

PROPOSTA DI INCHIESTA PARLAMENTARE

d’iniziativa dei senatori SICLARI, AIMI, BARBONI, BATTISTONI, BERARDI, BINETTI, CALIENDO, CALIGIURI, CANGINI, CAUSIN, CESARO, DE SIANO, FERRO, GALLIANI, GALLONE, GIRO, MALLEGNI, MALAN, MOLES, MODENA, PAGANO, PAPTHEU, PEROSINO, PICHETTO FRATIN, RIZZOTTI, ROSSI e TOFFANIN

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 14 GENNAIO 2021

Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul piano pandemico

ONOREVOLI SENATORI. – L’articolo 32 della Costituzione italiana recita testualmente che «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti», riconoscendo, quindi, sia il carattere di diritto naturale dell’individuo sia l’interesse sociale e solidaristico della collettività a garantire un sistema sanitario generalista ed universale, introdotto nel nostro ordinamento giuridico con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale (SSN). Successivamente con la legge costituzionale 18 ottobre 2001,

n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione, la competenza in materia sanitaria è stata trasferita alle regioni. Tale riforma costituzionale ha dato vita a molte incertezze interpretative e generato un quasi perenne conflitto di attribuzioni Stato-regioni, nonostante il fine di segnare la linea di confine delle competenze dello Stato e di quelle delle venti regioni italiane.

In particolare la materia sanitaria, affidata alle regioni, ha dato ottimi risultati, sia in termini di assistenza sanitaria che di gestione economico-finanziaria del servizio

alla salute, laddove le precondizioni strutturali, logistiche, economiche e infrastrutturali favorivano il decentramento dei servizi sanitari e, invece, ha dato pessima prova laddove il sistema politico ed economico era più debole e precario. In pratica si è passati da un unico SSN a tanti servizi sanitari regionali che hanno dato luogo ad una sanità a più velocità: alcune regioni, soprattutto quelle del Nord e del Centro Italia hanno sviluppato servizi sanitari di eccellenza con un graduale contenimento dei costi e una progressiva razionalizzazione della spesa; altre regioni sono riuscite, seppur stentando, a garantire un'assistenza sanitaria ai residenti, adeguata all'ambizioso principio dettato dall'articolo 32 della Carta costituzionale; altre, ancora e infine, invece, hanno prodotto e incentivato la « fuga dei cervelli » (emigrazione del personale medico), la carenza endemica di personale medico specialistico e sanitario non medico, l'impoverimento delle strutture di cura e dei servizi offerti e al pari una voragine di spreco di risorse economiche. Per questi casi di pessima gestione è stata prevista la procedura di commissariamento per il ripianamento del debito sanitario.

La pandemia da COVID-19 è intervenuta in un contesto, quindi, molto variegato con effetti devastanti: le regioni che avevano un sistema sanitario d'eccellenza sono state messe a durissima prova dalle ondate pandemiche che hanno esplicitato tutta la loro forza virale soprattutto in Lombardia, Veneto, Piemonte e nelle altre regioni del Nord e del Centro-Nord; le regioni che invece avevano un sistema sanitario impreparato o scarsamente preparato, tale da essere già d'emergenza e di frontiera, sono state costrette ad affrontare la situazione emergenziale, seppur con statistiche di contagio molto più ridotte.

La mancata elaborazione del piano pandemico e del piano vaccinale hanno determinato non solo effetti negativi sulla gestione sanitaria delle patologie da COVID-19, ma

hanno avuto riflessi importanti e negativi anche sulle patologie non collegate al COVID-19.

Non solo, ma ci sono stati, purtroppo, parecchi casi e vicende poco chiari e, a tratti, inquietanti che devono essere indagati, esaminati e approfonditi per ricercarne le cause e individuarne le eventuali responsabilità.

« Rinuncio all'immunità diplomatica ». È iniziato così l'interrogatorio di Francesco Zambon, svoltosi davanti ai pubblici ministeri di Bergamo nel dicembre scorso. Il ricercatore veneziano autore del rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) – finanziato dal Kuwait – aveva bocciato senza appello la gestione italiana della prima ondata pandemica.

Tanto che l'11 maggio 2020 il rapporto, che metteva in cattiva luce l'esecutivo e rischiava di minarne i rapporti con l'organizzazione internazionale, era sparito. Il perché è rivelato da alcune *e-mail* – già sul tavolo dei pubblici ministeri – che Zambon avrebbe ricevuto dal numero due dell'OMS Ranieri Guerra, già braccio destro dell'ex Ministro della salute Beatrice Lorenzin.

« Una cospirazione tra l'OMS e il governo italiano », come ha scritto il quotidiano inglese *The Guardian*? È quello che hanno chiesto a Zambon, il quale con la semplice frase « rinuncio all'immunità diplomatica » ha anche disinnescato il pasticcio « in salsa » diplomatico-giudiziaria che aveva coinvolto anche i Ministri della salute Roberto Speranza e degli affari esteri e della cooperazione internazionale Luigi di Maio. Di fatto, l'OMS aveva dato il proprio consenso (peraltro mai arrivato) come condizione irrinunciabile all'interrogatorio. A convincere il ricercatore veneziano a presentarsi sarebbe stato – ironia della sorte – il « via libera » dello stesso Ranieri Guerra, che su *Facebook* qualche giorno prima dell'interrogatorio aveva scritto: « I ricercatori (dell'OMS, ndr) hanno il dovere di farlo (testimoniare, ndr), perché non rinunciano all'im-

munità e vanno?». Non è escluso che sull'esempio di Zambon, a breve, potrebbero offrire il loro contributo alle indagini anche gli altri dieci ricercatori dell'OMS.

Il verbale dell'interrogatorio è stato secreto, ma da quel che trapela da alcune fonti, in più di una circostanza, la versione di Guerra e quella di Zambon non coinciderebbero. Ed è plausibile pensare che il numero due dell'OMS nei prossimi giorni potrebbe essere nuovamente sentito dalla procura di Bergamo, che indaga per epidemia colposa. Quello che vogliono capire i pubblici ministeri è semplice: l'Italia era pronta a gestire una pandemia? Non secondo la procura: «C'è stata molta improvvisazione», aveva detto il procuratore di Bergamo Antonio Chiappani al Corriere della Sera. Un'impressione che sarebbe stata confermata anche nel corso dell'interrogatorio di Zambon. Per i pubblici ministeri il piano pandemico italiano era fermo al 2006 e non sarebbe mai stato aggiornato, neanche nel 2016, come aveva detto Guerra agli inquirenti. Al centro dell'interrogatorio, durato alcune ore, oltre al famigerato *report* fantasma dell'OMS (ritrovato grazie al comitato Noi denunceremo, che rappresenta i parenti delle vittime del COVID-19 della Bergamasca e depositato in procura), ci sarebbe anche un documento interno al Ministero della salute del 15 settembre 2017, firmato da Guerra, nel quale l'ormai uscente Direttore generale lascia un promemoria al Ministro per il tramite del Capo di gabinetto, nel quale raccomanda la stesura di un «nuovo piano nazionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale», proprio come chiede l'OMS.

Un documento che in parte smentisce la ricostruzione fatta da Guerra, che all'immunità diplomatica non aveva certamente rinunciato, alla squadra di inquirenti guidata dal procuratore Chiappani. Il procuratore vuole vederci chiaro anche sulla cosiddetta procedura *Global Health Security Index* (GHS Index), un *report* di autovalutazione

su risorse, infrastrutture, politiche e procedure, personale esperto e formato a cui deve attingere un sistema sanitario pubblico durante una emergenza sanitaria. Mancano gli anni 2012, 2013, 2014, 2015 e 2017, mentre per il 2016 la «pagella» del Ministero della salute avrebbe riportato (ingiustamente, alla luce del *report* dell'OMS) l'Italia al livello 4, assieme alla Svizzera e a tutti i Paesi più avanzati del mondo. Chi l'ha deciso? E su che basi? È evidente che dopo mesi di improvvisazione e di superficialità nella gestione dell'emergenza pandemica, in ultimo è probabilmente scoppiato il «bubbone».

L'epidemia ha colpito maggiormente le persone più vulnerabili, acuendo al contempo le significative disuguaglianze che affliggono il nostro Paese, come testimoniano i differenziali sociali riscontrabili nell'eccesso di mortalità causato dal COVID-19. L'incremento di mortalità ha penalizzato di più la popolazione meno istruita: il rapporto standardizzato di mortalità – che misura l'eccesso di morte dei meno istruiti rispetto ai più istruiti – è intorno a 1,3 per gli uomini e a 1,2 per le donne. Lo svantaggio è più ampio tra coloro che hanno un'età compresa tra i 65 e i 79 anni e residenti nelle aree con alta diffusione dell'epidemia, sia uomini (1,28 a marzo 2019, 1,58 a marzo 2020) sia donne (da 1,19 nel 2019 a 1,68 nel 2020).

I primi dati disponibili sembrerebbero segnalare che l'impatto dell'emergenza sull'assistenza ospedaliera ci sia stato, ma sia stato limitato. Sono diminuiti i ricoveri per le malattie ischemiche del cuore e per le malattie cerebrovascolari, ma è rimasta invariata la capacità di trattamento tempestivo e appropriato di queste patologie una volta ospedalizzate. Si è ridotta drasticamente l'offerta di interventi di chirurgia elettiva non urgente, ma quella per interventi non differibili in ambito oncologico e ortopedico sembra non abbia subito contraccolpi. L'assistenza sanitaria territoriale, invece, sembrerebbe essere

stata potenziata. Tuttavia, fino a oggi, in dieci mesi, il COVID-19 è costato la vita a oltre 60.000 italiani. Ma i decessi legati in maniera diretta o indiretta alla pandemia provocata dal virus Sars-CoV-2 sono in realtà molti di più. C'è una quota di persone decedute a causa delle complicanze dell'infezione e mai intercettate. E una parte di vittime «indirette», colpite da (o già alle prese con) altre malattie e non messe nelle condizioni di curarsi durante l'emergenza sanitaria. Non contagiati, ma le cui condizioni si sono aggravate: fino alla morte. Sul totale dei decessi in più, conteggiati durante la prima e più violenta ondata, quanti rientrano nei numeri ufficiali? Meno della metà (43,5 per cento). Questo vuol dire che, vista l'eccezionalità dell'evento in corso, pure la restante quota di vittime in eccesso è da ricondurre alla pandemia.

In un Paese che fino a pochi mesi fa veniva celebrato per il tasso di longevità della sua popolazione, il COVID-19 si è abbattuto come uno tsunami: a partire dagli anziani (l'età media delle vittime è 80 anni). Secondo l'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), fino al 31 agosto, in Italia si sono registrati oltre 475.000 decessi: quasi 38.000 in più rispetto a quelli attesi sulla base di una stima tracciata tenendo conto delle persone scomparse lungo la Penisola tra il 2015 e il 2019. Un incremento che corrisponde all'8 per cento e che è destinato (almeno) a raddoppiare. Ma che secondo gli esperti è comunque sottostimato. A confermarlo è uno studio pubblicato sulla rivista *Public Health*, secondo cui (tra marzo e aprile) il tasso di mortalità è in realtà più che raddoppiato (+109 per cento). Questo è il dato medio nazionale, che da una parte vede le statistiche delle regioni del Mezzogiorno (pressoché analoghe a quelle degli anni precedenti) e dall'altra fa registrare il primato dei comuni più colpiti dal COVID-19 durante la prima ondata: con numeri cresciuti anche del 600 per cento in alcune aree del Nord-

Italia. Questo lo « scarto » rilevato partendo dagli unici due dati inconfutabili: il numero totale dei decessi e il dato relativo a quelli determinati da infezioni da Sars-CoV-2 documentate.

Come motivare la differenza tra i numeri ufficiali e quelli ritenuti invece più plausibili?

Due le possibili ragioni. Da una parte ci sono le persone scomparse a causa del COVID-19 senza che l'infezione sia mai stata accertata. Una situazione tutt'altro che rara a cavallo tra febbraio e marzo, quando i tamponi scarseggiavano e i *test* venivano di fatto riservati ai pazienti ricoverati in ospedale. Nel frattempo, però, in molti sono morti a casa o nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), con sintomi riconducibili alla malattia provocata dal nuovo coronavirus. I loro nomi non compaiono nei bollettini ufficiali, ma nella maggior parte di questi casi si tratta di pazienti deceduti a causa del COVID-19. A pesare altrettanto, se non di più, sarebbe però il numero di persone che hanno perso la vita non a causa della malattia da nuovo coronavirus. Questa è l'ipotesi esplorata attraverso un modello matematico sviluppato per valutare l'entità delle vittime in eccesso a causa del COVID-19, da cui si evince che una quota consistente di morti in eccesso sia dovuta al mancato accesso alle cure per altre malattie, come ha dichiarato Anna Odone, ordinario di igiene all'Università di Pavia, che ha curato, assieme al Consiglio nazionale delle ricerche e all'Università Vita-Salute San Raffaele, un primo studio sul punto. Una contingenza che, a detta degli esperti, è divenuta realtà attraverso la scelta di non recarsi in ospedale per paura del contagio e la soppressione di visite e interventi non urgenti per lasciare spazio all'assistenza ai pazienti contagiati. L'ipotesi necessita di ulteriori conferme. Ma al momento trova il supporto dei dati preliminari riguardanti le vittime di infarto e arresto cardiaco.

Per tutto quanto sopra esposto è quindi necessario e indifferibile fare piena luce su tutti i lati oscuri o poco chiari che hanno determinato tanti, troppi ritardi, tante, troppe scelte sbagliate, superficiali e non conformi al delicatissimo momento che il Paese sta attraversando a causa della più importante pandemia degli ultimi 100 anni e della conseguente crisi economico-finanziaria che ne è derivata. Purtroppo, l'attuale situazione ha

assunto i caratteri dell'estrema gravità, tanto che sarà ricordata come la peggiore della storia, vista la diffusione mondiale del virus e l'interessamento capillare di tutte le attività economiche e sociali, delle imprese, grandi, medie e piccole, delle famiglie e dei singoli. A tal fine è quanto mai opportuno approfondire quanto sopra esposto attraverso l'istituzione di una Commissione di inchiesta monocamerale.

**PROPOSTA DI INCHIESTA
PARLAMENTARE**

Art. 1.

(Istituzione della Commissione)

1. È istituita, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione, per la durata della XVIII legislatura, una Commissione parlamentare di inchiesta sul piano pandemico, di seguito denominata « Commissione ».

Art. 2.

(Composizione della Commissione)

1. La Commissione è composta da venti senatori, nominati dal Presidente del Senato in proporzione al numero dei componenti dei gruppi parlamentari e comunque in modo da garantire la presenza di un rappresentante per ciascun gruppo parlamentare.

2. Il Presidente del Senato nomina il presidente della Commissione, scegliendolo al di fuori dei suoi componenti e, entro dieci giorni, convoca la Commissione affinché proceda all'elezione di due vicepresidenti e due segretari. A tal fine, ciascun componente della Commissione scrive sulla propria scheda un solo nome. Sono eletti coloro che hanno ottenuto il maggior numero di voti. In caso di parità di voti, è proclamato eletto il più anziano di età.

Art. 3.

(Compiti della Commissione)

1. La Commissione ha il compito di:

a) accertare e verificare lo stato di attuazione del piano pandemico e le motiva-

zioni per cui lo stesso non è stato adottato nei tempi che l'emergenza sanitaria avrebbe richiesto;

b) accertare e verificare le eventuali responsabilità connesse alla mancata adozione del piano pandemico, all'esito di quanto emerso dall'indagine con particolare riguardo al lettera *a*).

Art. 4.

(Organizzazione interna e funzionamento)

1. Le sedute della Commissione sono pubbliche, salvo che la Commissione disponga diversamente.

2. L'attività e il funzionamento della Commissione sono disciplinati da un regolamento interno da essa approvato prima dell'inizio dei lavori. Ciascun componente può proporre modifiche al regolamento.

3. Per l'espletamento dei propri compiti la Commissione si avvale di personale, locali e strumenti operativi messi a disposizione dal Presidente del Senato.

4. La Commissione può, altresì, avvalersi dell'opera di agenti e ufficiali di polizia giudiziaria, nonché di tutte le collaborazioni che ritiene necessarie allo svolgimento dei propri compiti e delle proprie attività.

Art. 5.

(Attività di indagine)

1. La Commissione procede alle indagini con gli stessi poteri e le stesse limitazioni dell'autorità giudiziaria. Nelle materie attinenti alle finalità della presente inchiesta, la Commissione può acquisire copia di atti e documenti relativi a indagini svolte da altra autorità amministrativa o giudiziaria. Se le copie di atti e documenti acquisiti ai sensi del presente comma sono coperti da segreto, la Commissione garantisce il mantenimento del regime di segretezza.

2. Per quanto concerne il segreto di Stato e i segreti d'ufficio, professionale e bancario si applica la normativa vigente in materia.

3. La Commissione stabilisce quali atti o documenti acquisiti non debbano essere divulgati. Devono in ogni caso essere coperti dal segreto gli atti e i documenti attinenti a procedimenti giudiziari nella fase delle indagini preliminari.

Art. 6.

(Obbligo del segreto)

1. I componenti della Commissione, il personale addetto alla stessa e ogni altra persona che collabora con la Commissione, ovvero compie o concorre a compiere atti di inchiesta, oppure ne viene a conoscenza per ragioni d'ufficio o di servizio, sono obbligati al segreto per tutto quanto riguarda gli atti e i documenti di cui all'articolo 5.

Art. 7.

(Relazioni)

1. La Commissione riferisce al Senato sull'attività svolta, al termine dei suoi lavori e ogni qual volta lo ritenga opportuno. La prima relazione è presentata al Senato entro quattro mesi dalla costituzione della Commissione medesima.

2. Nelle proprie relazioni periodiche e nella relazione conclusiva, la Commissione può altresì formulare proposte, a carattere legislativo o amministrativo, che ritiene efficaci al fine di prevenire e reprimere le criticità emerse nel corso dei suoi lavori.

Art. 8.

(Spese di funzionamento)

1. Le spese per il funzionamento della Commissione sono stabilite nel limite mas-

simo di 50.000 euro per l'anno 2021 e di 80.000 euro per ciascuno degli anni successivi di durata della Commissione e sono poste a carico del bilancio interno del Senato.

2. Il Presidente del Senato può autorizzare un incremento delle spese di cui al comma 1, comunque in misura non superiore al 30 per cento, a seguito di richiesta da parte del presidente della Commissione per motivate esigenze connesse allo svolgimento dell'inchiesta.

€ 1,00