



Senato della Repubblica

Camera dei deputati

Giunte e Commissioni

XIX LEGISLATURA

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 21

BOZZE NON CORRETTE

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA

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

AUDIZIONE DEL PROFESSOR NICOLA PETROSILLO, GIÀ DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO CLINICO E DI RICERCA DELL'ISTITUTO NAZIONALE MALATTIE INFETTIVE LAZZARO SPALLANZANI DI ROMA

AUDIZIONE DEL PROFESSOR SILVIO GARATTINI, PRESIDENTE E FONDATORE DELL'ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE "MARIO NEGRI"

23^a seduta: martedì 4 marzo 2025

Presidenza del presidente LISEI,

indi del vice presidente CIANCITTO,

indi del presidente LISEI

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

I N D I C E

Sulla pubblicità dei lavori

PRESIDENTE:

- LISEI (*FdI*), *senatore*

Audizione del professor Nicola Petrosillo, già direttore del Dipartimento clinico e di ricerca dell'Istituto nazionale malattie infettive Lazzaro Spallanzani di Roma

PRESIDENTE:

PETROSILLO Nicola

- LISEI (*FdI*), *senatore*

BIGNAMI (*FDI*), *deputato*

BONAFE' (*PD-IDP*), *deputata*

BUONGUERRIERI (*FDI*), *deputata*

CIANCITTO (*FDI*), *deputato*

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

COLUCCI Alfonso (*M5S*), *deputato*

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

MALAN (*FdI*), *senatore*

ONORI (*AZ-PER-RE*), *deputata*

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

ZARATTI (*AVS*), *deputato*

Audizione del professor Silvio Garattini, presidente e fondatore dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri"

PRESIDENTE:

GARATTINI Silvio

- LISEI (*FdI*), *senatore*

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

BUONGUERRIERI (*FDI*), *deputata*

CIANCITTO (*FDI*), *deputato*

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

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

Comunicazioni del Presidente

PRESIDENTE:

- LISEI (*FdI*), *senatore*

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

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

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

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

Intervengono il professor Nicola Petrosillo, già direttore del Dipartimento clinico e di ricerca dell'Istituto nazionale malattie infettive Lazzaro Spallanzani di Roma, e il professor Silvio Garattini, presidente e fondatore dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri". È presente inoltre, quale collaboratore della Commissione, ai sensi dell'articolo 24 del Regolamento interno, il dottor Francesco Bevere.

I lavori iniziano alle ore 10,43.

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 n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

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

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del professor Nicola Petrosillo, già direttore del Dipartimento clinico e di ricerca dell'Istituto nazionale malattie infettive Lazzaro Spallanzani di Roma

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del professor Nicola Petrosillo, già direttore del Dipartimento clinico e di ricerca dell'Istituto nazionale malattie infettive Lazzaro Spallanzani di Roma.

Ringrazio e saluto il professor Nicola Petrosillo, a cui cedo subito la parola per una sua introduzione, a seguito della quale i commissari potranno rivolgere delle domande.

PETROSILLO. Signor Presidente, buongiorno a tutti. Sono Nicola Petrosillo, medico e specialista di malattie infettive e di medicina interna. Ho anche un perfezionamento in protezione civile di tanti anni fa. Dal 1981 lavoro in ospedale, ho preso servizio nel 1981, all'epoca nell'ospedale di malattie

infettive dell'ospedale di Frosinone, dove sono stato dodici anni. Nel 1993 sono andato a lavorare allo Spallanzani e, dopo un periodo nel centro di riferimento AIDS, nel 1999 sono diventato primario di un reparto di malattie infettive.

Lo Spallanzani è una struttura monospecialistica che è diventata, dopo lo scorporo dal San Camillo-Forlanini, un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS). È un ospedale che si compone di reparti di malattie infettive e successivamente è stata introdotta anche una terapia intensiva. Il mio reparto si occupava - ci siamo un po' divisi i compiti - di infezioni gravi, infezioni batteriche, infezioni acquisite in ospedale. C'era un reparto per l'HIV, un reparto per l'epatite, un reparto per le malattie respiratorie e tubercolosi.

Nel corso degli anni mi sono sempre occupato di infezioni batteriche e non solo, ma soprattutto di infezioni emergenti. Già nel 1997 o 1998 - non ricordo - venni mandato dalla cooperazione italiana a Sarajevo, subito dopo la fine della guerra, per rimettere un po' in piedi le malattie infettive in Bosnia-Erzegovina, perché la guerra purtroppo causa caos e problemi

soprattutto a livello sanitario. Già quello fu per me un banco di prova. Poi, quando divenni primario, abbiamo avuto la Sars; io ero responsabile di quella che non era ancora chiamata l'unità di crisi e comunque cominciai a lavorare anche sulla prima Sars. Ricordo che ricoverammo tre cinesi (uno era un pilota d'aereo), ed erano sospetti di Sars. Poi abbiamo avuto il periodo del bioterrorismo, e lo Spallanzani riceveva persone che ricevevano delle buste con delle polveri e si contaminavano. Quindi c'era il problema anche del bioterrorismo.

Successivamente le cose sono andate avanti fintantoché nel 2020 c'è stato questo problema del Covid, dell'infezione da Sars-CoV-2, che all'inizio era un fenomeno che sembrava fosse confinato in Cina, in una zona specifica (Wuhan), ma non si aveva ancora contezza della portata del fenomeno, anche perché le informazioni che provenivano dalla Cina non erano così eclatanti.

Facendo parte di una organizzazione scientifica europea, che è la Società europea di malattie infettive e microbiologia clinica (io ero il presidente degli affari internazionali di questa società), cercai anche un po'

di capire e ricordo che mi misi in collegamento con vari studiosi di vari Paesi.

Mi sembra che a febbraio - adesso non ricordo esattamente - ci furono i famosi due cinesi che, in viaggio con altri, con un gruppo turistico, cominciarono ad avere febbre, vennero testati ed avevano il Covid, un'infezione. Vennero presi dall'albergo di Roma, dove stavano. Nel frattempo l'altro gruppo di cinesi era andato via, per cui erano rimasti soli in questo albergo; vennero presi, vennero portati da noi e ricoverati nella quarta divisione. Io ero il primario della seconda divisione, ma all'epoca ero anche il capo dipartimento, perché dal 2015 sono stato nominato capo del dipartimento clinico.

Forse mancava un pezzo: mi sono anche occupato di una malattia importantissima, Ebola. Per l'OMS sono stato nel 2015 in Nigeria a dirigere l'ospedale Ebola a Lagos, perché la Nigeria fu anche colpita da questo fenomeno. Quando tornai in Italia, lo Spallanzani mise in piedi l'unità di crisi, perché c'era la paura che venisse qualche persona da fuori. In realtà vennero persone da fuori: venne un medico che lavorava con Emergency in Sierra Leone, venne portato proprio con l'aereo militare in Italia e venne

portato allo Spallanzani. Questo fu il primo caso veramente molto, molto difficile. Per fortuna avevo l'esperienza dell'Africa e avevamo quindi approntato tutte le misure di protezione, perché bisogna veramente essere protetti al cento per cento senza possibilità di contaminazione. Questo paziente stava veramente male, quindi organizzammo anche in terapia intensiva una stanza per l'altissimo isolamento. Capite bene che in terapia intensiva si intubano i pazienti e quindi c'è possibilità di dispersione anche ambientale di microrganismi patogeni. Per fortuna andò bene e questo collega adesso fa il primario di malattie infettive in Sicilia.

Poi ne venne un altro, un infermiere che anche lui lavorava sempre con Emergency e anche lui aveva il Covid; anche questo venne curato.

Forti di questa esperienza che avevamo avuto, quando arrivarono i due cinesi furono approntate immediatamente le stanze, una stanza, per ricoverarli con le stesse precauzioni - forse eccessive - dell'Ebola; e vennero ricoverati. La cosa eclatante fu che, dopo poche ore dal ricovero, questi cominciarono ad avere una insufficienza respiratoria acuta tale da richiedere il ricovero direttamente nella terapia intensiva e l'intubazione. All'epoca

l'intubazione meccanica era molto più frequente; successivamente venne sostituita, dopo un anno e mezzo, da una ventilazione meccanica non invasiva, con la mascherina che copre il naso e la bocca totalmente, e l'ossigeno viene pompato ad alta pressione.

Questo fu l'inizio. Anche qui non c'era contezza dell'estensione del fenomeno, perché sembrava fosse tutto ancora cinese, con delle piccole propaggini. Poi ci furono i casi nel Nord Italia e poi cominciarono a venire i pazienti con Covid anche a Roma e in altre parti d'Italia. Il trattamento di questi pazienti all'inizio era anche abbastanza complesso: non si sapeva esattamente quale potesse essere il migliore trattamento, se non il supporto respiratorio e il mantenimento di livelli di ossigeno efficienti, perché non esiste un farmaco, un antivirale che distrugge questo virus. Quindi i pazienti vennero trattati in maniera sintomatica con ossigeno, poi pian piano si cominciò anche ad applicare ai pazienti la terapia cortisonica per ridurre l'infiammazione, perché molti di questi pazienti avevano anche delle polmoniti interstiziali, con una forte componente infiammatoria che riduceva

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

oltremodo gli scambi respiratori, ed andavano incontro ad insufficienza respiratoria. Questa fu la mia esperienza.

Nel 2020 ci fu la prima ondata e ci furono molti pazienti ricoverati, anche con dei decessi. Successivamente ci fu una pausa nel periodo estivo, e dopo l'estate ci fu una ripresa dei ricoveri.

Nel giugno 2021 mi sono pensionato dallo Spallanzani e attualmente, dal 1° luglio 2021, sono infettivologo al Policlinico universitario Campus biomedico di Roma, quindi la mia esperienza finisce al giugno 2021. Quindi ho visto la prima ondata e la seconda.

ONORI (AZ-PER-RE). Signor Presidente, ringrazio il professor Petrosillo.

Abbiamo un contingentamento delle domande? C'è un numero massimo?

PRESIDENTE. Come al solito, stiamo sulle tre domande.

ONORI (AZ-PER-RE). Professor Petrosillo, lei riportava adesso, al termine della sua presentazione, il suo pensionamento, annunciato a giugno 2021 e realizzato a luglio 2021, quindi il suo spostamento dall'Istituto Spallanzani al Campus biomedico. Questo prepensionamento è in qualche modo legato all'accordo che ad aprile 2021 l'Istituto Spallanzani ha firmato con l'Istituto Gamaleya russo?

PETROSILLO. No, io di questo accordo non so nulla, non ne ho mai saputo nulla, non ho mai fatto riunioni e mai firmato nulla. Il mio pensionamento è avvenuto perché avevo compiuto sessantotto anni e mezzo, avevo questa buona proposta dopo una vita intera anche logorante, perché il reparto logora. Quindi avevo questa opportunità - sessantotto anni e mezzo son tanti - di lavorare al Campus biomedico come consulente - di lavoro faccio il consulente, vedo i pazienti e devo dire che ne vedo tanti - e poi la parte del controllo delle infezioni e dell'utilizzo degli antibiotici, la stewardship antibiotica. Quindi è un qualcosa che, tutto sommato, era più favorevole.

Però di questo accordo non so assolutamente nulla, non sono stato messo al corrente.

ONORI (AZ-PER-RE). In effetti la domanda non era se fosse stato messo al corrente - sappiamo da dichiarazioni alla stampa che non è stato questo il caso - ma se il suo prepensionamento fosse legato in generale in qualche modo a questo accordo. E la risposta ho capito essere negativa.

PETROSILLO. Non essendo stato neanche messo al corrente, non potevo neanche...

ONORI (AZ-PER-RE). Grazie.

In qualità di ex direttore del dipartimento clinico e di ricerca in malattie infettive, immagino che ci siano state occasioni durante la sua carriera, non solo durante questo incarico ma anche nei precedenti incarichi, di collaborazioni scientifiche con scienziati di nazionalità esterna al perimetro dell'Alleanza atlantica, quindi collaborazioni con ricercatori ad

esempio russi o di Paesi che non fanno parte dell'Alleanza atlantica. Poiché lo Spallanzani ospita - mi dica se mi esprimo correttamente - dati sensibili, dati medici sensibili, in condivisione sia con gli altri Stati europei sia con gli altri alleati, volevo chiederle se, per la sua conoscenza delle procedure, in caso di collaborazioni scientifiche con scienziati di nazionalità fuori dal perimetro dell'Alleanza atlantica, ci siano dei passaggi specifici di comunicazione, degli avvertimenti o delle cautele particolari che in qualità di capi dipartimento dovrete osservare, a seguito di comunicazioni che presumibilmente dovrete ricevere laddove si verificasse la presenza in loco di scienziati di nazionalità fuori dal perimetro dell'Alleanza atlantica.

Non so se è chiara la domanda.

PETROSILLO. Domanda abbastanza complessa. Tengo a precisare che io non ho mai avuto collaborazioni con gruppi esterni a Stati Uniti, Europa, Australia: sono questi i gruppi con i quali ho lavorato. Comunque informazioni di natura sensibile non mi pare di averne trattate.

Nel caso specifico, comunque, questo tipo di informazioni, se ci fossero state, sarebbero dovute passare attraverso un comitato etico. C'è una struttura in tutti gli ospedali, ma soprattutto e anche nello Spallanzani, il comitato etico, che prima di dare l'autorizzazione a una qualche ricerca comunque autorizza tutto questo sulla base del progetto del lavoro che si sta intraprendendo.

Personalmente non ho fatto sperimentazioni di questo tipo. L'unica proprio pochi giorni fa: quando ho cominciato a lavorare al Campus, ho cominciato a occuparmi di problemi di infezioni nei territori di guerra, infezioni da ferite di guerra, quindi ho avuto contatti con dei medici ucraini. Questa è l'unica, ma contatti abbastanza di dialogo.

ONORI (AZ-PER-RE). La domanda è leggermente diversa: non se ha avuto esperienze di questo, ma in base alle sue conoscenze delle procedure, anche alla luce dell'incarico importante che rivestiva come capo di quel dipartimento, se, in caso di presenza fisica di scienziati di nazionalità esterna al perimetro dell'Alleanza atlantica, lei si sarebbe aspettato una

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

comunicazione, e a seguito di questa comunicazione quale tipo di cautela avrebbe dovuto intraprendere.

PETROSILLO. È una domanda un po' complessa. Nel nostro istituto c'erano dei vertici, io ero capo dipartimento clinico. Nel mio dipartimento clinico non avevo persone di quelle che lei citava. Comunque non ero io a dover decidere sulla loro presenza e su quello che facevano, perché c'era una struttura, un direttore scientifico, un direttore sanitario, un direttore generale sopra di me. Il mio compito era quello di coordinare le attività del dipartimento clinico.

PRESIDENTE. Quindi non è a conoscenza delle procedure da adottare nel caso di presenza di persone straniere.

PETROSILLO. Se questa è la domanda, dico non lo sono.

ONORI (AZ-PER-RE). Grazie. Glielo chiedevo proprio alla luce del fatto che l'Istituto Spallanzani contiene questi dati il cui trasferimento o condivisione con scienziati di nazionalità esterna al Trattato atlantico può presentare effettivamente un problema di sicurezza nazionale. Quindi assumevo che i capi dipartimento fossero al corrente di procedure da adottarsi in caso di presenza di tali scienziati.

PETROSILLO. Il Dipartimento clinico tratta la cura dei pazienti, fondamentalmente, però non ero a conoscenza di procedure di questo genere.

PRESIDENTE. Non ne è a conoscenza.

ONORI (AZ-PER-RE). Mi riservo la terza domanda successivamente. Era sempre la stessa, purtroppo.

PRESIDENTE. La faccia pure.

ONORI (AZ-PER-RE). No, la riservo magari alla luce del prosieguo.

PRESIDENTE. Perfetto.

BIGNAMI (FDI). Grazie, dottore, anche per aver servito la nostra Italia in altre situazioni non meno complesse. Spero che non valga come domanda, ma chiedo: quindi anche Sars-Cov-1 ha seguito?

PETROSILLO. Sì, come dicevo prima, in quel periodo c'era questa grande preoccupazione e lo Spallanzani era il riferimento nazionale.

BIGNAMI (FDI). C'era un'analogia, ha riscontrato tra...

PETROSILLO. Con la prima Sars? Nella prima Sars in realtà tre persone furono ricoverate ed erano dei sospetti, perché non c'era ancora neanche una diagnostica come quella successiva.

BIGNAMI (*FDI*). Vengo alla domanda. Il 29 gennaio 2020, come risultante dal verbale della task force che il Ministero della salute ha secretato e che poi dopo ha dovuto ostendere, il direttore scientifico dello Spallanzani, dottor Giuseppe Ippolito, dichiara che l'adozione di misure metodologiche omogenee nel ricovero dei pazienti afflitti da Covid era consigliabile anche in ragione di un altrettanto consigliabile aggiornamento del piano pandemico, che lei sa risalire al 2006, che la regolamentazione sanitaria internazionale aveva, step by step, chiesto di aggiornare, senza che venisse fatto.

Lei condivide questa affermazione della necessità di adeguarsi alle metodologie del piano pandemico aggiornato, secondo le indicazioni della regolamentazione sanitaria internazionale, come svolte dal direttore scientifico dello Spallanzani Giuseppe Ippolito?

PETROSILLO. Io credo che un piano pandemico debba essere aggiornato, per cui è logico che un aggiornamento costante del piano pandemico sia uno

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

dei prerequisiti per far fronte a un evento come quello che è avvenuto. Credo che sia condivisibile.

BIGNAMI (FDI). Lei ritiene che pertanto sia condivisibile anche l'assunto per il quale il piano pandemico, se aggiornato, avrebbe fornito uno strumento in più per il contrasto al Sars-Cov-2, vista anche l'esperienza Sars-Cov-1?

PETROSILLO. Diciamo che, sì, in linea di massima, questo potrebbe essere un ulteriore tassello che potrebbe essere utile per combattere in maniera efficiente un evento come quello.

PRESIDENTE. Sono due domande. Gliene resta una. Volete farne un'altra come Fratelli d'Italia?

CIANCITTO (FDI). Professore, lei poc'anzi ha detto che faceva parte del direttivo della Società europea di malattie infettive e ricopriva un ruolo

importante, così come lei ha detto, perché era referente per i rapporti internazionali.

Intanto la mia domanda è: gli altri Paesi europei - mi limito all'Europa - avevano un proprio piano pandemico? Il fatto di avere un proprio piano pandemico ha consentito al sistema sanitario degli altri Stati di avere una maggiore resilienza rispetto a quello italiano dove c'erano stati più deceduti, più soggetti che si sono ammalati di Sars-Cov-2? Vorrei capire, nel suo ruolo istituzionale importante dei rapporti internazionali della Società europea di malattie infettive, la differenza fra l'Italia e le altre Nazioni, se le altre Nazioni erano già pronte con un piano pandemico oppure se già pronte come la Germania, che ha molti più posti letto in terapie infettive ed altro.

PETROSILLO. Non so se gli altri Paesi avessero già un piano pandemico, però quello che le posso dire è che, proprio nel periodo in cui si ricoverarono i cinesi a Roma, non c'erano ancora gli altri casi del Nord. Per questo incarico internazionale andai a Istanbul, all'università di Istanbul, e con me c'era il responsabile delle task force dell'emerging infection, delle infezioni

emergenti, per discutere questo problema. Per esempio, affrontammo il problema che da lì a pochi giorni ci sarebbe dovuto essere il congresso di questa società. Questa è una società grandissima, con 12-13-14.000 persone, e io dissi: adesso facciamo questo Congresso, ma se viene qualche cinese che ha il raffreddore che facciamo? Tant'è che chiamai il presidente della società, che era uno spagnolo di Siviglia e domandai. E lui mi disse: mah, vediamo. Quindi c'era una confusione totale. Per fortuna il congresso venne fatto online.

L'altra cosa, invece, fu che quando cominciarono ad arrivare i primi casi a Roma, vedevamo che ce n'erano molti che andavano in terapia intensiva. Io venni chiamato da dei colleghi inglesi di Londra - che mi conoscevano - che ancora non avevano l'impatto del Covid, e mi chiesero: ma come ci dobbiamo comportare? Cosa dobbiamo fare? Io dissi: la prima cosa che dovete fare è che, almeno per ogni 10-15 pazienti che si ricoverano, occorre prevedere la possibilità di un ricovero in terapia intensiva, quindi cercate un po' di fare in modo che ci sia disponibilità di letti di terapia intensiva. Ripeto, all'epoca questi pazienti andavano a finire in terapia

intensiva. Successivamente - ma ci son voluti vari mesi – si è messo a punto l'utilizzo della ventilazione meccanica non invasiva (NIV), che in qualche modo ha anche evitato alcuni ricoveri; non tutti, perché molti venivano gestiti anche in terapia intensiva. Quindi anche gli inglesi non sapevano che fare. C'era quindi una situazione molto confusa. La sua domanda è se avessero dei piani: questo non lo so, non le posso rispondere. Però c'era molta confusione.

COLUCCI Alfonso (*M5S*). Professore, innanzitutto grazie per il suo intervento oggi. Io ho avuto amici che sono stati ricoverati allo Spallanzani per via del Covid, sono stati guariti, so quanta sofferenza e l'incertezza che per loro e per la famiglia ha determinato, e l'eccellenza delle cure che sono state prestate.

Il piano pandemico c'era, non era aggiornato. L'Istituto superiore della sanità è intervenuto qui e ha detto che senza il lockdown avremmo avuto un incremento del tasso di contagio straordinario e le strutture ospedaliere, le terapie intensive, non avrebbero potuto fronteggiare le emergenze.

Allora le chiedo: è vero che il Piano pandemico non era aggiornato, ma considerando anche che lei ha dichiarato che lo stesso Spallanzani, un'eccellenza nel panorama nazionale, ha dovuto fronteggiare questa straordinarietà e questa novità del virus con gli strumenti che in quel momento la scienza poneva a disposizione, quali misure, a suo avviso, sarebbero state possibili con un piano pandemico aggiornato rispetto a quelle che sono state assunte? Perché il piano pandemico c'era in quella fase. Il mancato aggiornamento, a suo avviso, a quali misure che non sono state assunte avrebbe potuto dar luogo?

PETROSILLO. Questo però esula un po' dalle mie competenze, che sono cliniche. Qui siamo su un settore che è di tipo organizzativo: un piano pandemico è un documento che viene elaborato soprattutto dagli esperti di sanità pubblica, di igiene. Il clinico fa fronte alle terapie, alla diagnosi. Non le saprei rispondere perché, ripeto, non è nelle mie competenze e potrei dire delle cose non esatte.

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

COLUCCI Alfonso (*M5S*). Quindi, se ho compreso bene, la sua osservazione sull'utilità dell'aggiornamento del Piano pandemico era generale e astratta e non riferita specificamente all'esperienza del Covid, nel senso che lei non ha potuto riscontrare carenze nella gestione dell'emergenza del virus derivanti dal mancato aggiornamento del Piano pandemico. Ho capito bene?

PETROSILLO. Esattamente, cioè in via generale astratta, perché un piano pandemico di norma dovrebbe essere aggiornato, però non posso dire che l'aggiornamento avrebbe in qualche modo migliorato o meno, perché non è nel mio background.

PRESIDENTE. Non sa rispondere.

COLUCCI Alfonso (*M5S*). Ha risposto nel senso che ha chiarito la sua precedente risposta in maniera più appropriata. Quindi mi sembra che la risposta ci sia e sia una risposta molto chiara e molto limpida.

Quindi lei ci dice che l'attuale mancanza del piano pandemico, che al momento costituisce solo una bozza, produce identica vulnerabilità nella quale l'Italia si è trovata in quella straordinaria contingenza?

PETROSILLO. Ripeto, qualsiasi piano pandemico...

PRESIDENTE. C'è il piano pandemico 2023. Non è che non ci sia un piano pandemico.

Sto dando atto di quello che esiste.

PETROSILLO. Io credo che qualsiasi piano pandemico debba essere aggiornato. Però, ripeto, non sono esperto su questo settore, che è più di competenza degli esperti di sanità pubblica e di igiene. Il mio ruolo è quello clinico.

ZARATTI (AVS). Signor Presidente, vorrei fare due domande. La prima è la seguente: lei, professore, ha detto che era responsabile dei rapporti

internazionali, tra le diverse questioni delle quali si doveva occupare, e che ha potuto constatare - ha citato anche l'esempio di questa riunione ad Istanbul - che nei primi momenti della pandemia c'era una gigantesca impreparazione - diciamo così - perché la pandemia è arrivata con una velocità che forse nessuno si aspettava. Ha citato appunto l'esempio del congresso di Istanbul e del fatto che il congresso, con i 14.000 associati alla Società, addirittura anche grazie al suo aiuto è stato non celebrato, ma fatto online. Lei ha citato anche dei colloqui che ha avuto con esponenti inglesi e con altri.

Lei a livello internazionale ha avuto la percezione che ci fossero strutture nazionali che avessero percepito quello che stava arrivando, oppure questa pandemia è diventata un uragano che ha colpito un po' tutto il sistema mondiale, con una totale impreparazione ad affrontarla?

PETROSILLO. Sì, io credo che ci fosse una mancanza di contezza del fenomeno. Nessuno poteva prevedere una tale esplosione, perché si pensava al solito focolaio cinese come si erano verificati con la Sars. Con la Sars

c'erano stati dei casi, poi era morta come è successo per la Mers, che era un altro coronavirus, quello dei cammelli in Arabia. Tutti piccoli focolai che, fra l'altro, coinvolgevano dei coronavirus come questo. Quindi non c'era contezza dell'esplosività del fenomeno. Questo, a livello internazionale, l'ho percepito in maniera molto chiara.

ZARATTI (AVS). La seconda domanda è questa. Facendo riferimento sempre alle sue conversazioni con i colleghi inglesi, ha avuto modo in quell'occasione di consigliare, per quello che si poteva, i colleghi rispetto alle esperienze che stavamo facendo e rispetto alla necessità di aumentare il numero delle terapie intensive ed arrivare almeno ad uno ogni dieci o quindici casi, perché quella sarebbe stata una delle questioni fondamentali. Nel nostro Paese esisteva un numero molto basso di terapie intensive perché nel corso del tempo erano state ridotte grazie ai tagli alla sanità, in modo particolare in quelle Regioni che avevano puntato maggiormente sulla sanità privata (un esempio classico che mi viene in mente è la Lombardia). Le chiedo se queste scelte di diminuire i posti letto in terapia intensiva non

fossero in qualche modo purtroppo una delle motivazioni per cui c'è stato un numero di morti molto alto nel nostro Paese.

PETROSILLO. È una domanda di organizzazione sanitaria. Nel mio ospedale noi avevamo la disponibilità delle terapie intensive perché il nostro ospedale è stato costruito in maniera molto particolare, con una terapia intensiva con tutte stanze singole, peraltro. Venne costruito per l'HIV e per l'AIDS, pensando che generassero molti pazienti per la terapia intensiva, cosa che invece fortunatamente non è successa. Rispetto alla sua domanda, credo che sia consequenziale il fatto che, di fronte a una richiesta di posti di terapia intensiva, se non ci sono i posti letto di terapia intensiva ci sia una difficoltà. Però non so dirle esattamente quali siano le Regioni. Non so i rapporti di posti letto per le varie terapie intensive.

CIANI (PD-IDP). Signor Presidente, professore, la ringrazio di questa occasione e soprattutto del grande lavoro che avete fatto sicuramente negli anni della pandemia da Covid, ma anche nella sua professione in tanti anni.

Sono nato a 600 metri dallo Spallanzani, ho sempre abitato lì in tutta la mia vita e peraltro negli anni del Covid ero consigliere regionale del Lazio, Vice Presidente della Commissione sanità e poi Presidente della commissione Covid, quindi ho seguito molto da vicino il vostro grande lavoro nella drammaticità di quelle ore.

La prima domanda che volevo farle è la seguente. Dalla sua esperienza evidentemente molto lunga, lei ritiene che l'azione intrapresa dallo Spallanzani e comunque dal sistema in quegli anni sia stata efficace per quello che era la vostra possibilità in quel momento, relativamente a tutti i tipi di intervento che avete dovuto mettere in campo, dall'arrivo dei primi due cinesi in quella situazione un po' straordinaria agli interventi che sono susseguiti?

PETROSILLO. Lei parlava del periodo di Covid o anche del periodo precedente?

CIANI (PD-IDP). Chiaramente il periodo del Covid, perché quello di cui trattiamo in questa sede.

PETROSILLO. Io mi sento di dire, con onestà e per quanto mi riguarda, che tutti gli interventi che noi abbiamo messo in essere sono stati efficienti e legati anche a quelle che erano le conoscenze volta per volta che venivano fuori. Questa è una malattia che abbiamo scoperto in maniera graduale; c'erano delle cose che all'inizio non venivano fatte, non perché non le volevamo fare noi, ma perché a livello internazionale venivano considerate di poco conto, come ad esempio l'uso degli steroidi al cortisone. Si diceva all'inizio: non date il cortisone, perché il cortisone comunque è un farmaco che favorisce la crescita dei virus. In realtà, invece, l'utilizzo del cortisone era necessario come base, quindi pian piano ci siamo anche adeguati alle evidenze scientifiche che uscivano fuori anche dalla letteratura internazionale e dalle linee guida internazionali, soprattutto le linee guida europee ed americane (anche nel nostro Paese sono state fatte linee guida). Quindi mi sento di dire che lo Spallanzani ha risposto in maniera molto

efficiente in quel periodo. Un periodo convulso: entravamo la mattina e uscivamo la sera alle 8; uscivo con la macchina, arrivavo a casa mia e non trovavo una macchina per strada. Lo ricordo perfettamente.

CIANI (PD-IDP). La seconda cosa, a proposito dello Spallanzani, che poi tutta l'Italia e anche un pezzo di mondo ha conosciuto nella fase anche dopo l'apice AIDS, riguarda chi lo voleva depotenziare e definanziare perché si occupava solo delle malattie dei poveri, TBC ed epatite. Bisogna sempre ricordarsi che avere un istituto di quel tipo in Italia e nella sua Capitale ha una sua grande importanza.

Legato a questo e anche rispetto alla sua esperienza pregressa internazionale nel 2014 e 2015 con ebola e quant'altro - mi è venuto in mente perché prima alcune domande non le capivo bene -, lo scambio di informazioni a livello medico-scientifico internazionale penso – non sono un medico - che per la ricerca e per affrontare le situazioni sia fondamentale. Non mi sembra che il Congo facesse parte della NATO, eppure se a lei non arrivavano le notizie dal Kivu non è che lo poteva tanto affrontare. Quindi

questo anche rispetto al Covid. E, sempre nella sua esperienza, l'efficacia dell'affrontare i virus con i vaccini.

PRESIDENTE. Siamo un po' fuori dal tema.

PETROSILLO. Lo scambio di informazioni è essenziale in queste malattie. In poche settimane, grazie allo scambio delle informazioni relative al virus e al materiale genetico del virus, si è potuto fare il test. Se non ci fosse stato quello scambio internazionale... L'identificazione del virus passa attraverso la sua struttura e il suo materiale genetico; su quel materiale genetico viene impostata la diagnostica. Questo è avvenuto in tempi molto brevi proprio perché queste informazioni sono state rese disponibili attraverso i canali internazionali, l'OMS e quant'altro. Quindi, rispetto alla sua domanda, ritengo che sia importantissimo.

Non so se c'era qualcos'altro.

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

CIANI (*PD-IDP*). La prima era questa. La seconda era l'efficacia dell'intervento dei vaccini.

PRESIDENTE. Ripeto, la domanda è un po' fuori dal tema. (*Commenti*).

PETROSILLO. Io, per impostazione scientifica come infettivologo, ritengo che i vaccini siano fondamentali. Questa è una impostazione che da sempre sostengo e non è soltanto la mia impostazione: nasce dalla storia della medicina. L'utilizzo dei vaccini, a mio avviso, in linea generale ha contribuito alla eradicazione di tante malattie. Il vaiolo è stato eradicato con i vaccini; non è che il vaiolo sia stato eradicato in altra maniera. Anche in questo caso ritengo che l'utilizzo del vaccino abbia contenuto in maniera sostanziale l'espansione di questo virus.

BONAFE' (*PD-IDP*). Professore, anche io la voglio ringraziare della sua presenza. Colgo anch'io l'occasione per ringraziarla del lavoro importantissimo che avete fatto in quella fase davvero complessa e davvero

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

difficile per il nostro Paese e per il vostro spirito di abnegazione con il quale avete affrontato la situazione; spirito di abnegazione per il quale credo che non vi abbiamo ringraziato abbastanza.

Detto questo, io voglio farle una domanda che riguarda le sue competenze cliniche. Lei ci ha fatto presente qual è stata la sua esperienza - un'esperienza importante in campo nazionale, ma anche in campo internazionale - sempre sul tema delle malattie infettive. Ha una competenza consolidata. Ha detto che all'inizio - la dico brutale - però non sapevate da che parte rigirarvi, non solo in Italia, ma mi è sembrato di capire anche a livello internazionale. Tanto è vero che lei ha detto: all'inizio non sapevamo nemmeno quale miglior trattamento fosse più efficace nell'affrontare la malattia. E anche prima diceva sui cortisonici se era opportuno o meno darli.

Alla luce di tutto questo, la mia domanda è la seguente. Qui noi stiamo parlando della necessità di aver avuto un piano pandemico aggiornato, però la mia domanda è questa: se avessimo avuto comunque un piano pandemico aggiornato, senza poi prevedere il piano vaccinale, secondo lei, il piano

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

pandemico sarebbe stato necessario e sufficiente a contenere l'espansione della malattia?

PETROSILLO. Io non credo che sul piano pandemico ci siano le indicazioni cliniche: ci sono indicazioni di tipo organizzativo, di come gestire i ricoveri, come indirizzare, collocare ed organizzare; non credo che sul piano pandemico ci possano essere... Anche perché le evidenze variano con il tempo e i piani pandemici hanno una durata di qualche anno. Quindi nel caso specifico, dal mio punto di vista, non ci sono dati clinici su come trattare i pazienti in queste infezioni emergenti. Volevo dire che sì, è vero, noi avevamo all'inizio - come dappertutto, in tutto il mondo - incertezza su come trattare, però i pazienti venivano trattati comunque in maniera sintomatica - come è fatto anche oggi - cercando di migliorare la sintomatologia, fondamentalmente, l'ipossiemia, cioè la riduzione dell'ossigeno nel sangue attraverso l'erogazione di ossigeno e di quelle misure. Piano piano si è anche migliorato l'approccio terapeutico.

MALAN (*FdI*). Signor Presidente, ringrazio il professore della sua presenza e delle sue risposte. Presso lo Spallanzani mi risulta che si somministrassero e si siano somministrati farmaci antivirali e monoclonali. Non so se lei lo conferma. Vorrei chiederle se questi farmaci si sono dimostrati efficaci; se ce n'era in quantità sufficiente quando erano richiesti in considerazione del fatto che l'Italia, l'AIFA, a suo tempo, rifiutò qualche migliaio di dosi che erano arrivate gratuitamente, per poi acquistarli in seguito al prezzo di mercato. C'è sempre stata abbondanza di questi farmaci, posto che fossero efficaci - questo ce lo dirà -, o se invece ci sono state delle carenze?

PETROSILLO. Nel periodo in cui sono stato allo Spallanzani, quindi fino al 30 giugno 2021, cominciavano ad esserci dei lavori sull'utilizzo dei monoclonali. Io non ho utilizzato monoclonali, quindi non le so rispondere. Per quanto riguarda la somministrazione di anticorpi (il monoclonale è un anticorpo contro il virus), c'erano per esempio delle informazioni che uscivano fuori sull'utilizzo del siero iperimmune, cioè del siero dei malati e dei convalescenti. Anche queste informazioni circolavano, però in quel

periodo io non ho praticato e non lo so esattamente, perché non dipendeva direttamente da me, ma dalla direzione sanitaria e da altri. Io non ho utilizzato monoclonali, anche se ritengo che a quell'epoca c'erano evidenze che dicevano che erano efficaci.

MALAN (*FdI*). Non erano stati utilizzati perché non ancora disponibili o per una scelta clinica?

PETROSILLO. Io non li ho utilizzati perché non era ancora disponibili. Quando sono andato via a giugno non c'era ancora questa disponibilità di monoclonali. Vennero poi creati anche dei centri, all'interno dei vari ospedali, che distribuivano monoclonali e antivirali.

BIGNAMI (*FDI*). Signor Presidente, ringrazio il dottor Petrosillo, anche per la sottolineatura sul tema vaccini: condivido l'importanza che hanno avuto nella eradicazione di malattie fondamentali rispetto a quelle che l'umanità ha dovuto affrontare. Mi permetto di evidenziare un passaggio. Al di là della

domanda generale poc'anzi posta, mi permetto di sottoporle una domanda che riguarda sempre il piano pandemico sotto gli aspetti più clinici, non di cura in senso stretto, neanche di sorveglianza epidemiologica o di linee di preparazione in risposta alla diffusione del virus. Mi riferisco a un'osservazione del generale Adelmo Lusi - generale dei NAS che era stato chiamato dal ministro Speranza a far parte da task force che immediatamente venne istituita proprio per dare una prima capacità di risposta alla diffusione del virus - con riguardo allo Spallanzani. Il generale riporta il caso di una persona e leggo testualmente i verbali per non dare adito a interpretazioni che potrebbero essere, diversamente, ambivalenti: nel riportare il caso di una persona che si è recata presso lo Spallanzani per essere visitata ed effettuare analisi, conferma - questo perché nei verbali precedenti si era parlato di un accesso non disciplinato e realizzato secondo i protocolli che i piani medesimi prevedrebbero - sulla necessità di definire procedure omogenee da porre in essere.

Questo proprio perché gli accessi non erano rilevati secondo una sintomatologia che denunciassero la presenza di questo ipotetico virus, che -

come lei ha correttamente detto - noi non immaginavamo potesse arrivare. Il dottor Ippolito, direttore scientifico dello Spallanzani, dice: riguardo alla definizione di procedure omogenee, consiglio di riferirsi alle metodologie del piano pandemico, di cui è dotata l'Italia, e di adeguarle alle linee guida rese pubbliche dall'OMS. Ciò lascia supporre - ma è, appunto, questa la domanda che le formulo - che non vi fosse un accesso disciplinato, evidentemente non per responsabilità dei medici, che non devono essere loro a predisporre protocolli e a istituire profilassi necessarie all'accesso ai punti di soccorso, quindi con una promiscuità che si poteva generare, anche aumentando la capacità diffusiva del virus. È ovvio infatti che se persone con sintomatologie non Covid stazionano lì - ma vedo che lei annuisce e questo mi conforta - si determina un rischio di diffusione.

Lei conferma, quindi, come il generale Lusi e il dottor Ippolito affermano, che, ovviamente nella fase iniziale del virus, diversamente da quello che i piani pandemici prevedono, non erano stati messi in atto percorsi separati di accesso al pronto soccorso o con procedure omogenee di trattazione rispetto alla sintomatologia denunciata dai soggetti?

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

PETROSILLO. Lo Spallanzani non ha un pronto soccorso, ma ha un'accettazione. Sant'Orsola ha il pronto soccorso. Quello che posso dire è che allo Spallanzani, in un periodo molto breve, vennero approntati percorsi separati, sulla base... Ma questo già da sempre: noi avevamo, da sempre, un sistema così, perché abbiamo la tubercolosi. Per cui, se uno bussa o viene inviato allo Spallanzani in qualche modo, la prima cosa che gli si chiede è perché sia lì. Se risponde che ha febbre o tosse, gli si dice di restare al citofono, lo si mette in una stanza e poi vediamo. Con il Covid venne addirittura approntata una struttura che venne collocata davanti all'ingresso dell'accettazione (che alla fine, nell'immaginario, era diventato un pronto soccorso). In questa struttura era possibile incanalare le persone, cosa che poi si è verificata in tanti ospedali.

A un certo punto si sono ricoverati solo pazienti con il Covid.

(Commenti).

PRESIDENTE. Facciamo le domande con il microfono e non interloquiamo con gli auditi.

BIGNAMI (FDI). Ahimè, da quello che capisco c'erano dei momenti di promiscuità, almeno nel primo contatto.

PETROSILLO. È possibile. Ritengo - non lo so, ma credo - che fosse molto difficile allo Spallanzani, proprio per la sua tipologia e per la sua storia, poter avere questa promiscuità. In altri ospedali è possibile.

CIANCITTO (FDI). Professore, lo Spallanzani è stato tra i primi istituti in Europa a isolare il virus e tra i primi a fare un'intensa attività di ricerca sulla patogenesi, sulla reazione immunitaria, su ciò che comportava il virus (come ha detto poc'anzi lei), e anche sulle terapie da attuare.

Io ho capito che i primi pazienti che si sono ricoverati nei vostri reparti sono stati trattati con il cortisone. Ho capito bene?

PETROSILLO. Quelli che andavano in terapia intensiva, sì, sicuramente. Non era il primo approccio al paziente, ma successivamente per quelli in terapia intensiva, sì.

CIANCITTO (FDI). Questo nelle primissime fasi, nei primissimi mesi, forse nei primissimi giorni. Però, si è visto in seguito, in primavera, che la somministrazione di cortisone era fondamentale e indispensabile. Dall'altra parte, in primavera, anche ad aprile (non ricordo adesso le date esattamente), il Ministero continuava a consigliare “Tachipirina e vigile attesa”. Cosa s'intende per vigile attesa? È complesso e intanto le faccio questa domanda: lei cosa intende per vigile attesa? Riteneva opportuna la somministrazione di questo protocollo di “Tachipirina e vigile attesa”?

PRESIDENTE. Ricordiamo, a beneficio degli altri colleghi, che si trattava di una raccomandazione.

PETROSILLO. Io onestamente questa raccomandazione non la conosco, però ritengo che sia da attribuire al paziente domiciliare, al paziente che stava a casa, che magari aveva una forma lieve di Covid e aveva semplicemente un po' di mal di gola e un po' di febbre. Il medico di famiglia chiama e dice: prendi la Tachipirina, vedi se ti passa la febbre. La vigile attesa consiste in questo: all'epoca tutti avevano in casa il saturimetro. Per prima cosa noi suggerivamo di far comprare in farmacia, a chi non lo avesse già, il saturimetro e di misurare la saturazione; se la saturazione fosse scesa sotto il 93 per cento avrebbero dovuto chiamare. Ritengo che questa sia la vigile attesa. Comunque io mi sono sempre comportato così con le persone che mi hanno telefonato. A casa è difficile somministrare il cortisone.

CIANCITTO (FDI). Solo che all'inizio i saturimetri non c'erano, professore.

PRESIDENTE. Collega Ciacitto, non sovrapponiamo. Questi sono dati che approfondiremo successivamente.

Chiedo a tutti di cercare di velocizzare il più possibile le domande, perché abbiamo un altro audit.

COLUCCI Alfonso (M5S). Professore, chiedo un suo apporto proprio di natura scientifica. Abbiamo sentito prima quasi equiparare la mancanza di un piano pandemico generale con l'esistenza di un piano influenzale. Ci può illustrare quali sono le differenze tra l'influenza e il Covid-19?

PETROSILLO. Il virus influenzale è un altro virus, è un'altra famiglia e ha una stagionalità, quindi è presente in un periodo dell'anno definito. È un virus che periodicamente ritorna, con piccole modificazioni, ma nei confronti del quale le persone hanno una certa immunità, o perché lo hanno preso o perché si sono vaccinate. Questa è la differenza sostanziale col Covid, perché il virus responsabile del Covid, il SARS-CoV-2, era un virus completamente nuovo, nei confronti del quale l'organismo non aveva l'immunità (ecco perché dava tutte quelle manifestazioni), e poi non era stagionale, ma restava tutto l'anno. Questa è la differenza sostanziale fra questi due virus. Nel periodo in cui vi

fu l'esplosione del Covid non si potevano applicare gli stessi parametri dell'influenza.

PRESIDENTE. Seconda domanda?

COLUCCI Alfonso (M5S). Quindi, professore, essendo l'influenza tutta un'altra cosa, come lei ha detto, è pensabile poter fronteggiare un'eventuale epidemia da Covid-19 - ma le future epidemie potrebbero avere natura completamente diversa e il piano pandemico ha una funzione generale - con l'attuale piano influenzale, quello richiamato dal Presidente poco fa?

PETROSILLO. La domanda è: attualmente o nel 2020?

COLUCCI Alfonso (M5S). Attualmente.

PETROSILLO. Attualmente la diffusione del Covid è diversa dal passato. Attualmente il Covid, pur essendo sempre presente e non soltanto in alcuni

periodi dell'anno, ha delle manifestazioni cliniche che sono di natura simil-influenzale, fondamentalmente, e che non hanno la portata e la capacità espansiva del passato. Speriamo che rimanga così, non so cosa succederà in futuro.

PRESIDENTE. Terza domanda?

COLUCCI Alfonso (M5S). No, in realtà è una precisazione, Presidente, perché la mia domanda non era riferita all'attuale stato del Covid, ma, alla luce dell'articolo 1 della legge istitutiva di questa Commissione, a future pandemie, che potrebbero sia avere una natura diversa dal Covid, sia proprio non essere di natura virale così come l'abbiamo conosciuta. La mia domanda era: il piano influenzale 2021-2023, richiamato, a mio avviso impropriamente, dal Presidente nel suo ultimo intervento, sarebbe sufficiente per fronteggiare una futura pandemia, nei termini definiti dal primo comma dell'articolo 1 della legge istitutiva di questa Commissione?

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

PETROSILLO. Allora, io non conosco il piano influenzale 2021-2023, perché non rientra nel... Io faccio un altro lavoro.

PRESIDENTE. È un clinico, lo ha già detto molte volte. È un clinico, non è un organizzativo, quindi sul piano pandemico non può rispondere in termini organizzativi.

COLUCCI Alfonso (M5S). Anche lei, Presidente, è un clinico o è un medico, per poter rispondere?

PRESIDENTE. Io non sono qui per rispondere alle sue domande. Faccia le domande all'audito.

COLUCCI Alfonso (M5S). Però è qui per interrompere l'audito, che stava rispondendo.

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

PRESIDENTE. Faccia le domande all'audito. Faccia la sua terza domanda all'audito, non faccia polemica con la Presidenza, faccia la sua terza domanda all'audito. Abbiamo un altro audito fuori che aspetta.

COLUCCI Alfonso (M5S). Non è alzando la voce che lei conquista autorevolezza.

PRESIDENTE. Non sto alzando la voce, le sto chiedendo di fare la terza domanda.

COLUCCI Alfonso (M5S). La sto invitando a non interrompere l'audito nel corso delle sue risposte, non essendo lei un medico e non avendo alcuna competenza.

PRESIDENTE. Io sono il Presidente, gestisco io l'audito e gestisco le domande. Ha la terza domanda da fare?

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

COLUCCI Alfonso (M5S). Lei sarà Presidente, ma io sono membro di questa Commissione.

PRESIDENTE. Ha la terza domanda da fare? Ha la terza domanda? Sta ostruendo le domande degli altri colleghi. O fa la terza domanda o le tolgo la parola.

COLUCCI Alfonso (M5S). Non ostruisco niente, ma cerco di ridurla a un effettivo esercizio della Presidenza.

PRESIDENTE. Le tolgo la parola.

COLUCCI Alfonso (M5S). Rinuncio alla mia domanda.

PRESIDENTE. C'è la collega Zambito.

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

ZAMBITO (PD-IDP). Lei ci ha parlato dell'importanza dei vaccini nelle malattie infettive, come se fosse una cosa ovvia. Sono sorpresa dal fatto che anche l'onorevole Bignami, esimio esponente di Fratelli d'Italia, abbia considerato molto importante la somministrazione dei vaccini. Questa è una bella notizia per questa Commissione; è la prima volta che la ascoltiamo da un esponente di Fratelli d'Italia.

PRESIDENTE. Cerchiamo di non commentare i colleghi, altrimenti iniziamo, come tutte le volte, a discutere tra noi.

ZAMBITO (PD-IDP). Era la premessa alla mia domanda.

PRESIDENTE. La premessa è sulla considerazione di un collega, è una premessa politica.

ZAMBITO (PD-IDP). Non capisco perché tutti quanti possono fare delle premesse e l'opposizione no.

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

Volevo capire, prima dell'avvento dei vaccini, allo Spallanzani, che lei sappia, si è mai dovuto scegliere tra un paziente che avesse bisogno della terapia intensiva e un altro paziente che ne avesse ugualmente bisogno, perché non c'erano abbastanza posti in terapia intensiva? Se no, può questo fatto positivo esser stato dovuto al lockdown?

PETROSILLO. Noi non abbiamo mai avuto questa necessità. Per quanto mi riguarda, non ricordo che ci sia stata mai questa necessità; c'era sempre la disponibilità e comunque, quando c'era un affollamento, c'era la possibilità di trattamento con ossigenoterapie in reparto. Comunque non ho veramente informazioni sul fatto che ci possa essere stata una scelta, se fare o non fare questo tipo di ricovero in terapia intensiva.

ZAMBITO (PD-IDP). Avevo anche chiesto se, secondo lei, questa cosa, cioè il fatto che non fossero arrivati tantissimi pazienti, più dei posti disponibili, potesse essere dovuto al lockdown.

PETROSILLO. È una domanda molto complessa. Sì, il lockdown è una modalità di contenimento di infezioni a trasmissione aerea. Riducendo le opportunità di contatto fra le persone, si riduce anche la possibilità di scambio di agenti patogeni. Serve per tutto, per l'influenza e per tutte le malattie a trasmissione aerea. Serve per tutte le malattie a trasmissione aerea.

GIRELLI (PD-IDP). Professore, ho seguito il suo intervento di prima riguardo i piani pandemici e volevo porre una domanda di questo tipo, perché è un dubbio che ho sempre avuto. Un piano pandemico nazionale, che non sia in riferimento, collegato e, oserei dire, armonico con i piani pandemici regionali, può secondo lei essere efficace? Il rischio infatti è di avere due livelli decisionali, due livelli organizzativi, che possono anche andare in contrapposizione l'uno con l'altro.

PETROSILLO. Io credo, in linea generale, che qualsiasi piano organizzativo a livello nazionale si debba declinare poi in piani regionali che siano in qualche modo conformi al piano nazionale. Questo credo che sia opportuno.

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

Lo ritengo opportuno. Non sono un esperto organizzativo, però ritengo che, in linea di massima, sia una cosa che debba essere fatta.

ONORI (AZ-PER-RE). Pongo la mia terza domanda. Ovviamente mi corre l'obbligo di chiarire i contorni della mia domanda precedente, in quanto evidentemente non era chiara agli altri membri della Commissione. Non si tratta, con tutta evidenza, di ricevere dati da un Paese non alleato (è l'esempio del Nord Kivu che si faceva prima), ma di ospitare in presenza ricercatori di Paesi non alleati in un posto dove ci sono dati condivisi con gli altri Paesi alleati. Io assumo che sia di tutta evidenza la differenza dei due casi. Questa era la domanda, sempre per chiarire i contorni, affinché i miei interventi possono essere fruibili.

Il dottor Petrosillo, in effetti, dichiarava, rispetto a questo accordo tra lo Spallanzani e l'Istituto russo: "Leggevo sui giornali, mi dicevano che c'erano russi in Istituto, ma, nonostante fossi un capo dipartimento, nessuno aveva ritenuto opportuno informarmi". Da qui la mia domanda. Rispetto alle comunicazioni che lei si aspetta di ricevere in tali contesti, il fatto che lei non

sia a conoscenza di procedure standard mi fa riflettere sulla necessità, magari, di invitare anche il direttore generale dello Spallanzani, per capire che tipo di architettura di sicurezza si configura anche tra i capi dipartimento, per assicurare, anche *vis-à-vis*, gli altri alleati che effettivamente questi dati, ivi contenuti, siano assolutamente tutelati.

Arrivo, quindi, alla mia terza domanda, Presidente. Rispetto a questa collaborazione scientifica - quindi mi rivolgo a lei, in qualità di scienziato che ha avuto collaborazioni internazionali, nel suo specifico caso di natura clinica - che pure ha preso piede, in quanto per ventitré giorni, nel giugno 2021, tre ricercatrici russe erano presenti fisicamente nello Spallanzani, ebbene di questa collaborazione, però, non ci sono registri di accesso, non c'è alcuna corrispondenza ufficiale, non ci sono relazioni sul lavoro svolto dai russi in Italia. C'è soltanto - questa è una constatazione - la certezza che i russi erano dentro lo Spallanzani. Allora, alla luce della sua esperienza nelle collaborazioni scientifiche internazionali, lei può reputare questa una possibile anomalia?

PETROSILLO. Nel mio ruolo di direttore del dipartimento clinico, io non ho avuto informazioni, ma non ho avuto queste persone nei reparti clinici, non le ho viste. Io giro continuamente, giravo continuamente, non li ho visti, quindi non so in quali altre strutture fossero. Sicuramente non stavano nei reparti clinici: io non li ho visti.

ONORI (AZ-PER-RE). Mi perdoni, la domanda non era se lei li avesse visti, quanto se, alla luce della sua collaborazione scientifica con altre *équipe*, il fatto che non vi fossero i test che prima menzionavo può essere reputata una possibile anomalia.

PETROSILLO. Sì, infatti venivo alla seconda parte. Sicuramente se una persona lavora nel mio reparto, nel dipartimento clinico... Quando una persona esterna chiede di partecipare all'attività clinica, lo deve chiedere al direttore del dipartimento, al direttore sanitario, eventualmente al direttore generale. Io non ho avuto nessuna persona nel dipartimento clinico (ciò che a cui lei faceva riferimento), quindi non le so dare una risposta. Se ci fosse

stata una persona nel dipartimento clinico, certamente avrei chiesto: perché non sono stato informato?

ONORI (AZ-PER-RE). La ringrazio, ma la domanda era diversa, perché questa era quella precedente. Provo allora a riformularla con maggiore chiarezza. Quando lei intrattiene collaborazioni scientifiche che coinvolgono anche il dipartimento di cui può essere a capo, lei si aspetta di norma ed è consuetudine che ci siano - e vado ad elencare - registri di accesso, corrispondenze ufficiali, relazioni sul lavoro svolto o no? Quindi, l'assenza di tutto ciò è considerabile una possibile anomalia?

PETROSILLO. Allora, la risposta è sì. Chiaramente, per come lei sta esponendo, giustamente uno non può rispondere che sì.

ZARATTI (AVS). Signor Presidente, molto velocemente. l'ultima domanda. Intanto, mi consenta un ringraziamento al dottor Petrosillo, per le informazioni che ci ha dato e per il lavoro straordinario che lo Spallanzani,

che in questo momento lei rappresenta, ha svolto in tutta questa vicenda. Io ricordo quei giorni, con il direttore dello Spallanzani e l'assessore alla sanità Alessio D'Amato sempre presenti nel presentare le attività, che sono state un punto di riferimento per l'Italia.

Vorrei poi porle una questione. È corretto dire che i piani pandemici antecedenti al Covid fossero meramente piani antinfluenzali e che il Covid ha cambiato la prospettiva di quello che dev'essere un piano pandemico per rispondere alle nuove emergenze derivate dalle nuove pandemie?

PETROSILLO. Io non conosco i piani pandemici precedenti. Non li conosco, non so che dire.

PRESIDENTE. Però mi ha promesso che si prenderà una specializzazione in organizzazione sanitaria, dopo questa seduta.

PETROSILLO. No, questo no, perché sono in fase di pensionamento prolungato, quindi me ne vado.

PRESIDENTE. Non conosce i piani pandemici e la parte organizzativa.

Spero che non ci siano altre domande sui piani pandemici, in generale.

Colleghi, chiudiamo però: domande veloci con poche premesse, per favore, perché poi abbiamo il prossimo audit.

CIANCITTO (FDI). Signor Presidente, cercherò di essere sintetico. Lei, dottor Petrosillo, è a capo di un dipartimento clinico, però, senza dubbio, facendo parte di una società scientifica e di un dipartimento clinico dello Spallanzani, che fa attività di ricerca, ha analizzato i dati e la metodologia di raccolta dei dati, che è fondamentale nel trattare i pazienti in fase di pandemia. Secondo lei, c'è stata una carenza nella raccolta dei dati, nel metodo, nella metodologia della raccolta dei dati? Andava fatta in maniera più analitica e oculata, per poi, di conseguenza, modificare le direttive che venivano date o i protocolli terapeutici? Le faccio questa domanda, attendo la sua risposta e poi le spiego perché le ho fatto questa domanda, perché già altri ci hanno risposto in tal senso.

PETROSILLO. Qualsiasi lavoro scientifico, qualsiasi sperimentazione in cui vi siano dei dati deve necessariamente passare attraverso un comitato etico, che analizza la metodologia del lavoro: come vengono presi i dati, come debbono essere analizzati e quali sono i risultati. È chiaro che qualsiasi lavoro scientifico può avere delle debolezze nell'ambito della raccolta dei dati, dei risultati o delle conclusioni che vengono raggiunte: questo rientra nella letteratura scientifica. Vorrei dire, per inciso, che quando comincio l'AIDS e si diffuse l'HIV, nel mondo scientifico ci furono pubblicazioni sull'utilizzo di un farmaco antiretrovirale, l'AZT, che poi si comprese che da solo non era efficace; però, per mesi venne dato l'AZT da solo. Ci sono, quindi, evidenze che evolvono col tempo.

Nel caso specifico, devo dire che nel nostro Istituto c'era un comitato etico molto esigente, per cui tutte le sperimentazioni che sono state...

CIANCITTO (FDI). Io dicevo in generale.

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

PETROSILLO. In generale, è possibile, però io posso rispondere solo di quello che venne fatto allo Spallanzani.

BUONGUERRIERI (FDI). Non le farò una domanda sul piano pandemico. Mi richiamo soltanto ai tentativi della sinistra di confinare il piano pandemico alla mera gestione dell'influenza, che ovviamente sono smentiti sia dalle conclusioni del medesimo piano pandemico, sia dall'OMS, e lei non ha potuto riferire sul punto qualcosa in meno.

PRESIDENTE. Non commentiamo gli altri colleghi.

BUONGUERRIERI (FDI). Analogο discorso riguarda il tentativo di confinare l'azione di Fratelli d'Italia a critiche verso i vaccini, cosa che non è mai stata, non è mai avvenuta. Ovviamente, diverso è criticare l'obbligo vaccinale. (*Commenti della senatrice Zambito*).

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

PRESIDENTE. Questa è la logica conseguenza, nel momento in cui si commentano gli altri. Perché l'ho richiamata in maniera molto garbata? Perché se si commentano le domande o le affermazioni degli altri colleghi, dopo suscita la replica.

BUONGUERRIERI (*FDI*). È normale che sia così, esatto: non si può non intervenire, se non altro per riposizionare l'asticella.

COLUCCI Alfonso (*M5S*). Ma a me ha tolto il microfono.

PRESIDENTE. Le ho tolto il microfono perché aveva fatto un'altra domanda.

BUONGUERRIERI (*FDI*). Io mi riferisco alla collega Zambito.
(*Commenti*).

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

PRESIDENTE. Sono bravo a gestire il *ring*. Il collega Colucci fa le domande al Presidente e l'ho interrotto perché, come ho più volte spiegato al collega Colucci, il Presidente gestisce la Commissione e non è il destinatario delle domande. (*Commenti*). E continua a parlare anche adesso: “stia al suo posto”. Continua a provocare, anche fuori microfono. Mi è stato chiesto di gestire. Io ho semplicemente detto, in maniera molto... (*Commenti*). Sente? “Faccia il Presidente”. Ciò mentre il Presidente parla, continua a parlare e a provocare fuori microfono. In maniera molto garbata, cerco di gestire il flusso delle domande. Chiaramente, come ho detto in maniera molto garbata, credo, alla collega Zambito, se lei commenta un'affermazione di un collega poi suscita questo meccanismo, per il quale l'altro partito si sente legittimato a rispondere; ma vale per tutte e due le parti. Il richiamo l'ho fatto a tutte e due le parti, perché cerco di evitare che si creino contenziosi e polemiche in Commissione. Per questo richiamo a fare domande specifiche. Chiudiamo con una domanda.

BUONGUERRIERI (*FDI*). Convengo con lei, Presidente, tant'è che diventa doveroso, ovviamente, riporre al centro la verità del posizionamento di un partito o di un altro, quando questo viene commentato dagli altri colleghi. Alla collega Zambito non è stata tolta la parola, quindi è riuscita a fare il commento fino all'ultimo.

PRESIDENTE. Chiudiamo e facciamo la domanda.

BUONGUERRIERI (*FDI*). Dottore, io ritorno - ringraziandola - alle sue competenze cliniche. Ritorno sul tema "Tachipirina e vigile attesa". Ci sono stati alcuni auditi - parlo di associazioni dei medici, degli infermieri e degli operatori sanitari - che hanno criticato questa raccomandazione che inizialmente veniva data per la gestione della malattia, perché hanno sottolineato che sappiamo che funzione abbia la Tachipirina e, per quanto riguarda la vigile attesa, non era possibile neanche gestirla, perché tanti erano i casi. La vigile attesa quindi, che si traduceva in un monitoraggio del paziente al domicilio, spesso, purtroppo, non poteva essere gestita. Secondo

questi auditi, questo ha complicato la situazione, quindi non è stata solo inutile, ma addirittura dannosa come raccomandazione (o protocollo, che dir si voglia). Infatti, i casi che in vigile attesa venivano non gestiti a domicilio poi si aggravavano e andavano ad aumentare i numeri d'ingresso ai pronto soccorso, spesso in condizioni non più recuperabili, perché la velocità nella cura era ovviamente elemento essenziale. Io le chiedo, da clinico, se lei ritiene di poter aderire a queste critiche o comunque precisazioni fatte da suoi colleghi.

PETROSILLO. Questa è una domanda molto importante, a mio avviso. Consideriamo che eravamo in un periodo, quello in cui sono stato allo Spallanzani, nel quale c'era un iper-afflusso di persone all'accettazione, ma non solo allo Spallanzani: tutti i pronto soccorso erano invasi da persone, quindi, era giocoforza cercare di far sì che... Il significato di "Tachipirina e vigile attesa" è far sì che non bastasse soltanto il test positivo per andare a un pronto soccorso. C'era necessità di avere con il paziente un rapporto, un dialogo che è proprio del medico di famiglia. A noi telefonavano

continuamente: io passavo la giornata al telefono a rispondere a persone che mi telefonavano e la risposta era: intanto prenda la Tachipirina, l'antinfiammatorio (a un certo punto c'era anche il Brufen), si misuri la saturazione e mi faccia sapere; se scende sotto 93, vada al pronto soccorso. Questa era la raccomandazione. Non era possibile dire a tutti: hai il test positivo, vai al pronto soccorso. Sarebbe stata una catastrofe nazionale. *(Commenti)*.

PRESIDENTE. Non discutiamo con l'audito.

PETROSILLO. Criticità c'erano, altrimenti non ci sarebbe stata la pandemia.

PRESIDENTE. Ringraziamo davvero di cuore lei, professor Petrosillo, e tutto l'Istituto Spallanzani.

Dichiaro conclusa l'audizione in titolo.

**Audizione del professor Silvio Garattini, presidente e fondatore
dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri"**

PRESIDENTE. È ora prevista l'audizione del professor Silvio Garattini, presidente fondatore dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri.

Do il benvenuto al professor Garattini, che ringrazio di cuore per la disponibilità e per tutta l'attività scientifica che contraddistingue l'Istituto Negri.

Professore, le darei la parola per una sua breve introduzione; successivamente i commissari potranno porre domande.

GARATTINI. Signor Presidente, vi ringrazio per questo gentile invito. È chiaro che molti dei problemi di cui si discute dipendono fondamentalmente dal fatto di non aver avuto a disposizione un piano. Questo è il punto che ha condizionato molte altre situazioni. Non avere un piano disponibile e, anzi, aver ridotto nel corso degli anni i letti di terapia intensiva nel nostro Paese ha fatto in modo che si siano dovute fare, in molti casi, delle distinzioni fra

curare o non curare, ricoverare o non ricoverare. Pertanto, alcune persone hanno avuto la possibilità di essere salvate, ma molte altre invece hanno dovuto soccombere. Il caso di Bergamo è tipico e purtroppo ha raggiunto la notorietà in tutto il Paese.

Non è soltanto questo. C'è stato anche il problema che il non avere altre soluzioni, se non il ricovero, ha determinato una mortalità al di fuori di coloro che erano stati colpiti dal virus. Ciò, infatti, ha impedito a molti degli ammalati di essere curati. Si calcola che vi siano stati circa 400.000 interventi chirurgici in meno, 1.100 trapianti in meno, milioni di screening antitumorali non eseguiti. Questo naturalmente ha determinato molte morti che non hanno nulla a che fare con il Covid, ma che rappresentano uno dei problemi determinati dalla mancanza di un piano concreto per affrontare una pandemia.

Fra l'altro, devo dire che c'era stato un avvertimento. Insieme con un gruppo di altre associazioni e persone, sono stato il primo firmatario di una lettera spedita il 4 aprile al Presidente del Consiglio dell'epoca, in cui lo incitavamo a prenotare il vaccino, avvertendolo che avevamo avuto

informazione dagli Stati Uniti che il vaccino era in corso di sperimentazione e che quindi sarebbe stato utile. Naturalmente, come spesso capita, alle lettere ai Ministeri non risponde a nessuno. Avevamo anche chiesto e detto che avrebbe potuto essere utile preparare la produzione di vaccinazioni anche in Italia, perché in Italia abbiamo tutte le strutture per poterlo fare.

Questi sono i problemi, molto importanti, derivati dalla mancanza di un piano.

Un'altra cosa che abbiamo osservato fin dall'inizio è la carenza di informazioni; più che la carenza di informazioni, la mancanza di una strategia per le informazioni. Abbiamo infatti assistito ogni giorno a qualcuno che, più o meno autorevole, prendeva la parola: una volta era il Presidente dell'Istituto superiore di sanità, una volta era il Presidente del Consiglio, un'altra volta era il Capo di gabinetto del Ministero; insomma, persone diverse, che però esprimevano posizioni spesso anche molto diverse, in termini di comunicazione. La comunicazione non si può improvvisare: non è che perché uno conosce qualcosa la può comunicare. Se non si ha un'attitudine e non si sono fatti dei corsi (perché esistono naturalmente dei

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

corsi per fare comunicazione), è molto difficile. Se io dico, per esempio, che mi farò vaccinare quando ci saranno le informazioni adeguate o dico che non mi farò vaccinare se non ci saranno le informazioni adeguate, sto dicendo la stessa cosa ma la comunicazione è molto diversa: una è negativa e l'altra è positiva. Così abbiamo assistito alle comunicazioni di tanti, pur autorevoli e pur con conoscenze: il gruppo dei virologi certamente non ha fatto una gran buona figura, per tanti aspetti, anche per il coro che hanno eseguito cantando a un certo punto; non è stato certo un modo per dare l'impressione di essere un gruppo di persone che potevano comunicare. Questo quindi è un altro degli aspetti problematici. Sarebbe invece stata necessaria una persona adeguata, con conoscenze di comunicazione, coadiuvata da un piccolo gruppo di persone competenti, che ogni giorno desse comunicazioni; ma avrebbe dovuto essere sempre la stessa persona. Inoltre, avrebbe dovuto soprattutto rispondere, rispetto a tutte le informazioni che arrivavano dai giornali e dalle riviste, alle domande che si faceva il pubblico. Tutto questo è rimasto soltanto embrionale, se vogliamo essere gentili. Certamente è mancata la possibilità di avere un'informazione adeguata. È vero che ogni

giorno c'era il calcolo dei morti, ma forse si sarebbe anche dovuto spiegarlo in modo adeguato. La prospettiva è molto cambiata.

L'altro punto molto importante riguarda la mancanza di spiegazioni. Per esempio, quando è stato dato l'annuncio che il vaccino, mi pare AstraZeneca, non doveva essere dato a quelli che avevano più di sessantacinque anni e invece doveva essere dato a quelli che ne avevano meno, questo ha certamente creato molta sfiducia. Sarebbe bastato dire che quell'annuncio veniva dato sulla base dei dati raccolti, che avevano indicato che era meglio fare così piuttosto che nell'altra maniera. La mancanza di spiegazioni è stata, secondo me, fondamentale e ha poi determinato, da un lato, confusione e, dall'altro, mancanza di fiducia nelle istituzioni.

Un altro punto che vorrei sottolineare riguarda l'organizzazione nella prenotazione dei vaccini, in cui sono stati fatti degli errori che sono ormai noti a tutti, sia nel modo con cui sono stati stabiliti i contratti, sia per quanto riguarda la reale disponibilità. Basti pensare che in Inghilterra e in Israele le vaccinazioni sono cominciate il 1° dicembre 2020, mentre da noi il “vaccination day” è stato il 27 dicembre. La Regione mi ha chiesto di farmi

vaccinare per dare il buon esempio, cosa che ho fatto davanti alle televisioni (e l'ho fatto molto volentieri perché, naturalmente, se si può fare qualcosa di utile va sempre bene), però di fatto noi abbiamo potuto vaccinare in modo adeguato solo, più o meno, alla fine di marzo. Anche in questo caso abbiamo perso quasi quattro mesi, in cui è fondamentalmente mancata la vaccinazione, perché era sporadica, non era sistematica.

Vi era poi mancanza di organizzazione. Avendo 35.000 medici di medicina generale, in quindici giorni avremmo potuto vaccinare tutti, perché era molto facile. Invece abbiamo dovuto ricorrere all'Esercito, il che è grave. Avere medici di medicina generale professionisti non è certo utile per il Servizio sanitario nazionale; i medici che lavorano per il Servizio sanitario nazionale devono essere tutti dipendenti del Servizio sanitario nazionale, altrimenti succede quel che è capitato allora, ossia che, nel discutere con i sindacati di quanto i medici dovessero avere per ogni vaccinato, sono passati mesi e se non fosse intervenuto l'Esercito non avremmo vaccinato le persone. Questo è un altro punto molto importante che volevo sottolineare.

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

Cito un'altra mancanza, perché può essere utile per il futuro, naturalmente. Mi riferisco alla raccolta delle informazioni: noi avremmo dovuto predisporre un sistema unico di raccolta delle informazioni in tutto il Paese; invece, se andiamo a vedere, ogni ospedale aveva il suo questionario, quindi poi chi voleva cercare di mettere insieme i dati ha incontrato grandi difficoltà, perché i criteri con cui questi venivano raccolti e i parametri con cui venivano analizzati erano molto diversi, quindi non si è potuto fare. Ancora oggi troviamo molta difficoltà nel valutare quali sono stati gli effetti collaterali dei vaccini e molte altre cose, perché i dati, di fatto, non ci sono o, se ci sono, sono ambigui, sono difficili da interpretare. Questo è un altro aspetto molto importante che dobbiamo ricordare per il futuro. Noi abbiamo un Servizio sanitario nazionale, quindi dovrebbe essere molto facile dire a tutti: questo è il questionario. Insomma, non ci vuole molto da questo punto di vista.

C'è stata, poi, tutta la confusione che riguarda l'impiego di farmaci, che ha avuto anche un costo molto rilevante per il Servizio sanitario nazionale, perché ognuno impiegava i farmaci che riteneva più opportuni:

ogni medico aveva le sue idee, ogni Regione aveva il suo punto di vista, ogni ospedale privilegiava questo o quello. Abbiamo così avuto un grande spreco di azitromicina, che è un antibiotico che non agisce sui virus e che, però, certamente ha creato batteri resistenti, di cui sopportiamo ancora oggi le conseguenze. L'anno scorso vi sono stati più di 10.000 malati di infezioni che sono morti perché erano affetti da batteri resistenti agli antibiotici, a fronte di 30.000 di tutta l'Europa. Noi quindi paghiamo molto caro rispetto alla nostra popolazione. Stesso discorso vale per l'impiego dell'idrossiclorochina. Ce ne sono state di tutti i colori e questo, di nuovo, dipende dal fatto che non c'è stata una guida.

Si sarebbe potuto, anche rapidamente, man mano che questi farmaci venivano utilizzati, fare un minimo di studi per capire se funzionavano o meno. Abbiamo delle istituzioni, ma ci vogliono le risorse e notoriamente la ricerca italiana è completamente priva di risorse: siamo nella miseria. Pensate che spendiamo la metà, rispetto al PIL, della media europea. Se noi dovessimo avvicinarci alla spesa per la ricerca della Francia, che è un Paese a noi vicino, dovremmo spendere 22 miliardi di euro in più all'anno: questo

dà un'idea di quanto sia impossibile fare ricerca, se non ci sono risorse. La buona volontà è importante (e ci sarebbe), ma non basta se non ci sono risorse. Noi purtroppo abbiamo un numero di ricercatori per milione di abitanti che è la metà della media europea. Non è qui certo il caso di ricordare quanti se ne vanno perché non trovano le condizioni adeguate a lavorare in modo significativo. Anche questo è un altro punto importante. La mancanza di ricerca non ha permesso di avere informazioni rilevanti, che si sarebbero potute avere in tempi molto brevi.

Abbiamo avuto anche molti ritardi. Per esempio, in Lombardia, a Codogno siamo stati molto bravi a creare subito una zona rossa per limitare la circolazione delle persone e quindi la possibilità di infezioni; a Bergamo, invece, la zona rossa è arrivata con grande ritardo, quindi abbiamo avuto problemi di altra natura; e così in varie parti della Lombardia.

Lascero la documentazione, se può essere utile. Presso l'Istituto Mario Negri alcuni ricercatori hanno condotto uno studio sulle differenze fra la Lombardia e Israele (la Lombardia ha circa il doppio degli abitanti di Israele), e vi sono state molte differenze nella mortalità. Israele ha avuto

un'idea che potevano avere tutti, cioè quella di dire ai produttori dei vaccini: se voi ci date i vaccini in modo adeguato, noi vi riferiamo quali sono gli effetti collaterali e quali sono i risultati. Bastava fare questo per avere facilmente una disponibilità di vaccini.

Non so se qui è utile commentare il decreto-legge del Ministro della salute, per quanto riguarda il prossimo piano.

PRESIDENTE. Credo che sarà una domanda.

GARATTINI. Bene, allora aspetto. Ho avuto modo di leggere questo documento che certamente è insufficiente, cioè è ben lontano dal risolvere il problema, prima di tutto per via di una questione molto semplice: dovremmo prendere esempio da quello che fa l'Esercito, perché noi abbiamo carri armati, abbiamo aerei, abbiamo corazzate e abbiamo caserme dove c'è gente che in realtà non serve a nulla al momento. È lì, pronta, nel caso che succeda qualcosa. Se non mettiamo da parte una serie di edifici da utilizzare nel caso in cui ci sia una nuova pandemia, ritorneremo alla stessa condizione di prima.

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

Perché dove andranno a finire gli infetti? Ritourneranno negli ospedali, quindi avremo una saturazione di tutti i posti ospedalieri. Questo manca completamente nel piano e secondo me è la cosa fondamentale. Se abbiamo da parte una serie di edifici e una serie di attrezzature, di apparecchiature per l'ossigenazione, insomma le solite cose che sono necessarie in terapia intensiva, abbiamo la base per evitare che tutti gli ospedali diventino sede di ricovero per una nuova pandemia, che non è così irrealistica perché dipende dal fatto che siamo in una situazione di globalizzazione. I viaggi delle persone sono aumentati straordinariamente, i viaggi delle merci sono aumentati straordinariamente e quindi anche i batteri e i virus viaggiano con tutto il resto. È molto probabile che in futuro ci siano altre forme di infezioni da batteri o da virus, dunque è molto importante che sia previsto.

Poi, ripeto, all'interno di questo documento, a parte il problema degli edifici, non c'è nulla per predisporre la raccolta dei dati, non c'è nulla per l'informazione, non c'è un minimo di dati per potenziare le strutture dei virologi e dei microbiologi, che poi sono coloro che dovranno dare i consigli. Non c'è alcun accenno alla produzione di vaccini, ma quello noi lo possiamo

fare. Inoltre, i fondi messi a disposizione, ripeto, sono veramente ridicoli. Sono 50 milioni il primo anno e 300 milioni il terzo anno: è chiaro che con queste risorse non si può far niente; certamente non si possono mettere da parte edifici, non si può acquistare quello che deve essere acquistato e tenuto a disposizione o organizzato. Per esempio, sarebbe necessario organizzare un centro per la produzione dei vaccini. In Italia ce li abbiamo e abbiamo anche alcune fra le persone più competenti a livello mondiale. A Siena c'è il professor Rappuoli che è noto, non c'è bisogno di sottolinearlo, e che si era anche offerto ai tempi. Si era anche tentato di cominciare, ma poi sono intervenute procedure che sono assolutamente logiche e importanti in epoca di normalità, ma non certamente in un periodo di emergenza.

Comunque io vi lascerò questo lavoro sul confronto fra Lombardia e Israele, e poi anche una descrizione dettagliata dei dati lombardi. Poi - non so se questo può essere importante - aggiungo un articolo che ho scritto su «Avvenire» che riassume le cose che ho cercato di dire in questa sede.

PRESIDENTE. Grazie per il suo intervento, professore. I colleghi che intendono porre domande, ne hanno facoltà.

ZAMBITO (PD-IDP). Signor Presidente, innanzi tutto ringrazio il professore per aver accettato il nostro invito.

Lei ha parlato del calcolo delle morti per ritardati interventi o ritardate indagini. Ha delle evidenze scientifiche che dimostrano questo?

GARATTINI. Sono dati assolutamente approssimativi, ma abbiamo calcolato la maggiore mortalità, che non era giustificata dal fatto che ci fosse stata una diagnosi di Covid. Non abbiamo mai pubblicato questi dati, perché naturalmente bisogna avere maggiori evidenze. Saremmo giunti alla conclusione, studiando questo tipo di dati, che potrebbero essere fra i 30.000 e i 40.000 morti. Però, lo ripeto, sono dati che vanno presi come opinioni. Certamente sono esistiti, anche se il numero è difficile da calcolare per via del fatto che non ci sono i rapporti, ma certamente i morti ci sono stati, perché non aver fatto 400.000 interventi chirurgici evidentemente ha il suo

significato. Inoltre, oggi paghiamo molto anche il non aver fatto gli screening per i tumori, perché vediamo tumori un po' più grossi di quelli che avremmo visto in epoca precedente, e anche questo è importante per quanto riguarda la sopravvivenza. Quanto prima si interviene, tanto meglio è, come sappiamo.

CIANCITTO (*FDI*). Professore, la ringrazio per il suo intervento, la sua precisione e per l'analisi attenta sui vari aspetti che ha portato e fatto emergere oggi.

Lei, nell'intervista ad «Avvenire» che citava poc'anzi, ha dichiarato che riflettere vuol dire pensare, soprattutto su ciò che abbiamo sbagliato, per evitare di fare gli stessi errori in futuro, nel caso si presentino altre pandemie. Intanto occorre ricordare che, nonostante le richieste dell'Organizzazione mondiale della sanità, non avevamo messo a punto nessun piano, o comunque nessun aggiornamento del piano che permettesse di affrontare una pandemia, nonostante ci fossero state diverse sollecitazioni sulla base di precedenti infezioni virali come Ebola, che non avevano raggiunto

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

dimensioni mondiali, e considerando le informazioni che arrivavano dalla Cina. Quindi non eravamo pronti ad affrontare la pandemia e non avevamo seguito le indicazioni che venivano dall'Organizzazione mondiale della sanità. Questa è la domanda, ma credo che una parte della risposta sia già stata data.

Ritengo che la gestione della pandemia, nella prima fase, sia stata abbastanza caotica, fondamentalmente dal punto di vista della comunicazione, ed abbia, secondo me, creato emotività e terrore non solo nei cittadini, ma anche nel personale sanitario e nei medici. Vedere continuamente il Presidente del Consiglio che puntualmente appariva in televisione dando dati, comunicando situazioni e DPCM, creava una situazione di terrore e non di distacco, che secondo me era necessario per affrontare una situazione già abbastanza critica. Accettando le premesse, la domanda è: non ritiene anche lei che la comunicazione non abbia trasferito serenità e piuttosto sia stata abbastanza caotica?

GARATTINI. Certamente lei ha ragione: devono parlare le persone che hanno capacità di comunicazione, ma che hanno anche conoscenza, cioè un medico che sia responsabile non terrorizza mai la gente; dice sempre, naturalmente, la verità, se è grave o non è grave, però dà sempre un minimo di speranza, dà l'idea che ci sarà chi se ne occuperà, che si farà qualcosa. Faccio un esempio: noi facciamo una ricerca, anche per conto del Consiglio dei ministri, per evidenziare nelle acque reflue la presenza di sostanze come le droghe e misuriamo non la cocaina, per esempio, ma il metabolita, perché dev'essere passato attraverso l'organismo. Quindi le acque reflue, vicino ai depuratori, sono un materiale prezioso, e conserviamo poi i campioni che abbiamo prelevato nel tempo, perché sono tanti anni.

Siamo andati a guardare i campioni della fine di novembre e abbiamo trovato pezzi di RNA del virus. Questo ci dice che, se avessimo un minimo di organizzazione, forse potevamo accorgerci dell'epidemia prima di quando c'è stato l'annuncio ufficiale. L'importante è sempre poter fare delle ricerche, perché così si hanno le informazioni. Se non si fa niente, si arriva sempre all'ultimo momento.

CIANCITTO (*FDI*). Ha detto 2019?

GARATTINI. Sì, sì, 2019, alla fine di novembre, che coincide con il periodo in cui ricordo che in Lombardia avevano osservato casi di polmonite che non rispondevano ai criteri della polmonite che normalmente si osserva. I medici specialisti, gli pneumologi, dicevano che era una strana polmonite, non la solita e certamente era dovuta al fatto che non derivava dai soliti virus, ma dal Sars-Cov-2.

BUONGUERRIERI (*FDI*). Dottore, la ringrazio molto per la sua testimonianza e le sue precisazioni.

Le critiche che lei ha sollevato oggi mi risulta che siano state da lei sollevate anche all'epoca, quindi parliamo dell'inizio della gestione della pandemia. In alcune occasioni pubbliche - ho annotato alcune sue dichiarazioni - lei ha espresso, ad esempio, rammarico per le occasioni perse nell'impostare studi rigorosi, ma anche delusione per alcune decisioni

politiche prese dal Governo dell'epoca, che non riflettevano le evidenze scientifiche disponibili. Mi può dire a cosa in particolare faceva riferimento fra le tante? C'era qualcosa che lei ha criticato più di altro?

GARATTINI. Molto era per quanto riguardava l'impiego di farmaci. Questo era uno dei punti importanti, cioè l'uso sconsiderato. Un'idea che purtroppo è presente nella mentalità medica è fare qualsiasi cosa pur di far vedere che si fa. Questo è un problema che purtroppo esiste. La medicina è molto cambiata, è diventata molto più complessa e io colgo l'occasione per dire che un medico da solo non può più fare medicina. Non può più farla da solo. Questo irrita molto i sindacati, ma è una cosa che dobbiamo aver presente.

Le linee guida son fatte da chi vende qualcosa, quindi c'è veramente bisogno di avere molta più informazione indipendente da chi vende e bisogna avere anche molte più case di comunità, che sono l'obiettivo a cui dovremmo tendere, ma che i medici di medicina generale purtroppo non vogliono. In caso di pandemia, avere avuto una casa di comunità sarebbe stato molto utile,

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

anche perché avrebbe potuto assistere quelli che stavano a casa, avrebbe potuto usare strumenti che non sono stati utilizzati dai singoli medici.

Oltre al problema dell'uso sconsiderato dei farmaci, le mie considerazioni dell'epoca riguardavano l'informazione e la mancanza di chiarezza nell'informazione. Questi erano i due punti fondamentali per me.

BUONGUERRIERI (*FDI*). Professor Garattini, ho letto diverse sue dichiarazioni e si è affannato nel cercare di sollecitare a quei tempi le istituzioni per supportare, con evidenze scientifiche, sia l'informazione, sia l'uso dei medicinali. Se oggi ci riporta ancora queste critiche, a distanza di cinque anni, ciò vuole dire che, immagino, le sue raccomandazioni sono cadute nel vuoto.

GARATTINI. Devo dire che nella mentalità pubblica di tutti succede quello che succede: passato il problema ci si dimentica, si rimuove tutto perché dà fastidio. Le persone responsabili, però, non possono rimuovere le cose che

sono importanti. Penso quindi che sia stata una buona idea pensare ad una Commissione come questa, che si occupa di cercare di guardare a quello che si può far di meglio.

BUONGUERRIERI (*FDI*). Le chiedo un'altra cosa, professore, entrando nelle competenze di carattere più clinico. La raccomandazione “tachipirina e vigile attesa” delle fasi iniziali, è stata in questa sede fortemente criticata da alcuni medici, perché è stato sottolineato il fatto che della sola tachipirina conosciamo l'efficacia, e la vigile attesa, che significava monitoraggio del paziente a domicilio, non era possibile effettuarla, perché i casi erano troppi, mentre erano pochi, sostanzialmente, i medici che potevano rispondere a questi casi. Alcuni colleghi, in questa sede, hanno detto che questa raccomandazione è stata non solo inutile, ma anche dannosa, perché comunque ha aumentato la gravità di alcuni casi che poi si sono riversati nei pronto soccorso, spesso anche non più curabili, vista la gravità. Lei condivide queste osservazioni?

GARATTINI. In parte, nel senso che la tachipirina è un farmaco che è attivo nel controllare la febbre, quindi sotto molti aspetti controllare la febbre – questo è un giudizio medico - può essere estremamente utile. Poi, invece, viene utilizzata come analgesico o per tantissime altre ragioni per cui ci sono poche evidenze scientifiche. Però, per certi aspetti, non era fra i farmaci più inutili. Se vogliamo fare una graduatoria, prima bisogna criticare quelli che avevano effetti collaterali molto più forti e molto più importanti. Poi certamente c'è stato anche un impiego di tachipirina eccessivo e non giustificato.

Sarebbe stato necessario avere le risorse per fare un minimo di ricerca e vedere se quelli che usavano tachipirina, statisticamente, avevano meno possibilità di aver poi la malattia o la mortalità.

BUONGUERRIERI (FDI). Faccio solo una precisazione alla mia domanda perché in parte non trovo risposta. Era soprattutto la “vigile attesa” che alcuni dottori hanno criticato, dunque le chiederei qualcosa su questo punto.

GARATTINI. La vigile attesa non è condannabile di per sé, perché abbiamo imparato che molte delle infezioni erano completamente asintomatiche o paucisintomatiche, come si dice. Peraltro non avremmo potuto portare tutti subito in ospedale, sarebbe stato irrealistico. Quindi la vigile attesa era una proposta per limitare l'eccesso di afflusso e quindi la necessità poi di selezionare chi andava e chi non andava. Certamente la vigile attesa, se fosse stata veramente vigilata - è quello il problema - era utile, perché, lo ripeto, una grande percentuale di quelli che hanno avuto l'infezione non hanno avuto la malattia grave e non sono morti.

Se non c'è un piano, tutto diventa molto confuso.

Presidenza del vice presidente CIANCITTO

GIRELLI (PD-IDP). Signor Presidente, innanzi tutto ringrazio il professor Garattini per il suo intervento. Ho due domande che riassumo in questo modo, anche in base a quello che ho ascoltato. La prima riguarda la gestione dei dati. Aver distrutto l'epidemiologia ci ha portato a queste conseguenze.

Se penso al territorio da cui provengo come lei, la Lombardia, il tema delle polmoniti anomale dimostra che il giorno dopo è inutile dirlo se non sei stato in grado di rilevarle il giorno prima. Questo la dice lunga anche sulla mancanza di centralizzazione dei dati stessi. La parcellizzazione regionale, anche durante il Covid, ci ha fatto vedere come i tempi di riferimento dei dati hanno messo in difficoltà il livello centrale che necessitava di avere un monitoraggio attento. Quindi, da questo punto di vista, mi verrebbe da dire che il suo suggerimento è quello di superare la parcellizzazione, ma riuscire ad avere una struttura che dialoga, che è uniforme e che riesce a mettere insieme i dati perlomeno a livello europeo, se si parla di pandemia.

La seconda domanda che mi ha sollecitato riguarda la comunicazione, la scienza e - mi permetto di riassumerla così - la “non scienza” che purtroppo spesso e volentieri riesce ad avere spazio in determinate circostanze.

Riguardo alla comunicazione, condivido che una comunicazione efficace sia indispensabile e per quanto mi riguarda ho sempre apprezzato molto anche il fatto che quotidianamente una struttura tecnica parlasse a

livello nazionale, dando alcune notizie, a differenza invece di alcuni territori dove erano l'assessore o il Presidente di turno che sentiva di dover dare spiegazioni, oltretutto andando in difficoltà nel momento in cui le domande erano tecniche e mediche, perché chiaramente ognuno ha la sua posizione. Secondo lei - mi sembra di averlo già intuito - in quel periodo si è data voce molte volte alla non scienza, mettendola sullo stesso piano della scienza? Anche nelle fasi successive e in quest'ultimo periodo, secondo lei, viviamo questo pericolo? Glielo chiedo perché penso che il lavoro che siamo chiamati a fare sia una fotografia di quanto avvenuto per evitare che avvenga di nuovo, dandoci anche delle indicazioni anche molto prescrittive, se si vuole affrontare davvero un'emergenza.

Inoltre, pongo una domanda un po' più complicata: dov'è il confine? Cosa certifica la scienza vera dalle opinioni in libertà?

GARATTINI. La scienza non è la soluzione. La scienza è la risposta a un'incertezza, però la risposta a un'incertezza spesso genera molte altre incertezze. Quindi quella che noi chiamiamo verità, da un punto di vista

scientifico può essere raggiunta soltanto nel tempo e con la riproducibilità dei dati. Questo è un altro punto fondamentale: non bisogna credere mai a niente fin quando non è stato riprodotto, anche se bisogna tenerne conto. Dunque bisogna stare molto attenti.

Anche oggi abbiamo naturalmente la mancanza di riconoscimento della scienza, prima di tutto perché la scienza non è presente nella scuola. Dov'è la scienza nella scuola? Nella scuola è presente la matematica, la fisica, la biologia, ma questa è la scienza del passato. La scienza intesa come conoscenza chi la spiega? È una conoscenza di una forma di sapienza diversa dalla letteratura, dalla filosofia e dall'arte. Quando io parlo agli studenti chiedo sempre: se vuoi sapere se qualcosa fa bene o fa male, a chi lo chiedi? Lo puoi chiedere alla letteratura, lo puoi chiedere alla filosofia, lo puoi chiedere a Internet? No, lo devi chiedere alla scienza, perché la scienza è l'unica forma di sapere che ha una conoscenza e una metodologia per rispondere ai problemi che si pone. Quindi per sapere se qualcosa fa bene o fa male bisogna fare studi clinici controllati, bisogna avere le evidenze. Ma chi lo insegna? Quando mai a scuola si parla di questi problemi? La nostra è

una scuola del passato, una scuola che non insegna a capire il futuro. I ragazzi che cominciano a fumare a undici anni non hanno nessuna idea che quello che fanno adesso è assolutamente normale, non dà nessun problema, ma stanno mettendo dei punti per quanto riguarda il loro futuro. Questo è quello che manca.

Come pure Internet è una grande ricchezza, ma è anche un grande problema. L'intelligenza artificiale sarà allo stesso modo un problema, anzi si aggraverà. Se noi, per quanto riguarda il futuro, dipendiamo molto dall'intelligenza artificiale e non creiamo un organo pubblico per verificare come è fatta l'intelligenza artificiale e non creiamo delle istituzioni dove si studia in particolare l'intelligenza artificiale, pensate a quale sarà il rapporto fra medico e paziente.

Se permettete, vi do un'informazione aneddotica, perché conosco abbastanza bene la scuola in Francia e ho anche un paio di nipoti francesi. In Francia al liceo hanno l'obbligo di fare ogni mese un dibattito per il quale si devono preparare. Il dibattito di qualche mese fa ha riguardato l'intelligenza artificiale e come cambierà il rapporto fra medico e paziente. Pensate al

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

nostro liceo e pensate se una cosa del genere è pensabile, salvo eccezioni.

Non lo è per nulla.

Vi voglio raccontare un altro aneddoto, per dire come in altri Paesi ci sia una grande attenzione alla comunicazione. Siccome ho un lungo chilometraggio, nel 1957 ero negli Stati Uniti e avevo presentato ad un congresso uno studio che avevamo fatto. Mi hanno chiesto di riportarlo anche alla televisione locale, visto che poteva essere di interesse per il pubblico. Ho detto che lo avrei fatto volentieri e mi hanno risposto che ci sarei andato tre giorni dopo. Il giorno prima di andare in televisione, però, mi hanno fatto fare un corso su come ci si comporta in televisione. Sto parlando del 1957. Questo vi dice che c'è stato tanto tempo per imparare.

Oggi tutti possono andare in televisione, ma nessuno si preoccupa di sapere se chi ci va abbia fatto un corso prima oppure no.

BOCCIA (PD-IDP). Signor Presidente, professor Garattini, lei giustamente ci ha ricordato la TV; si figuri poi sui *social* cosa non succede.

Innanzitutto la ringrazio e le faccio i complimenti, soprattutto perché lei è un inno all'impegno continuo. Le pongo un paio di domande condensate in una brevissima riflessione: come lei ricorderà, quando scoppiò la pandemia da Sars-CoV-2, in Italia avevamo 5.142 posti di terapia intensiva. Furono raddoppiati nel giro di otto settimane, con un impegno senza precedenti che le Regioni non potevano sostenere, nel senso che non erano in grado fisicamente di trovare non solo i respiratori e le attrezzature che servivano per raddoppiare i posti di terapia intensiva, ma nemmeno medici e infermieri, perché non li formi in quattro settimane, come è noto. Quelle trasformazioni dei reparti portarono probabilmente a quello che lei ci ricordava prima in una risposta, cioè l'impatto su altre patologie che poi hanno avuto un effetto negli anni successivi.

La prima domanda che le faccio è se quelle trasformazioni, che furono tutte guidate dal centro, portarono poi, per tutto il periodo della pandemia, i

posti di terapia intensiva ad un numero stabile che era superiore alla programmazione preesistente. Ora siamo tornati al punto di partenza. Lei pensa che in questo momento gli assetti delle terapie intensive e sub-intensive siano adeguate, oggi, nel 2025?

GARATTINI. No. Siamo molto indietro e lo vediamo, per esempio, guardando alle terapie intensive per i bambini. In Sardegna non c'è un solo posto letto. Io ho sentito le lamentele delle associazioni delle mamme in Sardegna e la risposta che è stata data è che ci sono gli aerei e si può andare sul continente. Ci si dimentica però che le famiglie devono accompagnare i bambini e devono sostenere le spese per poter stare in ospedale, per poter avere un albergo e quant'altro. Quindi c'è molto da fare da questo punto di vista.

Anche per le terapie palliative, cioè per il fine vita, non abbiamo letti a sufficienza. Abbiamo una grande carenza ed abbiamo molti posti in cui non ci sono praticamente delle unità. Quindi tutto il problema del fine vita è molto gonfiato ed è dovuto al fatto che non ci sono i posti letto.

A tale proposito vi posso citare un altro esempio, anche se mi spiace portare aneddoti personali: io sono presidente di un hospice ad Aviano in Friuli, che si chiama Via di Natale. È un hospice privato, che vive con i fondi che raccoglie, in cui ci sono dodici posti letto. In questi vent'anni sono morte più di 3.000 persone dentro questa istituzione, ma non c'è mai stato nessuno che abbia chiesto di morire. Perché? Perché c'è un grande interesse, è pieno di volontari, se vogliono avere il quadro che avevano in casa glielo portano lì.

PRESIDENTE. Professore la ringrazio della risposta, però il tema non fa parte dell'indagine.

BOCCIA (PD-IDP). Presidente, io ho fatto una domanda che era articolata in due parti: Il professore ci ha dato una risposta...

PRESIDENTE. In realtà aveva già fatto due domande Girelli. Ne doveva fare una. Comunque può porre anche l'altra domanda, non c'è nessun problema.

BOCCIA (PD-IDP). Sono collegate: avevo fatto una premessa, poi il professore ci ha detto che non sono adeguati oggi i posti di terapia intensiva e sub-intensiva. Volevo tornare qui, professore, per completare la mia domanda. Sempre nella prima fase del Covid si arrivò a quello spostamento da 5.000 a 10.000 grazie ad un intervento forte del Governo centrale. Nella primissima fase, però, come ricorderà, le Regioni avevano - come da Titolo V della Costituzione - autonomia e potere assoluto nell'organizzazione nelle corsie degli ospedali. Quando la Regione Lombardia deliberò lo spostamento dei pazienti Covid nelle RSA, lei come ha valutato tale scelta?

L'ultima domanda correlata è se avete fatto una valutazione di quante vite hanno poi salvato i vaccini e quell'assetto delle terapie intensive e sub-intensive definito dal centro.

Lo dico al presidente Lisei che ci ascolta perché e qui: quando avremo l'opportunità di approfondire le linee programmatiche connesse alla nostra Commissione, dovremmo mettere agli atti che il raddoppio di quelle terapie intensive e sub-intensive avvenne con un investimento dello Stato, che acquistò attrezzature trasferite in comodato gratuito alle Regioni. Siamo nel 2025 e tali attrezzature non sono ancora state restituite (e probabilmente non è il caso visto che servono nelle corsie degli ospedali), ma qualcuno dovrà ristorare le casse dello Stato. Glielo dico perché è un tema molto aperto. Furono acquistate dallo Stato, date in comodato gratuito alle Regioni, utilizzate dalle Regioni. Noi speravamo che i posti di terapia intensiva restassero quelli del 2020, ma sono tornati ad essere inferiori ai picchi della pandemia. Di questo stiamo parlando. (*Commenti*). Andare sotto il numero del 2020, se mi permette, dopo quello che è successo... (*Commenti*). Ne parleremo quando avremo la possibilità di confrontarci. Ora abbiamo il professor Garattini e ne approfittiamo.

Quindi la domanda è: spostare nella prima fase i pazienti Covid nelle RSA fu una scelta corretta o sbagliata da parte della Regione Lombardia?

Quante vite ha salvato il raddoppio dei posti di terapia intensiva e l'uso dei vaccini successivamente?

GARATTINI. Non avendo i dati non posso rispondere sulla parte relativa alle vite salvate o alle morti, però posso dire che certamente non era la soluzione adeguata. Non avendo previsto nient'altro, è chiaro che bisognava trovare qualche stanza dove mettere le persone.

Colgo anche l'occasione per dire che, secondo me, è necessario cambiare questo eccesso di autonomia regionale, che non è assolutamente adeguato. Bisogna che ci siano pur sempre delle redini da parte dell'autorità centrale, non possiamo dare completa autonomia. Poi, dal punto di vista della salute, l'ideale – anche se so che non è possibile - sarebbe avere dodici aree con 5 milioni di abitanti l'una, perché noi facciamo sprechi spaventosi, visto che ci sono Regioni che hanno 300.000 abitanti e devono avere tutto come la Lombardia che invece ne ha 10 milioni.

Quindi, se vogliamo avere un Servizio sanitario nazionale efficiente, dobbiamo avere il coraggio di fare alcuni cambiamenti che non sono così

ingenuo da pensare che dall'oggi al domani si possano fare, però prevedere delle tappe, dare delle indicazioni, pensare ad una strategia per poter cambiare le cose nel tempo secondo me è fondamentale.

LISEI (*FdI*). Le pongo due domande anch'io, professore, visto che non ci sono altri iscritti. Alcuni sostengono che il piano pandemico antinfluenzale del 2006 non fosse adatto per affrontare la pandemia, nonostante sia nel 2009 che nel 2013 l'OMS avesse richiamato più volte gli Stati nazionali ad aggiornare i piani anche per agenti antivirali di origine sconosciuta. Se fosse stato attuato quel piano del 2006, seppur datato, e quindi ci fossero stati gli stoccaggi dei dispositivi di protezione e tutto quello che prevedeva, ciò avrebbe aiutato nella gestione della pandemia e avrebbe consentito di salvare più vite?

GARATTINI. Certamente, non c'è dubbio. Penso che avere più letti e avere più strutture adeguate era necessario e sarebbe stato un aspetto molto valido.

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

Poi, calcolare quanto è impossibile, però basta fare il confronto con gli altri Paesi per avere un'idea di come fossimo carenti da questo punto di vista.

LISEI (*FdI*). Se quel piano antinfluenzale del 2006 fosse stato aggiornato e attuato, come richiedeva l'OMS nel 2009 e nel 2013, avremmo avuto ancora più strumenti rispetto a quelli che poi abbiamo avuto in quella fase pandemica del 2020?

GARATTINI. Avremmo avuto certamente da parte molta più strumentazione da utilizzare invece che doverla acquistare di corsa all'ultimo momento. Questo sarebbe stato positivo anche dal punto di vista economico, perché quando si comprano le cose all'ultimo momento si pagano sempre molto di più di quello che si può fare se si va invece in una trattativa in tempo.

LISEI (*FdI*). La ringrazio e apprezzo anche le critiche alla bozza del nuovo piano pandemico, che rappresentano comunque uno stimolo utile e

necessario per cercare di fare sempre di più e sempre meglio. Gli stimoli e le critiche sono fondamentali e per questo la ringrazio.

Possiamo però dire che, rispetto al 2020, sono stati fatti passi avanti o siamo ancora fermi?

GARATTINI. Il mio parere, che ovviamente può essere discusso, è che se non mettiamo da parte gli edifici...

LISEI (Fdi). Gli edifici sono strategici.

GARATTINI. Sono strategici, perché tutto dipende da quello. Se noi possiamo mettere gli infetti in un posto diverso dall'ospedale, chiaramente abbiamo risolto la metà dei problemi. Se invece continuiamo a doverli mettere negli ospedali, avremo la carenza che abbiamo adesso di posti letto ed avremo tutto quello che giudichiamo attualmente. Non c'è dubbio, quindi, che quella è una parte importante. Io credo che, se ci sarà l'opportunità di discutere quando questo provvedimento arriverà in Parlamento per

l'approvazione, quello sarà il momento in cui, forse, si potrà cercare di migliorare. Tutte le cose sono migliorabili, ma in questo caso, secondo me, c'è una parte molto importante che non è stata inclusa.

LISEI (*FdI*). Quella degli edifici.

GARATTINI. Anche perché costa molto di più dei soldi messi a disposizione, su questo non c'è dubbio.

LISEI (*FdI*). Le pongo un'ultima domanda perché prima, parzialmente, nella sua risposta, lei ha accennato al fatto che i dati relativi all'eccesso di mortalità del nostro Paese rispetto agli altri Paesi non sono stati ottimali o buoni (non ricordo la parola che ha utilizzato).

GARATTINI. Per esempio rispetto a Israele, non c'è dubbio che noi abbiamo avuto all'inizio molti più morti di quelli che hanno avuto loro. Poi dopo, quando sono arrivate le vaccinazioni, più o meno sono diventati la stessa

percentuale. Ma all'inizio - troverà i dati nell'articolo che ho lasciato - ne abbiamo avuti molti di più.

Noi abbiamo avuto quattro mesi quasi senza vaccini o con pochi vaccini, e questo è un punto su cui potevamo fare meglio, indipendentemente dall'avere gli ospedali e dall'avere tutto quello che si vuole. Avremmo potuto prenotarli per tempo. Inoltre, averlo fatto a livello europeo è stato un altro errore, perché l'Europa non c'è e soprattutto non c'è mai stato un accordo per quanto riguarda la parte della salute. La salute non entra nel Trattato di Roma e non è mai stata messa in discussione. Siamo arrivati tardi a fare le prenotazioni. Inoltre le abbiamo fatte trimestrali, in modo che ci davano il numero pattuito alla fine del trimestre, però avevamo tre mesi in cui non arrivava nulla. Quindi c'è stato un problema che potevamo migliorare.

LISEI (*FdI*). Le pongo l'ultima domanda. Nella prima parte della sua introduzione ha parlato anche della mancata adozione tempestiva di misure restrittive, in particolare nella zona rossa della bergamasca. Ritiene che, se proprio nella prima fase di scoppio della pandemia fossero state adottate

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

zone rosse più restrittive e tempestive, quindi evitando anche lo svolgimento di manifestazioni particolarmente discusse (parliamo della storica partita di calcio), quelle chiusure, in quella fase, sarebbero state utili?

GARATTINI. Avremmo avuto certamente meno infezioni e, probabilmente, anche meno malattie e meno morti. Questo è difficile da calcolare a priori, però quello che possiamo dire è che se non ci sono affollamenti ci sono certamente meno infezioni. Questo è sicuro.

Presidenza del presidente LISEI

BOCCIA (PD-IDP). Seguendo il suo flusso di domande così semplici, Presidente, e visto che il professore è così disponibile, vorrei chiedergli se ritiene sia stato giusto chiudere il Paese in quelle settimane?

GARATTINI. Io penso che era un atto da fare. Relativamente a come gestirlo e a come continuarlo, ci possono essere molti punti di vista. Però, ripeto, non dimentichiamoci che c'era anche un po' di panico: vedere tutti questi morti e sentire di tutti i morti in giro per il mondo, facilmente faceva impressione. È giustificabile. Su tutto il resto si può discutere, ma l'inizio è giustificabile.

BOCCIA (PD-IDP). Professore, il vaccino per lei andava reso obbligatorio?

GARATTINI. Il problema è generale. Quando la libertà degli altri tocca la mia libertà, è accettabile? Io trovo che non lo sia. I fumatori che fumano dove io mi trovo, anche all'aperto, sono accettabili? I fumatori che fumano 50

miliardi di sigarette all'anno in Italia e che infestano la nostra atmosfera, sono accettabili? È giusta la loro libertà, hanno il diritto di farlo, ma la loro libertà finisce quando comincia a nuocere alla mia libertà, soprattutto quando infestano il Servizio sanitario nazionale. C'è anche questo da dire: noi abbiamo 4 milioni e mezzo di diabetici di tipo 2. Il diabete è una malattia evitabile, ma pensate a 4 milioni di persone con tutte le relative complicazioni visive, cardio-vascolari e renali come impegnano il Servizio sanitario nazionale. Ma è giusto che poi coloro che hanno malattie che non possono evitare debbano rispettare le liste d'attesa, perché ci sono tutti quelli che hanno malattie evitabili e che gravano sul sistema?

PRESIDENTE. Seguendo il flusso delle mie domande, le volevo fare un'altra domanda. Lei si ricorda che nella bergamasca c'è stata una discussione relativa all'adozione della zona rossa, misura che è arrivata successivamente in maniera - come lei dice - magari tardiva. Allora si decise di fare la zona arancione in tutta Italia, coinvolgendo nelle varie restrizioni anche zone dell'Italia nelle quali non c'era nessun tipo di contagio.

Secondo lei, sarebbe stato più utile adottare tempestivamente e in maniera chirurgica le zone rosse, in particolare nella bergamasca, che chiudere con la zona arancione tutta Italia, e adottare queste misure in maniera più celere e tempestiva o no?

GARATTINI. Io penso che con il senno di poi sia facile ragionare. Penso che l'inizio della pandemia sia molto difficile da discutere. Non dimentichiamoci del panico che c'era in quel periodo, quindi qualcosa bisognava fare. Il vero problema è che non avevamo un piano. Tutto dipende da quello. Se avessimo avuto un piano, avremmo avuto dei criteri per decidere cosa fare. La mancanza del piano è stata la causa di tutto quello che è successo.

PRESIDENTE. È stato chiarissimo. Non ci sono altre domande.

La ringrazio di cuore a nome di tutta la Commissione per l'esempio che rappresenta, anche perché anche noi vorremmo arrivare alla sua età, quindi bisogna seguire pedissequamente i suoi consigli. La ringrazio davvero

Resoconto stenografico n. 21

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

Seduta n. 23 del 04.03.2025 **BOZZE NON CORRETTE**

di cuore anche per tutta l'attività che svolge all'istituto Mario Negri, scherzi e battute a parte, e anche per la disponibilità a venire in Commissione.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

PRESIDENTE. Comunico che è pervenuta ulteriore documentazione dal Tribunale civile di Roma e aggiungo che i rappresentanti di Agenas hanno trasmesso i documenti ai quali hanno fatto riferimento nel corso dell'audizione dello scorso 20 febbraio, nonché alcune elaborazioni dei dati a loro richiesti durante lo svolgimento della predetta informativa.

I lavori terminano alle ore 13,13.