cioè che erano positivi al Covid), ma anche perché il loro numero coincide con l'eccesso di mortalità riscontrato in posti come Nembro, che è stato di 20-30 volte più alto rispetto al livello normale. Quindi un raggiungimento dell'immunità di gregge nel 2020 era certamente possibile, però con 600-700.000 morti. Era una scelta possibile quella di avere 600.000 morti o di non averli, ma era una scelta politica, non una scelta scientifica.

ZAMBITO (PD-IDP). Non ho capito, sono morti l'un per cento degli abitanti del bergamasco?

PARISI. Esattamente. È morto l'un per cento circa degli abitanti del bergamasco.

PRESIDENTE. Scusi, a questo punto, per chiarire, parliamo di quel paese a cui lei si riferiva?

PARISI. No, a Nembro sono stati molti di più: è morto l'1,3-1,4 per cento della popolazione. Ma Nembro è un caso particolare, perché aveva molti abitanti anziani che vivevano nelle case di riposo. Se prendiamo tutta la zona del bergamasco, è morto circa l'un per cento della popolazione. Quindi, su scala italiana, una situazione di quel genere avrebbe portato a 600-700.000 morti. Il dato è semplice da ricavare perché, se si è ammalata, stando alle indagini sierologiche, il 5 per cento della popolazione italiana e i morti sono stati 35.000, se si fosse ammalata la popolazione italiana intera i morti sarebbero stati circa 700.000. Probabilmente, se c'erano persone resistenti all'infezione, la stima

potrebbe scendere fino a 600.000, in tutta Italia chiaramente, durante la prima ondata. Se non fosse stata fermata, la prima ondata aveva la potenzialità di uccidere circa 600.000 persone.

ZARATTI (AVS). Signor Presidente, alla mia domanda il professor Parisi ha già risposto in modo esaustivo quando ha detto che l'immunità di gregge a livello nazionale sarebbe costata tra i 600.000 e i 700.000 morti. Professor Parisi, secondo i dati scientifici a sua disposizione, lei concorderebbe con l'affermazione che il lockdown, cioè le misure di contenimento e isolamento adottate in Italia, abbia determinato addirittura un maggiore numero di morti?

PARISI. Assolutamente no. Abbiamo visto che il picco del numero dei morti è avvenuto a 20 giorni circa dall'inizio del lockdown, come è avvenuto in Cina. Si devono fare delle stime anche negli altri Paesi, però il lockdown ha bloccato o comunque contenuto l'aumento del numero dei morti. Il problema è che l'infezione italiana è stata a macchia di leopardo: è arrivata prima per motivi storici difficili da capire nel bergamasco ed è arrivata dopo nelle altre Regioni. Quindi nel bergamasco si è raggiunta l'immunità di gregge, mentre

nelle altre parti d'Italia ci si è bloccati prima. Le tristi immagini della fila di camion che portavano le bare sono state viste nella zona di Bergamo, mentre il resto dell'Italia si è salvato.

PAITA (IV-C-RE). Signor Presidente, è tutto molto chiaro e analitico, però lei, professore, insiste su una questione che poi è un dato di fatto, relativo a una Regione (o a un ambito territoriale) da cui oggettivamente sono stati ricavati dati emblematici. Prima accennava che ci sono motivazioni varie. A livello scientifico siete riusciti a comprendere, anche solo potenzialmente, alcune di queste motivazioni? Lo chiedo perché rimangono comunque un elemento su cui ragionare anche per il futuro.

PARISI. Il problema è molto semplice: è un fatto storico, cioè il virus è probabilmente arrivato in quella Regione prima. Ci sono degli studi, che però non sono mai stati pubblicati, che parlano di due o tre casi sospetti intorno al 15 gennaio in Lombardia. Proprio in Lombardia, perché probabilmente è maggiormente attivo il commercio con la Cina, con imprenditori italiani che andavano in Cina, quindi è difficile mettere il sale sulla coda di chi è stato il

primo. Non è mai stato possibile ricostruire le varie catene di contagio, anche per un motivo fondamentale, cioè che essendo il 40 per cento dei contagiati asintomatico, questi contagiati asintomatici non sono raggiungibili. Per qualche motivo, il virus è arrivato prima lì. Ovviamente all'inizio non si capiva l'importanza delle catene asintomatiche e quindi ci si è concentrati a testare solo le persone che avessero avuto contatti con la Cina, quando ormai il gioco era fatto.

A questo punto è chiaro che in futuro bisognerebbe cercare di controllare. La cosa da fare era controllare tutte le TAC di pazienti con polmonite per vedere se c'erano lesioni a vetro smerigliato. Le TAC da Covid sono caratterizzate da lesioni specifiche che non si trovano certamente nelle polmoniti batteriche, ma sono tipiche della polmonite virale: sono le lesioni a vetro smerigliato. Bisognava cercare quelle. Si è pensato invece di bloccare le persone che venivano dalla Cina, quando ormai il virus era già passato.

PRESIDENTE. Mi scusi, professore, lei sta affermando che bisognava fare la TAC a tutta la popolazione bergamasca?



*Resoconto stenografico n. 20*

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

*Seduta n. 22 del 25-02-2025* **BOZZE NON CORRETTE**

*PARISI.* No, bisognava esaminare le TAC di tutti gli ammalati di polmonite a cui, appunto, veniva fatta la TAC.

*PRESIDENTE.* Quindi, da questo punto di vista, secondo me c'è stata una carenza da parte della scienza o di chi doveva analizzare e verificare i dati, perché quando fai uno studio, devi affrontare un'epidemia e vuoi capirne l'eziopatogenesi, devi andare a vedere perché in quella popolazione e in quegli ospedali si moriva così frequentemente, dunque si dovevano analizzare le TAC. C'è stata una carenza da parte di chi doveva studiare la malattia da questo punto di vista. È chiaro, no?

*PARISI.* Non si moriva più frequentemente. I morti hanno cominciato ad aumentare i primi di marzo, quando è stato fatto il lockdown. Prima non c'era un aumento dei morti, che è proprio di marzo.

*PRESIDENTE.* Dovevano essere analizzati i dati che provenivano dagli ospedali della bergamasca, con tutti i relativi esami, cosa che non è stata fatta.

RONZULLI (*FI-BP-PPE*). Presidente, questa è una sua deduzione.

*PARISI*. Non è stata fatta in nessuna parte del mondo, perché tutti pensavano che si potesse intercettare diversamente la malattia, quindi è stato un errore non solo italiano, ma anche francese, tedesco, danese, eccetera; ma questo lo si è capito a posteriori. L'informazione fondamentale che mancava e che nessuno aveva era l'alto tasso di asintomatici, quindi c'era l'illusione, che si è rivelata tale, che si potessero seguire i malati sintomatici. Su questo non c'era nessuna informazione, neanche dalla Cina, perché i cinesi stessi non avevano mai fatto test ad asintomatici. I test agli asintomatici sono stati fatti alla popolazione solo con Crisanti, alla fine di marzo, quindi il fatto che la malattia passasse per canali asintomatici nessuno l'aveva capito, nessuno lo sospettava e, ovviamente, «del senno di poi son piene le fosse».

La domanda era proprio sul senno del poi, cioè su cosa si debba fare in futuro, ma ogni malattia comporta sorprese che non possiamo conoscere.

*GIRELLI (PD-IDP)*. Signor Presidente, ringrazio il professor Parisi per aver riportato la scienza all'interno di questa Commissione. Io ho due domande

molto semplici da porre. In primo luogo, nelle audizioni precedenti di fatto abbiamo sentito parlare dell'inutilità del tentativo di evitare il contagio e del fatto che bisognava concentrarsi sulla cura. Mi sembra però - e glielo chiedo specificamente - che quanto lei ci ha detto dimostri l'esatto contrario. Evitare il contagio è uno degli aspetti fondamentali per non fare la scelta dell'immunità di gregge e pagare in vite umane, perché a volte ci si dimentica di questo aspetto, necessario per ottenerla.

In secondo luogo, mi ha interessato il suo richiamo alla mancanza di una lettura omogenea dei dati sanitari. Mi verrebbe da dire che l'epidemiologia è la grande assente nel sistema sanitario, o almeno nel Servizio sanitario del nostro Paese. Da questo punto di vista, secondo lei, quanto si paga la frammentazione in 21 modelli nazionali che non dialogano fra loro, non si parlano e non mettono in comune i dati su cui poter intravedere delle possibili conseguenze future e le soluzioni da mettere in campo?

*PARISI.* Allora, per quanto riguarda la prima domanda e l'idea di concentrarsi sulla cura, sarebbe stato sicuramente bello, però il problema è che all'inizio di cure specifiche non ce n'erano. La prima cura che veramente è stata efficace

è stata l'antivirale arrivato alla fine del 2022 (se non ricordo male). All'epoca si cercava semplicemente di limitare i danni. A Milano, durante l'epidemia, capitava tipicamente che le persone alle 8 del mattino avevano una crisi respiratoria e l'ambulanza arrivava otto ore dopo, quando la persona era già morta. Quindi concentrarsi sulla cura non era assolutamente possibile e questo avveniva proprio perché c'era un numero enorme di persone ammalate. Se il numero delle persone ammalate fosse stato 20 volte maggiore, le autoambulanze non sarebbero proprio arrivate, quindi all'epoca si era in una situazione in cui non c'erano cure. Alla fine si è capito che prendere il cortisone dopo una settimana dall'inizio dei sintomi è utile, però all'inizio non c'erano informazioni precise su quello che si poteva fare. Gli antivirali, che erano scarsi, non funzionavano; gli antibiotici non servivano a niente e cose tipo la cloroquina o idrossicloroquina non hanno mai funzionato.

Per quanto riguarda i dati, la mia impressione, avendoli visti da vicino, è che il gruppo di Trento che aveva accesso a tutti i dati ha fatto un ottimo lavoro. Quindi c'erano dei modelli che venivano implementati con i dati disponibili. Il problema più generale della pubblicità dei dati è un altro paio di maniche: non sappiamo quanto i dati sanitari siano pubblici, né quanto siano

raccolti bene. Manca, peraltro, un'anagrafe sanitaria dei dati, che nel nostro Paese non c'è, nonostante si sappia che la mortalità da tumore sia circa il 20-25 per cento del totale e quindi ci siano ogni anno - se non mi sbaglio - 150.000 morti da tumore. L'anagrafe nazionale registra ancora alcune Province italiane che non inviano dati. Quindi siamo in una situazione disastrosa da questo punto di vista. In ogni caso, per quanto mi consta, il gruppo di Trento, con il quale ho molto parlato e discusso sull'analisi dei dati, aveva e mandava i dati al comitato tecnico scientifico, che quindi aveva queste informazioni, come si può leggere da tutti i verbali del CTS.

BERRINO (*FdI*). Signor Presidente, ringrazio il professore e mi scuso per il ritardo, a causa del quale ho perso parte della sua relazione. Potrei chiedere cose che magari ha già detto in mia assenza e per questo mi scuso. Ho letto, in un comunicato stampa dell'ISS, che lei ha promosso personalmente la condivisione dei dati tra ISS e Accademia dei Lincei. Lei ha anche contribuito all'elaborazione di tali dati. Di quali dati epidemiologici si trattava esattamente?

*PARISI.* Noi abbiamo esaminato essenzialmente i dati epidemiologici, che abbiamo avuto con un bel po' di ritardo; subito dopo l'Accademia dei Lincei questi dati sono stati forniti all'Istituto nazionale di fisica nucleare (INFN), il quale ha aperto un portale in maniera tale che questi dati elaborati potessero essere accessibili a tutti. Noi abbiamo guardato i dati, li abbiamo studiati e abbiamo elaborato dei modelli. L'INFN stava facendo un ottimo lavoro di pubblicizzazione dei risultati ottenuti. Quando dico che li abbiamo guardati, intendo dire che i file, magari con un milione di righe, sono stati esaminati da programmi appositi per la lettura e l'analisi. Alla fine, guardando quei dati, non abbiamo trovato niente di scientificamente pubblicabile e che valesse la pena comunicare.

*BERRINO (FdI).* Per quanto tempo è durata questa condivisione?

*PARISI.* È cominciata all'inizio del 2021 ed è andata avanti per anni. Il problema serio è che questa condivisione dei dati era senza informazioni sui vaccini e a questo punto l'informazione più importante per capire quello che succedeva era l'informazione incrociata fra persone che si ammalavano e persone

che venivano vaccinate. Questa è stata fornita uno o due anni dopo, ma nel frattempo l'Istituto superiore di sanità ha pubblicato tutta una serie di bollettini molto precisi e molto ben fatti. Dai dati in nostro possesso si evinceva che tali bollettini concordavano perfettamente con la nostra analisi, quindi non abbiamo sentito in nessun modo la necessità di duplicare lo sforzo comunicativo, in quanto eravamo più che soddisfatti dell'analisi fatta dall'Istituto superiore di sanità e dal gruppo di Trento che lavorava con loro.

BERRINO (*FdI*). Grazie, professore. Questi dati e queste elaborazioni hanno poi ho avuto uno sbocco su qualche rivista scientifica?

PARISI. No, perché le elaborazioni più interessanti, quelle sui vaccini, erano state già pubblicate dall'Istituto superiore di sanità e nonostante abbiamo provato a vedere varie cose, non siamo riusciti a trovare niente di più rispetto a quello che veniva già detto che giustificasse una elaborazione su riviste scientifiche.

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, anch'io mi scuso perché purtroppo sono arrivato solo adesso. Io mi domando una cosa: lei, professore, ha sempre detto che in quanto fisico sa leggere i dati. Un po' mi riconosco anch'io tale, senza essere premio Nobel, perché da economista mi sono sempre permesso di leggere i dati e di dedicarmi a questo. In buona sostanza, questi dati hanno, secondo me, due tipi di impostazione: la prima è relativa ai lavori scientifici che vanno a vedere le piccole differenze fra livelli di lockdown rispetto ad altri (un pochettino di più o un pochettino di meno), piuttosto che tra le Regioni (chi era un po' più avanti nelle vaccinazioni e chi meno), per cercare di trovare le piccole differenze e le macro-situazioni. Dal mio punto di vista, ho trovato delle anomalie proprio sulle macro-situazioni: una di tali macro-situazioni l'abbiamo trattata anche stamattina ed è la differenza fra bambini, giovani e anziani, cioè il fatto che il Covid non fosse particolarmente pericoloso per i bambini e i giovani, viceversa la popolazione anziana era molto più a rischio.

La maggior parte delle decisioni di chiusure, aperture e vaccinazioni è sempre stata fatta senza tenere presente questa differenza. Secondo lei, da



parte della comunità scientifica c'è stata una colpa o un difetto di comunicazione nel non evidenziare in particolar modo questi aspetti, tenuto presente che mettere tutto nel calderone avrebbe portato ad altri problemi, quali problemi di difficoltà cognitive per i ragazzi, l'avergli negato lo sport per due anni, l'avergli negato la didattica in presenza, tutte questioni che poi hanno portato a problemi successivi?

In secondo luogo, per quanto riguarda il lockdown, so che lei è favorevole e mi hanno anche riferito che ha ripetuto ancora adesso che il lockdown ha avuto degli aspetti positivi. Ma una misura così drastica come il lockdown perché non ha portato ad una enorme differenza di rilevazione di risultato fra chi l'ha applicato e chi non lo ha applicato? Cioè, in buona sostanza, senza attuare una misura così invasiva in Svezia, tanto per dirne una (penso che anche lei riuscirà ad aiutarmi sul fatto che la densità di popolazione poco conta rispetto alla concentrazione della popolazione, perché, se sono tutti a Stoccolma, il fatto che ci sia un territorio spopolato poco rileva sulla densità della popolazione), mi sarei aspettato che fossero tutti morti. Noi non abbiamo visto stragi nei Paesi che hanno applicato dei lockdown più blandi rispetto ai Paesi

che ne hanno applicati di rigorosi. Abbiamo visto, e questo è disputabile, perché ci sono degli studi a favore e degli studi contro, differenze che fanno pensare ad alcuni studiosi che, sì, effettivamente ci sarebbe stato un maggiore risultato e ad altri no. Infatti i primi dati che si sono avuti sul lockdown, per come li vedo io, sono delle correlazioni spurie, perché se io ho fatto il lockdown e l'ho fatto sul picco dell'ondata e poi dopo sono calati i contagi, lei mi può insegnare, ovviamente, che può essere che sia stato per il lockdown, ma può anche essere che semplicemente sarebbe passato lo stesso, così come è passato lo stesso in Paesi che in quel momento non erano in lockdown. Quindi mi domando perché siamo ancora qui a discutere di dati, visto che è vero che forse si poteva fare qualcosa e forse no, quando non si è osservata un'enorme differenza di impatto fra il lockdown e la mancanza di lockdown.

*PARISI.* La risposta è abbastanza semplice. Per quanto riguarda la prima domanda, era chiarissimo a tutti, fin dai dati cinesi di fine gennaio 2020 e inizio febbraio 2020, che i cinesi davano informazioni stratificate per età. Le informazioni stratificate per età facevano vedere che la popolazione a rischio di morte era concentrata sopra i sessant'anni e le persone più a rischio erano

sopra i settant'anni. Questo era assolutamente chiaro. Ora, il problema è se si possono fare delle divisioni orizzontali fra le persone di età scolare e le persone anziane. Il problema dipende dalla struttura del Paese. Adesso, scusami, non ho i dati precisi in mente, ma credo che in Italia il 30 per cento dei giovani adulti fino all'età di trent'anni abitino con i genitori e a volte con i nonni, mentre in Paesi come la Svezia all'età di diciotto anni i giovani vanno a vivere fuori. Quindi in un Paese come la Svezia, in cui c'è una separazione nelle famiglie, cioè dove le famiglie non sono verticali e non ci sono anziani e giovani scolarizzati nella stessa famiglia, c'è una determinata situazione. In Italia, invece, capita molto spesso che persone anziane abitino con persone più giovani o magari che i bambini frequentino regolarmente i nonni, cioè abbiamo una situazione in cui gli anziani spesso sono a carico dei figli adulti, che vanno a trovare le persone anziane e spesso hanno bambini in età scolare, quindi il rischio di contagio intergenerazionale in Italia è molto più elevato. Non si può fare un paragone diverso fra le situazioni dei vari Paesi, proprio perché c'è questo contrasto generazionale, con una possibilità di passaggio intergenerazionale che in Italia è più forte. Dunque, specialmente per queste famiglie molto più integrate in Italia che nel resto degli altri Paesi, è difficile

pensare di bloccare l'epidemia a livello degli anziani, facendola correre a livello infantile. Su questo non c'è nessun dubbio.

Veniamo alla sua seconda domanda, cui avevo cercato di rispondere in qualche modo nelle slide, però mi ripeto molto volentieri, perché questo mi dà la possibilità di dare una risposta precisa. Un'epidemia ha un certo tasso di contagiosità, che dipende dalle abitudini delle persone e dalle caratteristiche del virus. Se non è toccata e non ci sono misure di contenimento di nessun tipo, l'epidemia aumenta fino a quando non viene infettata una certa parte della popolazione. Nel caso del Covid, l'epidemia si sarebbe dovuta fermare - da quanto emerge da tutti gli studi - quando si fosse infettato il 60-70 per cento della popolazione. Fino al momento in cui non si arriva a quei livelli, l'epidemia continua a salire esponenzialmente. I modelli matematici sono ben precisi: l'epidemia ha una crescita esponenziale finché o si cambiano le abitudini o le persone vengano vaccinate o si raggiunge l'immunità di gregge. Non esiste la possibilità che una epidemia, dopo aver infettato il 5 per cento della popolazione, si fermi da sola. Che la popolazione infettata nella prima ondata del 2020 non superi il 5 per cento è dato dalle indagini epidemiologiche dell'Istituto superiore di sanità: sono stati presi campioni di sangue di 60.000

persone scelte relativamente a caso e quello che è emerso è che le persone infettate erano il 5 per cento in Italia. Quindi tranne zone piccole, tipo nel bergamasco, dove si è raggiunta l'immunità di gregge, nel resto dell'Italia eravamo lontanissimi.

Non c'era nessun motivo, se non il cambiamento delle abitudini della popolazione con il lockdown, per il quale si sarebbe potuta bloccare la crescita esponenziale dei casi. Il fatto che la crescita esponenziale dei morti si è bloccata, giustamente, verso fine marzo, non può essere giustificato in nessun modo con un meccanismo naturale dell'evoluzione della malattia, ma solo con il fatto che sono state prese delle misure di contenimento, cioè quelle relative al lockdown. Queste misure di contenimento, inoltre, sono state prese nel momento in cui le strutture sanitarie erano al collasso. Avevamo una situazione in cui, come ricordato, non c'erano letti in ospedale, non c'erano respiratori, le terapie intensive erano piene, e questo è stato fatto sia nella prima che nella seconda ondata. Anche nella seconda ondata si è intervenuti a bloccare il numero di morti nel momento in cui si è arrivati a 900 morti al giorno.

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, mi aggancio alla risposta del professore. Posso accettare dal punto di vista teorico le sue osservazioni. Dal punto di vista pratico, in nessuna parte del mondo abbiamo visto il 60 per cento (o qualcosa del genere) di infettati, con conseguente strage. Cioè il punto è che in Italia, se prendiamo i dati della mortalità in eccesso, che sono credo quelli più facili da leggere, perché, in una maniera o nell'altra, evitano i discorsi relativi alla catalogazione dei morti, noi siamo fra i peggiori al mondo. Quindi veramente non capisco come mai, in presenza di reazioni molto diverse in giro per il mondo, in altre nazioni non si sia arrivati a questi modelli teorici, che avrebbero previsto la strage della popolazione.

In secondo luogo, per quanto riguarda le scelte obbligate e la sanità al collasso, noi abbiamo avuto Agenas in audizione la settimana scorsa che ci diceva, tanto per fare un esempio (i dati ci devo ancora essere forniti, ma quelli pubblici sono raggiungibili facilmente), che, quando è stata scelta come misura di contenimento il green pass (non voglio parlare del green pass, però serve per far capire), il tasso di occupazione delle terapie intensive era al 2 per cento.

All'epoca partecipavo alle riunioni di partito - rivelo una cosa che magari altri non sanno - però eravamo in lockdown e io in prima persona, in quanto deputato di opposizione, mi domandavo se i dati che ci venivano comunicati fossero falsi per tenere tranquilla la popolazione. Infatti il dato relativo all'occupazione delle terapie intensive, per esempio in Veneto, ma anche in altre parti, era basso durante la prima ondata. Al che mi domandavo: non è che mi stanno raccontando cose false per tranquillizzare la popolazione, mentre invece c'è la strage e finiremo come in quei film dove muoiono tutti per colpa dell'epidemia? Al che avevamo fatto delle riunioni e avevamo i governatori. A questo punto io chiedevo a Zaia, in queste riunioni: ma i numeri che mi arrivano e che mi dicono che le tue terapie intensive sono occupate al 15 per cento o al 20 per cento sono veri o sono falsificati per tenerci tranquilli? Lui mi ha assicurato che erano assolutamente veri. Con la sua puntualità e precisione veneta mi diceva che erano veri al millimetro. A quel punto mi domandavo: ma allora che facciamo, prendiamo e chiudiamo un Paese, con tutte le conseguenze del caso, con le terapie intensive occupate al 20 o al 15 per cento? Mi sembra una follia e quindi non so, non rivedo quello che sta affermando lei nei dati che conosco io.

*PARISI.* In primo luogo, l'affermazione che in nessuna parte del mondo è successo quello che dicevo prima è falsa: è successo in Italia, nel bergamasco. Nel bergamasco è morto l'1 per cento della popolazione e lì si è arrivati all'immunità di gregge. La prova provata dell'immunità di gregge raggiunta nel bergamasco è che alla seconda ondata i casi di malattia sono stati molti di meno nel bergamasco rispetto alle altre aree d'Italia.

Ci sono dei bellissimi dati che ho raccolto dalle Asl della Lombardia e che danno, per ciascuna delle quattro Asl lombarde, il numero di persone ricoverate per malattia respiratoria. Ovviamente le persone ricoverate con malattie respiratorie non necessariamente hanno contratto il Covid, ma questo numero salta alle stelle quando arriva il Covid, nel bergamasco molto più che nel milanese. Nel novembre 2021 la tendenza si inverte completamente. Quindi è evidente che si è raggiunta un'immunità di gregge, non totale ma parziale, nel bergamasco; e questa immunità di gregge è costata l'1 per cento circa dei morti.

Come dicevo prima, in Italia ci sono stati circa 3 milioni di infettati, che sono costati 35.000 morti (praticamente circa l'un per cento). L'immunità di



gregge si dovrebbe raggiungere intorno al 60 per cento. Lei mi chiede perché in altri Paesi non succede questo. Se lei prende i Paesi orientali e così via, il problema è la composizione dell'età della popolazione, cioè l'Italia è un Paese dove ci sono molti più anziani. Allora possiamo decidere che gli anziani siano da buttare nel secchio e che le morti degli anziani nonentino, ma questa è una decisione politica. Il Parlamento è sovrano e può benissimo deciderlo, però quello che succede, ad esempio, nei Paesi africani è che gli anziani sono pochissimi. Lo stesso dicasi per moltissimi Paesi dell'Africa e dell'Asia. In Cina sono un po' di più.

Se prende invece il Perù, che è un Paese interessante (scusatemi se non ricordo i dati precisi), pare che sia morto l'1 per cento della popolazione. Quindi abbiamo avuto situazioni disastrose: il Perù è stato decimato e completamente incapace di reagire. Un Paese povero con una certa percentuale di anziani, completamente incapace di organizzare qualunque cosa, in povertà assoluta e con la coabitazione forzata nelle favelas, come il Perù, ha subito una moria eccezionale. Altri Paesi si sono salvati senza bisogno del lockdown. In Italia abbiamo sperimentato, proprio dai numeri veri della prima ondata, che con il virus della prima ondata si arrivava a quelle percentuali.

COLUCCI Alfonso (M5S). Signor Presidente, avanzo dapprima una considerazione e poi una domanda secca. La considerazione è un ringraziamento non solo per i contenuti, ma soprattutto per l'indicazione di un metodo rigorosamente scientifico nell'analisi di questi problemi, un metodo scientifico dal quale questa Commissione si è distaccata continuamente. Spero che da questa audizione possa nascere un viatico per questa Commissione per improntare su una chiave completamente diversa i lavori che andrà a svolgere nel futuro, distaccandosi dal passato.

La domanda è: professore, secondo lei, una seria indagine di lavoro e di studio sul fenomeno del Covid, al fine di prevenire in futuro o di predisporre meglio il sistema sanitario nell'affrontare future eventuali pandemie, che peraltro ricordiamo potranno o potrebbero avere delle connotazioni completamente diverse rispetto al Covid 19, evidentemente, può prescindere dall'analisi dei sistemi regionali?

PARISI. Allora, certamente non ci sono solo i problemi regionali, ma ci sono problemi a livello internazionale. Per un controllo delle pandemie è necessario

avere una gestione internazionale coerente di tutto quello che succede. A questo punto le singole Nazioni devono coordinarsi fra di loro e, a maggior ragione, le singole Regioni devono coordinarsi fra di loro.

Uno dei documenti che ho dato, che poi è nelle ultime quattro slide che non ho discusso della mia presentazione, riporta i suggerimenti dell'S20 su cosa avrebbe dovuto fare la politica, quali sono i passi che si sarebbero dovuti fare per bloccare e per cercare di prevenire le future pandemie. Però è chiaro che la prevenzione delle future pandemie è internazionale. È chiaro che ci sono tutta una serie problemi di comunicazione. I miei amici del Servizio sanitario nazionale mi dicevano che il foglio Excel con le informazioni che ogni Regione spediva intorno alle 4 del pomeriggio alla centrale, veniva salvato in formati Excel diversi, che cambiavamo da Regione a Regione. Il coordinamento dei formati Excel sui dati è necessario non solo a livello regionale ma anche a livello mondiale, dunque dobbiamo occuparci di questo.

ZAMBITO (PD-IDP). Signor Presidente, il professore ha già anticipato parte della risposta alla mia domanda. Mi ha letto nel pensiero, lei sa leggere i dati

ma anche nel pensiero, complimenti professore. Intanto la ringrazio moltissimo. Per me è un onore averla con noi e la ringrazio per avere accettato il nostro invito.

Avrà sicuramente letto in questi giorni che a livello internazionale si sta discutendo dell'opportunità o meno che esista un'Organizzazione mondiale della sanità e della proposta di Trump, seguita anche da qualche partito politico italiano, con la presentazione di una proposta di legge per far uscire l'Italia dall'OMS. Ecco, io volevo capire: lei ha dei dati che possano in qualche modo dimostrare cosa sarebbe successo se non ci fosse stata l'Organizzazione mondiale della sanità durante la pandemia? Quale ruolo ha avuto e che impatto ha avuto sui decessi?

*PARISI.* L'Organizzazione mondiale della sanità è l'unica istituzione che abbiamo per controllare la sanità in tantissimi Paesi del mondo, che non hanno forze sufficienti per gestire le cose da soli. È in gran parte responsabile della diffusione dei vaccini nei Paesi del terzo mondo. L'Organizzazione mondiale della sanità è l'unico tavolo mondiale che abbiamo per discutere; che poi l'OMS sia perfetto, questo è lontano da quello che noi abbiamo detto.

Nel documento accademico del G20 notavamo che l'OMS sarebbe stato possibilmente più efficace, mettevamo una frase molto sofferta in cui dicevamo che era necessario un ripensamento di come l'OMS doveva agire in caso di pandemia, ma questo non vuol dire buttare il bambino con l'acqua sporca, vuol dire ripensare.

Per quanto riguarda un'organizzazione internazionale antipandemica, noi pensavamo che, dovendo essere qualcosa che avesse una parte scientifica operativa, fosse meglio farla esternamente all'OMS. Però questo è un altro paio di maniche. Noi pensavamo a una rete di centri di ricerca che comunicano fra di loro, si scambiano i dati, coordinano le attività e così via.

Per quanto riguarda l'OMS, io penso che non abbia nessun possibile sostituto a livello di coordinazione mondiale. Si può discutere di come gestirlo meglio, ma uscirne fuori mi pare suicida perché a questo punto, se venisse distrutto l'OMS, non ci sarebbe nient'alto e ricostruirlo prenderebbe moltissimo tempo.

BERRINO (*FdI*). Professore, torno un attimo sulla vicenda dei dati a cui facevo riferimento nelle mie prime tre domande. Relativamente ai dati epidemiologici che ha condiviso, può chiarirci se nelle elaborazioni effettuate si è tenuto conto dei possibili errori sistematici quali errori di classificazione dei casi o dei decessi? La seconda domanda potrebbe essere collegata, quindi gliela propongo, perché magari può darmi una risposta unica. In particolare devo dire il *case counting window bias* e dell'*immortal time bias*.

PARISI. Non ho capito, scusi.

BERRINO (*FdI*). Vuol dire nella differenza del conteggio della finestra dei casi o in quella dell'*immortal time*, sempre nel conteggio dei casi.

PARISI. Una delle prime cose che abbiamo fatto è stata proprio un'analisi relativa alla consistenza dei dati. I dati sembravano assolutamente consistenti. C'era qualche inconsistenza, ma a livello dell'1 per cento ed era confinata ad alcune Province. Ad esempio c'era una Provincia che tendeva a riportare le morti di alcune persone decedute 200 giorni dopo l'inizio della malattia o cose

di questo genere. Complessivamente però questa è stata la prima cosa che abbiamo fatto, anche piuttosto dettagliatamente. È chiaro che non era un aspetto su cui si poteva fare una pubblicazione scientifica. Comunque i dati sono buoni; li ha forniti l'Istituto superiore di sanità, quindi è normale che lo siano.

Se capisco bene, la sua seconda domanda riguarda la distinzione che a volte veniva fatta tra morti per Covid e morti con Covid. Talvolta si affermava infatti che le persone che venivano conteggiate come morte per Covid, fossero semplicemente persone che avevano altre patologie concorrenti. Grosso modo – perché non ricordo il protocollo italiano – le persone che morivano 15 giorni dopo essere risultate positive, venivano conteggiate come morte per Covid, cioè le persone che entro una certa finestra di tempo venivano trovate positive erano considerate morte per Covid. Questa cosa si risolve non guardando i dati generali, ma guardando le cartelle cliniche una per una. Le cartelle cliniche dei 35.000 morti da Covid della prima ondata sono state esaminate dall'Istituto superiore di sanità. Le cartelle cliniche contengono i certificati di morte, i report della degenza in ospedale e così via. Quello che risulta da questa indagine, che deve essere stata pubblicata grosso modo nell'estate del 2020, è che nell'89 per cento dei casi i morti segnalati come morti da Covid,

erano effettivamente morti a causa del Covid, non a causa di patologie diverse.

Questa è l'analisi fatta guardando 35.000 cartelle.

In certi Paesi si può fare di meglio. Ad esempio il Regno Unito ha un sistema sanitario molto più efficace dal punto di vista dell'informatizzazione e quindi gli inglesi hanno potuto esaminare tutte le cartelle cliniche, tutti i referti di morte di tutte le persone, comprese quelle morte per Covid e quelle che non erano segnalate come morte da Covid. Il Regno Unito segnala come morte da Covid le persone che nei 30 giorni precedenti erano risultate positive al Covid e sono state esaminate anche le cartelle delle circa 500.000 persone che non erano segnate come morte da Covid. Quello che hanno trovato è che anche persone che non avevano mai fatto il test, evidentemente sulla base delle risultanze, erano state dichiarate dal medico come morte per Covid.

D'altro canto, per identificare se una certa persona è ammalata da Covid o meno, bisogna considerare la storia clinica della malattia, più le lesioni a forma di vetro smerigliato che si vedevano nelle TAC. Questi dati permettono di identificare con certezza quasi totale la malattia. Ci sono diverse caratteristiche che permettono di identificare la malattia. Il risultato finale di questa analisi fatta durante la prima ondata dagli istituti inglesi è che i morti da Covid



erano il 10 per cento superiori a quelli che risultavano dalle statistiche. Questa situazione si è invertita con omicron.

BERRINO (*FdI*). Un'ultima domanda, professore: mi ricordo di un articolo uscito su «Il Fatto Quotidiano» a luglio 2022, in cui si riportava una polemica tra lei e il professor Bassetti sull'utilizzo delle mascherine. A me non interessa tanto la polemica, quanto il fatto che il professor Bassetti sosteneva che tutti parlassero di mascherine, quasi a sottolineare che sarebbe stato meglio lasciarlo fare solo agli esperti come gli infettivologi, e lei invece sosteneva, ancora a luglio 2022, che era stato uno sbaglio togliere l'obbligo di portare le mascherine a seguito di alcune decisioni del Governo. Le chiedo: questa sua idea dell'epoca che bisognasse continuare a tenere le mascherine su quali dati scientifici era basata?

PARISI. Guardi, sinceramente di questa polemica con Bassetti sulle mascherine mi sono assolutamente dimenticato. Non ricordo quello che ho scritto, non ricordo quello che ho detto e non sono in grado di rispondere, mi dispiace. Mi ricordo una polemica con Bassetti che invece è avvenuta in televisione nel

2021, ma dovuta, secondo me, essenzialmente a come erano condotti questi *talk show*. Se avessimo avuto il tempo di sederci intorno a un tavolo prima a discutere il punto saremmo stati assolutamente d'accordo, però in quella sede, invece, è andata male.

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). Professor Parisi, lei ha appena dato una sua opinione favorevole sull'OMS, dicendo che non ci sarebbero altri tavoli, però in contemporanea ha detto che ne avete parlato in sede di G20 scienza.

*PARISI*. S20 del 2021.

BORGHI Claudio (*LSP-PSd'Az*). Una delle idee che avevate avuto era che si poteva pensare di fare una struttura di risposta pandemica con un maggior impiego della parte scientifica o degli scienziati fuori dall'OMS. Quindi, mi verrebbe da dire che evidentemente i tavoli per parlarsi ci sono, cioè c'è il G20, c'è il G7 e ci potrebbero essere altre questioni.

Però la domanda che volevo porle riguarda quale sia stato l'effettivo contributo dell'OMS, specialmente nelle prime fasi della pandemia. Io ho recepito delle situazioni tali per cui l'OMS è stata forse più di intralcio che di aiuto, perché ha dato informazioni che erano clamorosamente contraddittorie l'una con l'altra, partendo dall'origine del virus, dai tentativi che ha fatto di schermare la responsabilità della Cina, prima le mascherine sì, poi le mascherine no, poi c'è la trasmissione fra umani, poi dopo non c'era. Abbiamo assistito a un florilegio di dichiarazioni e di prese di posizione dell'OMS, che erano una contrastante con l'altra e quindi non so fino a che punto, da come l'ho vista io, si possa dire che l'OMS è stata d'aiuto nel contrastare la pandemia all'inizio. Magari non è così, nel qual caso vorrei avere una sua opinione su quale sia stato il contributo - in maniera più sincera possibile - dell'OMS nel contrasto della pandemia da Covid-19.

In seguito, il collega ha nominato la sua posizione a favore delle mascherine nel luglio 2022. C'è una dichiarazione dove dice che è una follia che il Governo stia pensando di togliere le mascherine, vedrete che poi una volta tolte, succederà di tutto.

*PARISI.* Ma io penso in ospedale non per la strada, penso che si parlasse di mascherine in ospedale.

*BORGHI (LSP-PSd'Az).* No, si parlava di restrizioni in generale. Comunque, al di là del caso specifico, questo serve così perché un po' tutti riusciamo a darci del dubbio metodico. Il Governo dell'epoca, anche dietro sollecitazione nostra, ha fatto questo passo di togliere le restrizioni sulle mascherine e i dati ci confermano che in realtà le conseguenze non sono state affatto la crescita esponenziale dei contagi, come lei stesso all'epoca sosteneva, ma i contagi sono andati ad azzerarsi, come spesso succede nei mesi estivi. Dico questo perché ogni tanto un po' tutti dobbiamo avere un minimo di umiltà e sapere che certe convinzioni che abbiamo non sono esattamente poi supportate dai dati quando vengono messe alla prova. Il lavoro del politico è difficile perché deve ascoltare gli esperti e in tanti casi deve prendere delle decisioni con esperti che dicono cose contrastanti. Alla fine è responsabilità del politico, in quanto rappresentante dei cittadini, ascoltare - e qualche volta anche non ascoltare - l'esperto.

*PARISI.* Allora, per quanto riguarda la prima parte, fatemi concentrare per semplicità sul ruolo dell'OMS nella primissima parte della pandemia. Le date possono essere sbagliate di qualche giorno, perché non le ricordo. Conoscere prima le domande sarebbe stato utile per dare una risposta precisa. La dichiarazione della Cina che c'era un'epidemia di polmonite di causa sconosciuta è del 31 dicembre 2019 ed è stata resa all'OMS. Ci sono state tutta una serie di riunioni dell'OMS, con cadenza credo bisettimanale in quel periodo e una delle riunioni, che avevo citato anche nelle slide, è quella del 12 gennaio (potrei sbagliare e potrebbe essere del 13, ma non credo che cambi moltissimo) in cui la Cina avverte che ci sono stati molti casi di persone che si sono ammalate anche fuori da Wuhan e fuori dall'Hubei, che non sono mai state in contatto con il mercato di Wuhan. Quindi afferma che ci sono dei casi che apparentemente si possono giustificare solo con la trasmissione da umano a umano. Aggiunge, tuttavia, che loro non hanno nessuna prova definitiva che ci sia una trasmissione umana, perché non sono riusciti a fare un'indagine epidemiologica precisa sul fatto che ci poteva essere un'altra trasmissione ani-

male per le persone infettate, ma tutta la comunicazione, se la si legge, è chiarissima. Essa dice che siamo molto vicini a una situazione in cui c'è trasmissione da uomo a uomo.

C'è un'altra riunione, mi pare, verso il 6 o 7 gennaio, in cui vengono emesse tutta una serie di avvertimenti e informazioni affinché i Paesi limitrofi come il Giappone possano utilizzarli per fare i primi controlli alla frontiera, e così via. Intorno al 18-20 gennaio ci sono altre riunioni all'OMS in cui la Cina avverte che ci sono dati che indicano chiaramente una trasmissione da persona a persona, quindi l'OMS è stato un canale dove sono arrivate tutta una serie di informazioni su quello che stava avvenendo in Cina che erano sostanzialmente corrette. Poi, se il Giappone ha preso delle misure alla frontiera e gli altri Paesi del mondo non l'hanno fatto, non è colpa dell'OMS.

PRESIDENTE. Grazie professore. Se nessun altro ha domande, faccio io alcune affermazioni. Intanto la ringrazio per essere venuto oggi in Commissione e per la relazione che ha svolto, come ringrazio tutti gli auditi precedenti per il contributo scientifico che hanno dato. Penso che l'Istituto superiore di sanità, Agenas, INAIL e tutti gli altri auditi abbiano dato un

contributo scientifico importante. Le affermazioni che ho sentito oggi in questa Commissione a me dispiacciono, anche perché, cari colleghi, bisogna ascoltare. È fondamentale ascoltare e poi, in Commissione d'inchiesta, dopo l'analisi, fare una sintesi. Le affermazioni in cui si dice che qualcuno è detentore della verità e qualcun altro no, a me non piacciono. Questa era una premessa che volevo fare prima di porre una serie di domande.

Nella relazione che ci ha presentato, lei ha fatto affidamento giustamente su evidenze scientifiche e dati. La prima domanda che le pongo è: secondo lei, la raccolta di dati che è stata fatta in Italia, coordinata dall'Istituto superiore di sanità, dal Ministero e dalle Regioni, è stata fatta in maniera efficiente ed efficace oppure aveva evidenti lacune, la cui correzione avrebbe consentito di bloccare meglio il crescere della pandemia? Aggiungo anche che sia l'Istituto superiore di sanità che Agenas ci hanno detto che c'è stata una lacuna, perché il modo in cui venivano raccolti i dati non era omogeneo in tutto il territorio nazionale.

*PARISI.* Questo lo sanno meglio loro di me. Per quello che mi riguarda, la mia impressione è che, se ci sono state delle lacune, queste non fossero

fondamentali. Ciò dipendeva anche dalle differenze esistenti tra le Regioni, che però riguardavano problemi essenzialmente marginali. I problemi fondamentali, cioè il vero punto è che eravamo in una situazione in cui le capacità di fare test erano scarsissime; fare un test era estremamente complicato, ci potevano essere file di ore fatte in mezzo a persone che magari erano ammalate.

PRESIDENTE. Mi scusi se la interrompo, professore, ma l'analisi non viene solo dai tamponi che devono essere fatti, bensì, come ha detto lei poc'anzi, dallo studio completo di una cartella clinica di un paziente ricoverato con Covid.

PARISI. Esattamente. Infatti sto dicendo che i dati di quel tipo erano relativamente poco affidabili perché dipendevano anche dalla capacità di tamponare le persone nelle Regioni. Il dato veramente fondamentale che serviva a vedere l'acuirsi della malattia era, all'inizio, il numero delle persone ricoverate nelle terapie intensive, dato che, alla fine, era falsato dal fatto che alcune Regioni avevano saturato le loro capacità. Intendo dire che se i malati



raddoppiavano in Lombardia, dato che non c'erano posti in terapia intensiva, non sarebbero raddoppiati i posti in terapia intensiva. I dati più sicuri per l'analisi erano quelli relativi ai morti e quelli erano abbastanza consistenti con tutto il resto.

Il numero dei morti era notevolmente affidabile, dunque noi abbiamo confrontato, Regione per Regione, l'aumento di mortalità rispetto alla mortalità generale, e quindi dai registri dei camposanti, che sono notoriamente affidabili, o se volete dai registri comunali, con il numero di persone che avevano avuto il Covid ed erano decedute; questi erano dati perfettamente affidabili. Ci saranno state delle piccole disfunzioni, ma appunto piccole.

PRESIDENTE. Bisognerebbe però capire la storia clinica del singolo paziente; capire le patologie che aveva, quali erano i soggetti che andavano tutelati a maggior ragione. Andava fatto uno studio molto più dettagliato, che non è stato fatto.

PARISI. L'Istituto superiore di sanità, durante l'estate, ha fatto un'analisi di tutte le cartelle cliniche. È un documento in cui ha analizzato le 35.000 cartelle

cliniche delle persone morte. È chiaro che un'analisi di questo genere non è possibile farla nel momento in cui gli ospedali si trovano con l'acqua alla gola e non ci sono medici.

PRESIDENTE. Lei ritiene che sia stata efficace la rete di sorveglianza epidemiologica messa su in Italia?

PARISI. La rete di sorveglianza epidemiologica non è riuscita ad accorgersi del Covid, anche perché non c'erano le informazioni scientifiche e le informazioni generali per fare una sorveglianza precisa.

PRESIDENTE. Ma lei poc'anzi ha detto, rispondendo alla domanda del senatore Borghi, che l'Organizzazione mondiale della sanità, nei mesi di dicembre-gennaio, aveva dato una serie di informazioni sul Covid.

PARISI. Esattamente. L'informazione mancante che non c'era, perché nessuno ce l'aveva all'epoca (è venuta solo nell'aprile o maggio del 2020), era la grande percentuale degli asintomatici. Tutti stavano pensando ad una rete

di trasmissione di sintomatici, quindi si andava alla caccia del sintomatico.

PRESIDENTE. Sì, questo l'ho già ascoltato. Per quanto riguarda la resilienza del nostro sistema sanitario nazionale, lei ha evidenziato alcune lacune, alcune differenze con le altre Nazioni sulla capacità di adattarsi a fronteggiare un'epidemia?

PARISI. La Germania, sulla carta, ha 30.000 letti in terapia intensiva. L'Italia ne ha 5.000. La popolazione della Germania è circa il 30 per cento maggiore rispetto a quella italiana, quindi anche facendo la dovuta proporzione, in Italia dovremmo avere 20.000 posti letto in terapia intensiva, mentre ce n'erano solo 5.000.

PRESIDENTE. Ha risposto alla mia domanda, la ringrazio.

Infine, lei ha parlato poc'anzi di comunicazione. Ha detto che sarebbe stata opportuna una comunicazione più scientifica - l'ha detto lei, non lo sto dicendo io - piuttosto che una comunicazione fatta di comunicati, conferenze stampa e simili. Siccome, secondo me, nel corso di un'epidemia è

fondamentale gestire la comunicazione e dare le corrette informazioni, che partano da una corretta raccolta dei dati, secondo lei c'è stato un errore importante, da questo punto di vista, sulla comunicazione?

*PARISI.* Sì. Certamente sarebbe stata necessaria, più che una comunicazione più scientifica, una comunicazione scientifica in parallelo alla comunicazione generica; cioè sarebbe stato necessario avere un maggiore numero di scienziati che intervistassero scienziati o che utilizzassero i diversi canali (ad esempio YouTube) per comunicare. Il punto fondamentale è che un sistema di comunicazione scientifica non si improvvisa da oggi a domani. Io potevo scrivere quello che volevo su Facebook, ma lo guardavano un migliaio di persone. Quindi magari un canale YouTube seguito da milioni di persone deve essere fatto prima, non al momento. È un problema, se volete, annoso: la scienza non ha un canale di diffusione delle informazioni adeguato alla situazione.

*PRESIDENTE.* Non deve essere la scienza a gestire la comunicazione, ma deve essere chi governa a coordinare la scienza e far sì che le idee arrivino.

*Resoconto stenografico n. 20*

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

*Seduta n. 22 del 25-02-2025* **BOZZE NON CORRETTE**

*PARISI.* Su questo sono d'accordo. Il Governo, anzi, i Governi passati e il presente (futuri non lo so, ma lo temo) certamente non hanno costruito dei canali di comunicazione della scienza con la popolazione.

*PRESIDENTE.* Non si preoccupi per il futuro. Lei non ha una palla di vetro che legge il futuro.

*PARISI.* Ho detto “temo”.

*PRESIDENTE.* Ringraziamo il professor Parisi del contributo che ha dato ai lavori della Commissione.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

## *COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE*

PRESIDENTE. Comunico che la documentazione pervenuta dalla procura di Roma la settimana scorsa è stata ora presa in carico dall'archivio della Commissione. Essa pertanto, svolte le opportune verifiche, assume ora il regime di libera consultazione, salvo gli eventuali atti che di volta in volta, alla richiesta avanzata, presentassero esigenze particolari o punti che quindi non possano essere diffusi e comunicati. Diamo il tempo agli uffici di fare un'attenta verifica e poi, se si potranno consegnare tutti i documenti, lo faremo. (*Commenti*)

Riferirò i commenti al presidente Lisei, ma ritengo che sia opportuno che, dopo le verifiche fatte dagli uffici, i documenti si possano consegnare. Questo lo si deciderà comunque in sede di Ufficio di Presidenza.

COLUCCI (*M5S*). Rimane la contraddizione sui singoli atti.

PRESIDENTE. Ci sono ancora singoli atti che devono essere verificati per consegnarli. Quando la verifica sarà ultimata, anche questi singoli atti, come

ho detto poc'anzi, potranno essere consegnati per intero. Si parla di singoli atti che il Presidente si è riservato di verificare prima di consegnarvi tutto.

Per quanto riguarda i consulenti della Commissione, comunico che l'Ufficio di Presidenza ha deliberato di acquisire la collaborazione - a titolo gratuito e a tempo determinato - del tenente colonnello della Guardia di finanza Alessandro Fagnani, già consulente della Commissione d'inchiesta sulla morte di David Rossi. Con riferimento alla richiesta di nomina quale consulente del magistrato Giuseppe Bianco, comunico che si è reso opportuno modificare il titolo della richiesta di collaborazione da tempo pieno a tempo limitato.

Infine, l'Ufficio di Presidenza ha altresì deliberato di avanzare richiesta di designazione del dottor Filippo Izzo, magistrato della Corte dei conti. L'incarico si intende conferito a tempo parziale e a titolo gratuito.

COLUCCI (M5S). Per quanto riguarda l'altra magistrata?

PRESIDENTE. Nulla è cambiato. L'*iter* è ancora in corsa presso il Consiglio superiore della magistratura.

*Resoconto stenografico n. 20*

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

*Seduta n. 22 del 25-02-2025* **BOZZE NON CORRETTE**

*I lavori terminano alle ore 14,28.*