

è importante promuovere una collaborazione tra le associazioni di categoria del settore delle imprese dell'intrattenimento da ballo, i gestori dei locali e il trasporto pubblico non di linea con l'obiettivo di perseguire un sistema di trasporto dedicato su prenotazione per i frequentatori dei locali serali, grazie alla costruzione di una filiera virtuosa tra i soggetti coinvolti;

ritenuto, inoltre, che

è importante fornire una risposta concreta ai cittadini sul rilevante tema del trasporto notturno;

invita il Presidente e la Giunta regionale

- a promuovere interventi a favore delle imprese di intrattenimento da ballo e dei gestori dei locali, per conseguire la stipula di convenzioni con il servizio taxi e NCC, per garantire la realizzazione di un sistema di trasporto dedicato su prenotazione per i frequentatori dei locali serali, grazie alla costruzione di una filiera virtuosa tra i soggetti coinvolti;
- a promuovere anche avvalendosi dei principali canali di comunicazione sia tradizionali che digitali di Regione Lombardia, iniziative di divulgazione, promozione e informazione finalizzate ad ampliare le conoscenze in merito a questo servizio, all'importanza di un divertimento sicuro e alla necessità di un rientro in sicurezza dai locali.».

Il vice presidente: Francesca Attilia Brianza

Il consigliere segretario: Dario Violi

Il segretario dell'assemblea consiliare:
Emanuela Pani

D.c.r. 12 aprile 2022 - n. XI/2460 Ordine del giorno concernente le risultanze della commissione d'inchiesta «Emergenza COVID-19»

Presidenza del Vice Presidente Borghetti

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

Visto il «Dibattito in merito alle risultanze della Commissione d'inchiesta Emergenza Covid-19»;

a norma dell'articolo 85 del Regolamento generale, con votazione nominale, che dà il seguente risultato:

Presenti	n.	65
Non partecipanti al voto	n.	1
Votanti	n.	64
Voti favorevoli	n.	43
Voti contrari	n.	21
Astenuti	n.	0

DELIBERA

di approvare l'Ordine del giorno n. 7303 concernente le risultanze della Commissione d'inchiesta «Emergenza Covid-19», nel testo che così recita:

«Il Consiglio regionale della Lombardia

premessi che

- in data 15 aprile 2020 veniva presentata la richiesta, ai sensi dell'articolo 19 dello Statuto d'autonomia della Lombardia e dell'articolo 52 del Regolamento generale del Consiglio regionale, sottoscritta da trenta Consiglieri regionali, di istituzione di una Commissione consiliare d'inchiesta per approfondire le competenze e le scelte attuate nella «gestione d'emergenza sanitaria da Covid-19 in Regione Lombardia», documento nel quale si ritiene necessaria la costituzione della Commissione quale «luogo di analisi delle statistiche, delle prassi e degli strumenti messi in campo dalla governance del Sistema sanitario regionale»;
- con deliberazione n. 84 del 28 aprile 2020, l'Ufficio di presidenza del Consiglio regionale della Lombardia aveva, di conseguenza, istituito - ai sensi delle medesime disposizioni sopra richiamate - la Commissione d'inchiesta «Emergenza Covid-19»;
- in data 21 settembre 2020, si era insediato l'ufficio di presidenza della Commissione d'inchiesta;
- in data 12 ottobre 2020, l'ufficio di presidenza aveva comunicato le modalità di svolgimento delle sedute della Commissione e aveva altresì presentato la proposta di Programma di lavoro, poi integrato con le indicazioni pervenute dai Commissari;
- nella successiva seduta del 26 ottobre 2020 era stata illustrata la versione definitiva del programma di lavoro della

Commissione, suddiviso in quindici punti raggruppati in cinque macroaree:

- a) riparto di competenze e indagini epidemiologiche;
- b) decisioni operative adottate in Regione Lombardia;
- c) verifiche in merito agli approvvigionamenti;
- d) gestione della pandemia nelle strutture e sul territorio;
- e) aspetti comunicativi e informativi;

- la Commissione, oltre ad aver auditato numerosi soggetti che, a vario titolo, erano stati coinvolti nelle prime fasi emergenziali, ha acquisito atti, documenti, note scritte e altro materiale relativo all'oggetto dell'inchiesta nelle 40 sedute svolte (di cui 12 nel 2020 con dieci auditi, 26 nel 2021 con 56 auditi e 2 nel 2022);

premessi, altresì, che

- la Lombardia è stata la prima regione a dotarsi di un'apposita Commissione consiliare d'inchiesta avente ad oggetto l'emergenza pandemica da Sars-CoV-2;
- ad oggi, a livello parlamentare, non risultano istituite commissioni bicamerali o monocamerali d'inchiesta sul suddetto tema;

considerato che

- in data 14 gennaio 2020, l'OMS pubblicava sul proprio profilo Twitter il seguente post: «Le prime indagini condotte dalle autorità cinesi non hanno trovato prove certe della trasmissione da persona a persona per il Coronavirus»;
 - in data 22 gennaio 2020, il Ministero della salute riuniva i rappresentanti regionali ma non trasmetteva alcun segnale di allarme circa l'avanzare del virus;
 - in data 27 gennaio 2020, il Ministero della salute con circolare n. 2302 diramava una nuova definizione di «caso sospetto» e revocava le precedenti indicazioni limitandosi a prescrivere l'esecuzione del tampone sia su persone provenienti dalla Cina sia su persone entrate in contatto con le stesse;
 - in data 31 gennaio 2020, il Consiglio dei Ministri deliberava lo stato di emergenza per sei mesi e il Ministero della Salute adottava una circolare, protocollo n. 2993, sulla gestione dei casi confermati e delle persone che erano state in contatto con i casi individuati;
 - in data 1° febbraio 2020, il Ministero della salute emetteva una circolare concernente le indicazioni per gli studenti rientranti dalla Cina e la gestione senza restrizioni dei soggetti asintomatici che frequentano le comunità scolastiche;
 - il suddetto provvedimento teneva conto del parere dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) secondo cui era molto bassa la probabilità di osservare casi di infezione da Sars-CoV-2, a seguito di contatti interumani, all'interno dell'UE;
 - in data 14 febbraio 2020, l'ECDC identificava come «bassa» la possibilità di diffusione del contagio in Europa;
 - in data 3 marzo 2020, il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) contattava l'Assessorato al Welfare di Regione Lombardia per avere conferma della situazione critica nei comuni di Nembro e Alzano;
 - in tale occasione, l'ISS apprendeva della richiesta di Regione Lombardia di istituzione della «zona rossa», poi fatta propria dal Comitato Tecnico Scientifico, ma non adottata dal Governo;
- preso atto che
- relativamente alla durata della Commissione, era stato individuato quale primo termine per la conclusione dei lavori e per la presentazione della relazione conclusiva quello di dodici mesi decorrenti dall'insediamento della Commissione;
 - tuttavia, il termine di conclusione dei lavori era stato successivamente posticipato altre quattro volte, al fine di approfondire le tematiche oggetto dell'inchiesta e completare l'elenco delle audizioni previste;
- preso atto, altresì, che
- in data 11 marzo 2022, i gruppi consiliari Lega-Lombarda Salvini, Forza Italia, Fratelli d'Italia, Lombardia Ideale-Fontana Presidente, Noi con l'Italia, Polo di Lombardia e Misto maggioranza hanno depositato - in linea con il termine deliberato dall'Ufficio di Presidenza della Commissione - una relazione finale unitaria;
 - i gruppi consiliari di minoranza (Partito Democratico, Movi-

Serie Ordinaria n. 17 - Giovedì 28 aprile 2022

mento 5 Stelle, + Europa-Radicali) hanno depositato nella stessa data tre differenti relazioni conclusive, manifestando una oggettiva diversità di veduta;

- successivamente, dopo la concessione di un ulteriore termine per il deposito delle relazioni conclusive, durante la seduta del 28 marzo 2022 i consiglieri Scandella, Rozza (PD), Mammì, Verni, Fumagalli (M5S), Usuelli (+ Europa) e Strada (LCE) hanno chiesto e ottenuto dalla Presidenza della Commissione di poter mettere in votazione un'unica relazione, sintesi delle tre precedentemente depositate agli atti, ove sono state inserite specifiche sezioni delle diverse relazioni, preferite ad altre, quale frutto di una mediazione;
- come apparso sugli organi di stampa il consigliere Fumagalli (M5S) ha giustificato questa scelta come «una disciplina di partito e per favorire uno schieramento unitario progressista con l'auspicio che si riesca a sconfiggere la destra»;

evidenziato che

- dalla cronistoria riportata nel primo paragrafo della relazione conclusiva licenziata dalla Commissione, è evidente come l'Organizzazione Mondiale della Sanità e il Governo hanno trasmesso alle Regioni comunicazioni tardive e spesso in contraddizione l'una con l'altra in ordine alla gestione dell'emergenza e alle informazioni relative al virus;
- il Piano Pandemico Nazionale, all'inizio dell'emergenza pandemica, risaliva al 2006 e non è stato mai aggiornato dal Ministero della salute prima del gennaio 2021, allorché è stato pubblicato il nuovo Piano Pandemico Influenzale. Tale Piano, come si legge nel Piano Pandemico Influenzale del 2006, deve essere attivato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dai singoli Stati;
- da quanto emerso dall'inchiesta del Corriere della Sera e da altri organi di stampa che hanno ricostruito i ritardi nella gestione dell'emergenza, il Governo aveva previsto, già dal mese di gennaio, un piano operativo che, tuttavia, è stato tenuto riservato;
- il Direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute dott. Andrea Urbani aveva dichiarato al Corriere della Sera: «Non c'è stato nessun vuoto decisionale. Già dal 20 gennaio avevamo pronto un piano segreto e quel piano abbiamo seguito. La linea è stata non spaventare la popolazione e lavorare per contenere il contagio»;
- in questo contesto, il Presidente di Regione Lombardia Attilio Fontana aveva chiesto, con nota formale indirizzata al Presidente del Consiglio dei Ministri, di avere copia del suddetto Piano ma la richiesta rimase priva di riscontro;
- in riferimento all'attivazione della cd. «zona rossa»:
 - a) in data 3 marzo il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, prof. Silvio Brusaferro, aveva contattato sia l'assessore al Welfare che il Direttore generale al Welfare per avere conferma della situazione critica nei comuni di Nembro e Alzano ed entrambi gli esponenti regionali chiedevano l'istituzione della zona rossa per quell'area, richiesta poi fatta propria dal CTS, ma, purtroppo, non adottata dal Governo;
 - b) la medesima richiesta era stata formulata anche al Ministro della salute, on. Roberto Speranza, in data 4 marzo 2020, nel corso della sua visita in Lombardia. Egli rispose che avrebbe immediatamente riferito questa richiesta al Presidente del Consiglio dei Ministri e che, nelle successive 48 ore, entro il 5 marzo, nelle zone interessate sarebbero stati inviati i militari. Successivamente, però, il 7 marzo, l'attivazione della zona rossa (intesa come comprensiva del blocco delle attività produttive) era stata sospesa dal Governo. Ad essa si è proceduto, sempre di concerto col Ministro della Salute, soltanto il 21 marzo, due settimane dopo rispetto a quanto stabilito inizialmente. Dalla stampa si è poi appreso che il 5 marzo il Ministro Speranza aveva firmato il Decreto per estendere la zona rossa ai comuni di Alzano e Nembro ma che lo stesso decreto non fu firmato dal Presidente del Consiglio Giuseppe Conte;
- l'approvvigionamento e la gestione dei dispositivi di protezione individuale (DPI) in periodo di pandemia sono stati gestiti dal livello di governo statale, come peraltro ribadito dall'ordinanza n. 630 del Capo della Protezione civile;
- solamente con il decreto del Capo del Dipartimento della Protezione civile del 23 febbraio 2020 il Presidente della Regione Lombardia è stato nominato Soggetto attuatore, al fine di assicurare il più efficace coordinamento delle attività poste in essere dalle strutture della Regione Lombardia competenti nei settori della protezione civile e della sanità per la gestione dell'emergenza in atto;

- in tale data i DPI risultavano introvabili sul mercato, sebbene la Lombardia avesse una scorta sufficiente per sopperire al fabbisogno di breve periodo anche grazie agli appostamenti di bilancio aggiuntivi per l'acquisto dei DPI rispetto a quanto previsto dalle leggi statali (con il decreto-legge 98/2011 era stato previsto un tetto per la spesa per i dispositivi medici, inizialmente fissato al 5,2 per cento del livello del finanziamento del SSN a carico dello Stato e poi ridefinito, dal decreto legge 95/2012 e dalla legge di stabilità per il 2013 (legge 228/2012), al 4,8 per cento per il 2013 e, a decorrere dal 2014, al valore del 4,4 per cento. Regione Lombardia, per far fronte alle esigenze ordinarie del proprio SSR, ha sempre sfiorato il tetto di spesa previsto e, nel 2018, lo ha di poco superato, come si evince dai dati di seguito indicati: anno 2018 Tetto - euro 820.725.915 - Valore a Bilancio - euro 820.747.000);
- nonostante le difficoltà di approvvigionamento, a livello nazionale, dei dispositivi di protezione medico sanitari, certificate dal Ministero dell'Interno, e sebbene il 12 febbraio 2020 il Segretario Generale del Ministero della salute Giuseppe Ruocco ribadiva che la «disponibilità di dispositivi medici è limitata» e che si era tenuto un incontro con le associazioni di categoria per «quantificare l'approvvigionamento ed eventualmente bloccare la vendita a privati, riservando le scorte al Servizio Sanitario Nazionale», in data 25 febbraio 2020 il Ministro degli Esteri Luigi Di Maio, aveva disposto la spedizione in Cina di due tonnellate di dispositivi di protezione individuale, comprese le mascherine, difficili già allora da reperire sul mercato, come «regalo del governo italiano» con tanto di bandierina tricolore e la dicitura «finanziate direttamente dalla Cooperazione italiana»;
- gli ospedali da campo allestiti presso i poli fieristici di Milano e Bergamo - e realizzati unicamente con risorse provenienti dalle donazioni private e, nel caso di Bergamo con il grande contributo degli alpini - hanno contribuito alla presa in carico e cura dei pazienti affetti da Coronavirus, specialmente nella gestione intensiva e sub-intensiva. A conferma dell'apprezzamento del Governo in riferimento allo sforzo realizzato da Regione Lombardia per la costruzione di tali strutture, il Presidente Attilio Fontana aveva dichiarato che il Ministro Speranza e il Presidente Conte consideravano questi hub quale riferimento del Nord Italia per la rianimazione, anche dopo la fase acuta;
- gli ospedali privati, nella sola Lombardia, misero a disposizione nel mese di marzo 2020 ben 334 posti letto di terapia intensiva, su un totale di 1.300 in tutta Italia, a dimostrazione dell'importante apporto nella gestione dei pazienti positivi;
- in data 27 febbraio 2020, la Direzione generale Welfare aveva disposto la verifica per i visitatori delle suddette strutture socioassistenziali, dell'assenza di febbre e/o sintomi respiratori (tosse, raffreddore), vietando l'ingresso a quanti non erano in grado di dare garanzia dell'assenza di detti sintomi. Solo il 1° marzo 2020 il Governo dedica alle RSA una delle tante disposizioni emanate in quel periodo e si limita a disporre «la rigorosa limitazione dell'accesso dei visitatori agli ospiti nelle residenze sanitarie per non autosufficienti», misura che Regione Lombardia aveva già adottato dal 23 febbraio;
- lo studio scientifico «Mortality associated with Covid-19 in care homes: international evidence» pubblicato su [LTCcovid.org](https://www.LTCcovid.org) ha messo a confronto 21 Paesi e ha rilevato che, in media, i decessi per Covid nelle RSA rappresentano il 46 per cento di tutti i decessi per Covid. Gli autori hanno sottolineato che i dati lombardi sono sovrapponibili a quelli di altre realtà internazionali, al netto dell'età media e della percentuale di anziani in Regione Lombardia che risulta di molto superiore rispetto a quello di altre realtà nel mondo: gli ultrasettantenni in Lombardia sono il 17 per cento della popolazione (Fonte Istat, 2020), nella Comunità autonoma di Madrid il 13 per cento, in Catalogna il 6,9 per cento, nella regione di Parigi il 10,9 per cento, nella Greater London il 7,9 per cento;

ricordato che

- il Ministro per gli Affari regionali Francesco Boccia, in data 4 marzo 2020, in risposta ad una Question Time alla Camera dei Deputati aveva dichiarato: «La nostra Costituzione non prevede una clausola di supremazia e non sancisce in alcun modo la preminenza dello Stato sulle Regioni, però il complesso delle norme vigenti ci consente di dire con chiarezza che in caso di emergenza nazionale decide lo Stato, anzi se permettete, comanda lo Stato e non le Regioni»;
- nell'elenco delle persone da audire in commissione risultavano, tra gli altri, l'avv. Giuseppe Conte e il dott. Domenico Arcuri, all'epoca dei fatti rispettivamente Presidente del Consiglio dei Ministri e Commissario straordinario per l'attuazione

e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19;

- l'avvocato Giuseppe Conte non ha nemmeno risposto all'invito della Commissione a intervenire in qualità di soggetto audito;
- il dott. Domenico Arcuri, dopo una prima disponibilità, non ha più confermato la propria intenzione a presenziare in qualità di soggetto audito;
- i commissari sono stati, di fatto, privati della possibilità di poter ascoltare e/o rivolgere puntuali quesiti all'allora Presidente del Consiglio dei Ministri e al Commissario straordinario, i quali non hanno nemmeno inoltrato alla Commissione delle memorie scritte;
- il Presidente Attilio Fontana è stato audito in data 24 maggio 2021, rispondendo in maniera esauriente ed esaustiva alle domande dei commissari;

constatato, quindi, che

- alla luce di quanto esposto nelle premesse e nelle considerazioni del presente ordine del giorno, è oltremodo evidente la mancanza di informazioni trasmesse dal livello di governo statale e dalle organizzazioni internazionali preposte a Regione Lombardia - e a tutte le Regioni italiane - in relazione alla gestione del virus;
- è evidente che è mancata una genuina applicazione del principio costituzionale di leale collaborazione, con la conseguenza che Regione Lombardia si è trovata da sola nella gestione dell'emergenza sanitaria che l'ha colta prima di altri territori;
- ai sensi dell'articolo 52, comma 6, del Regolamento generale del Consiglio regionale nella piena consapevolezza che la Commissione d'inchiesta «Emergenza Covid-19» ha svolto il suo mandato con professionalità, scrupolo e zelo istituzionale;

approva

la relazione conclusiva licenziata dalla Commissione d'inchiesta «Emergenza Covid-19», approvata nella seduta del 28 marzo 2022, integralmente in tutte le sue parti.».

Il vice presidente: Carlo Borghetti

Il consigliere segretario provvisorio: Niccolò Carretta

Il segretario dell'assemblea consiliare:
Emanuela Pani

— • —

REGIONE LOMBARDIA
CONSIGLIO REGIONALE

XI LEGISLATURA

**COMMISSIONE D'INCHIESTA
EMERGENZA COVID – 19**

**Relazione conclusiva della Commissione d'Inchiesta Emergenza
Covid-19**

ai sensi dell'art. 52, comma 6, del Regolamento generale

approvata nella seduta del 28 marzo 2022

Relatore: cons. Manfredi PALMERI
Trasmesso alla Presidenza del Consiglio il: 7 aprile 2022



RELAZIONE CONCLUSIVA DEI LAVORI DELLA COMMISSIONE D'INCHIESTA EMERGENZA COVID-19 A CURA DEI GRUPPI CONSILIARI DI MAGGIORANZA (Lega – Lega Lombarda Salvini, Forza Italia, Fratelli d'Italia, Lombardia Ideale - Fontana Presidente, Noi con l'Italia, Polo di Lombardia, Misto maggioranza)

INDICE

- Premessa;
- Tempestività nella trasmissione delle indicazioni operative da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e cronistoria delle prime fasi;
- Profilassi internazionale: la mancata applicazione del principio di leale collaborazione;
- Il Piano pandemico e il "Piano operativo segreto" del Governo;
- Attivazione delle cosiddette "Zone Rosse": analisi dell'evoluzione storica normativa;
- Verifica, approvvigionamento e gestione dei dispositivi di protezione individuale;
- Strutture ospedaliere temporanee;
- Contributo delle strutture sanitarie di diritto privato nella gestione dell'emergenza
- Comunicazione istituzionale di Regione Lombardia: filo diretto con la popolazione;
- Situazione e gestione dell'emergenza nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA);
- Sistema di screening della popolazione e gestione dei tamponi;
- Conclusioni.

PREMESSA

Alla luce di quanto emerso durante i lavori della Commissione d'Inchiesta Emergenza Covid-19 e dei documenti depositati agli atti, i Consiglieri regionali Piazza, Mariani, Anelli, Basaglia Cosentino, Beccalossi, Cappellari, Comazzi, Del Gobbo, Invernizzi, Lucente, Palmeri hanno redatto la presente relazione.

In premessa, e prima di affrontare i singoli ambiti di indagine sui quali la Commissione ha svolto il mandato affidatole dal Consiglio regionale, si ritiene doveroso evidenziare che compito precipuo di questa Commissione è stato quello di analizzare i fatti, i documenti, le risultanze dell'attività di audizione svoltesi in questa sede, le analisi statistiche, le prassi adottate al solo e unico fine di relazionare su quanto accaduto.

TEMPESTIVITÀ NELLA TRASMISSIONE DELLE INDICAZIONI OPERATIVE DA PARTE DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ E CRONISTORIA DELLE PRIME FASI

Come primo spunto di riflessione, tra gli argomenti analizzati dalla Commissione d'Inchiesta Emergenza Covid-19, è necessario porre l'attenzione sull'operato dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Nel presente paragrafo viene, pertanto, riassunto quanto emerso nel corso delle audizioni con gli organismi politici e tecnico-scientifici, sia nazionali che regionali.

Il 31 dicembre 2019, la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) segnala all'Organizzazione Mondiale della Sanità un *cluster* di casi di polmonite a eziologia ignota nella città di Wuhan, nella provincia cinese di Hubei, presso il mercato cittadino, successivamente chiuso.

Il 5 gennaio 2020 l'OMS produce il primo bollettino ufficiale e - sulla base delle informazioni a disposizione (44 pazienti con polmonite da eziologia sconosciuta) - si limita a richiamare genericamente le misure di sanità pubblica e quelle sulla sorveglianza dell'influenza e delle gravi infezioni respiratorie acute. Nel documento si legge, poi, che *"l'OMS non raccomanda alcuna misura restrittiva per i viaggiatori"* e che - sempre l'OMS - *"raccomanda di evitare qualsiasi restrizione ai viaggi e al commercio con la Cina in base alle informazioni attualmente disponibili su questo evento"*.

Il 7 gennaio le autorità cinesi confermano di aver identificato un nuovo virus appartenente alla famiglia dei Coronavirus che prende temporaneamente il nome di 2019-nCov.

Il 9 gennaio, a seguito dell'individuazione da parte del CDC (Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina di un nuovo Coronavirus come agente della malattia respiratoria poi denominata Covid-19, la Direzione generale della Prevenzione sanitaria del Ministero della salute italiano emana la prima circolare n. 445/2020, avente ad oggetto *"Polmonite da eziologia sconosciuta - Cina"* che riproduce testualmente la circolare dell'OMS del 5 gennaio, sopra richiamata, senza, pertanto, dare alcun segnale di allarme alle Regioni.

Il 12 gennaio la Cina condivide con l'OMS la sequenza genetica del virus.

Il 13 gennaio il Coronavirus provoca il primo decesso fuori dalla Cina: in Thailandia muore una donna cinese che era appena tornata da Wuhan. Fino a quel momento la Cina non aveva registrato nessun caso di operatori sanitari positivi e quindi non vi era conferma del contagio interumano, così come precisato nel Tweet dell'OMS del 14 gennaio che recita testualmente *"Le prime indagini condotte dalle autorità cinesi non hanno trovato prove certe della trasmissione da persona a persona per il Coronavirus"*.

Il 22 gennaio una missione OMS in Cina individua prove di trasmissione del virus da uomo a uomo a Wuhan, ma risulta necessario un supplemento di indagini per comprendere pienamente la dinamica di tale trasmissione.

Non essendoci prove certe sulla trasmissibilità il fenomeno non viene attenzionato a dovere e molti cittadini cinesi si riversano nelle strade per festeggiare il Capodanno cinese. Nel frattempo, il Governo cinese mette in quarantena l'intera città di Wuhan, estendendo successivamente la misura a quasi tutta la provincia di Hubei, raggiungendo così circa 60 milioni di persone.

L'OMS e il Centro di controllo delle malattie, l'ECDC europeo, indicano come "moderato" il rischio che il virus raggiunga l'Europa.

Il 22 e 23 gennaio il Direttore Generale dell'OMS convoca l'Emergency Committee, ai sensi del regolamento sanitario internazionale, per valutare se la situazione rappresenti un'emergenza sanitaria di carattere internazionale. Il comitato in quella seduta non raggiunge un consenso unanime sulla base delle evidenze disponibili e chiede di essere riconvocato dopo dieci giorni. A tal punto, decide di non dichiarare lo stato di emergenza di salute pubblica internazionale, spiegando che "è *troppo presto*". Al momento le vittime accertate erano 17 in tutto il mondo.

In seguito alla circolare ministeriale del Ministero della salute del 22 gennaio, nella quale veniva rappresentata una panoramica della situazione in riguardo ai casi in Cina, al tipo di polmonite – con indicazione dei sintomi e della relativa profilassi –, alla diagnostica di laboratorio e alle decisioni dell'OMS rispetto al rischio moderato per l'Europa, si è tenuta, presso il Ministero, una riunione cui ha partecipato anche Regione Lombardia, rappresentata dall'allora Direttore Generale Welfare Luigi Cajazzo e dalla dott.ssa Maria Gramegna. Nel corso della riunione, alla quale ha presenziato nella fase iniziale anche il Ministro della Salute Roberto Speranza, non è stato trasmesso ai rappresentanti regionali alcun segnale di allarme ed è stato affrontato, soprattutto, il tema della comunicazione istituzionale. Successivamente, i rappresentanti dei servizi di prevenzione delle Regioni hanno discusso aspetti tecnici relativi alla sorveglianza epidemiologica.

Il 24 gennaio vengono accertati i primi casi in Europa: in Francia, a Bordeaux e Parigi, tre persone risultano contagiate dal Coronavirus.

Con Ordinanza del 25 gennaio il Ministero della salute, revocando le precedenti disposizioni, prescrive per *"tutti i passeggeri sbarcanti in Italia e provenienti con volo diretto da Paesi comprendenti aree in cui si è verificata una trasmissione autoctona sostenuta del nuovo Coronavirus (2019 - nCoV), le compagnie aeree, le società e gli enti, pubblici e privati, che gestiscono gli scali aeroportuali, sono tenuti al rispetto delle misure di sorveglianza sanitaria in atto, nonché di quelle ulteriori adottate dai competenti uffici del Ministero della salute"*.

Il 27 gennaio, un'altra Circolare ministeriale stabilisce *"il divieto di atterraggio di tutti i voli provenienti dalla Cina negli aeroporti di Ciampino, Roma Urbe, Perugia, Ancona e Pescara. I suddetti voli dovranno essere dirottati nell'aeroporto L. da Vinci di Fiumicino"* [Cfr.: [Circolare Ministero della salute del 27 gennaio 2020](#)], nulla prevedendo per gli altri aeroporti della penisola, compresi gli scali della Lombardia.

A fronte dell'accertata possibilità di trasmissione interumana, viene emanata una nuova Circolare dal Ministero della salute recante *"Polmonite da nuovo coronavirus (2019 - nCoV) in Cina"*. In tale documento si disciplinano i casi da contagio: sospetto, probabile e confermato. Si indicano le specifiche modalità di diagnostica e le modalità di raccolta e invio dei campioni biologici per la diagnosi di laboratorio.

Il 28 gennaio una delegazione dell'OMS, guidata dal Direttore Generale Tedros Adhanom Ghebreyesus, si reca a Pechino per incontrare le autorità cinesi per uno scambio di informazioni sulle iniziative adottate.

Il 30 gennaio il Direttore Generale dell'OMS, a seguito di una nuova riunione della Emergency Committee, dichiara la diffusione del nuovo Coronavirus *"un'emergenza di sanità pubblica di carattere internazionale Public Health Emergency of International Concern*". Nella stessa data, tuttavia, non vengono indicate restrizioni sui viaggi da e verso la Cina.

Il rapporto OMS del 30 gennaio presenta 7.818 casi confermati nel mondo, la quasi totalità in Cina, con 82 casi in 18 paesi fuori dalla Cina.

A seguito di ciò, il Ministero della salute emana una nuova ordinanza nella quale prescrive che è *"interdetto il traffico aereo dalla Cina, quale Paese comprendente aree in cui si è verificata una trasmissione autoctona sostenuta del nuovo Coronavirus (2019 - nCoV)"*. Nei confronti di tale scelta numerose sono state le critiche da parte della comunità scientifica poiché il blocco del traffico aereo diretto con la Cina non ha permesso un tracciamento preciso ed efficace in quanto per il tramite dello scalo viaggiatori provenienti dalla Cina arrivavano in Italia senza controllo alcuno.

Il 30 gennaio il Presidente del Consiglio dei Ministri, Giuseppe Conte, annuncia la conferma dei primi due casi positivi in Italia, due turisti cinesi ricoverati all'ospedale Spallanzani.

L'indomani, 31 gennaio, il Governo decreta lo stato di emergenza per il rischio sanitario.

Il 3 febbraio l'OMS emana il documento *"Strategic preparedness and response plan"* contenente indicazioni sulle misure di sanità pubblica per la risposta all'epidemia da Covid. Il documento, rivolto ai Governi nazionali, contiene, nella sua parte finale, precise indicazioni anche *"sulle risorse economiche necessarie da mobilitare per attuare misure prioritarie di salute pubblica a sostegno dei Paesi per pararsi e rispondere al Covid 2019"*: risorse che sono quantificate in oltre 675 milioni di dollari (per il coordinamento internazionale, per migliorare le azioni di risposta degli Stati e per implementare la ricerca).

Nella stessa data, in Italia viene costituito il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) ai sensi dell'art. 2 dell'Ordinanza del Ministero della salute n. 630. Si legge infatti *"Per la realizzazione degli interventi di cui alla presente ordinanza, il Capo del Dipartimento della protezione civile si avvale di un Comitato tecnico-scientifico istituito con proprio provvedimento, composto dal segretario generale del Ministero della salute, dal direttore generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, dal direttore dell'ufficio di coordinamento degli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera del Ministero della salute, dal direttore scientifico dell'Istituto nazionale per le malattie infettive «Lazzaro Spallanzani», dal Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, da un rappresentante della Commissione salute designato dal Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome e dal coordinatore dell'ufficio promozione e integrazione del Servizio nazionale della protezione civile del Dipartimento della protezione civile, con funzioni di coordinatore del Comitato. Il Comitato può essere integrato in relazione a specifiche esigenze."*

Il primo riferimento, a livello governativo italiano, alla preparazione di un piano strategico nazionale si rinviene nel verbale del CTS del 10 febbraio 2020, dove è scritto: *"Per i piani strategici di gestione dell'eventuale scenario pandemico sul territorio nazionale viene costituito un gruppo di esperti a supporto del CTS col compito di effettuare una ricognizione delle strutture, attrezzature e staff ad oggi disponibile presso il servizio sanitario nazionale e produrre i modelli di*

risposta ai diversi scenari possibili che costituiscono la base per qualsiasi attività di programmazione”.

Nella medesima seduta, il CTS chiarisce: *“I provvedimenti messi in atto dal governo italiano, in un rapporto di proficua collaborazione con le regioni e provincie autonome, ed il fondamentale contributo delle professioni sanitarie e della protezione civile, rappresentano, nelle condizioni attuali, un argine adeguato per il nostro Paese”.*

A Roma, dunque, non c'era ancora la conoscenza delle risorse disponibili all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

L'11 febbraio l'OMS formalmente definisce Covid-19 la malattia indotta dal 2019-nCov che l'International Committee on Taxonomy of Viruses rinomina come SARS-CoV-2.

Il 14 febbraio l'ECDC, l'European Centre for Disease Prevention and Control, identifica come bassa la possibilità di diffusione del contagio in Europa.

Il 18 febbraio il numero delle vittime nel mondo sale a 1.873, mentre i contagiati sono 73.635.

Il 19 febbraio, presso lo Stadio di San Siro a Milano, si disputa la partita Atalanta – Valencia non essendovi delle misure contenitive, in vigore, in quanto sulla scorta delle indicazioni del Governo, trasmesse alle prefetture, il rischio in Italia era contenuto alle sole ipotesi dei due casi allo Spallanzani.

Nella notte tra il 20 e il 21 febbraio viene accertato un caso presso l'ospedale di Codogno in provincia di Lodi. Si tratta di un trentottenne che accusa una polmonite leggera, ma resistente ad ogni terapia. Nel caso specifico, il paziente si è recato in pronto soccorso il 18 febbraio e le lastre dimostrano una leggera polmonite. La positività è riscontrata violando la prassi e i protocolli del Ministero, a totale responsabilità del medico, ed effettuando un tampone molecolare. Presto arrivano anche le conferme di positività della moglie e di un conoscente.

Giova qui ricordare che il primo caso in Italia è stato ufficializzato dietro la totale assunzione di responsabilità da parte di un medico anestesista, la quale ha deliberatamente violato i protocolli sanitari.

Infatti, il primo protocollo in materia del 22 gennaio, all'Allegato 1, offre una *“definizione di caso provvisorio per la segnalazione”*, più ampia rispetto a quella che verrà poi aggiornata del 27 gennaio. Difatti, mentre con la circolare n. 1997 del 22 gennaio si prevedono di tre ipotesi, tra cui, la numero 2, indica tra i possibili sospetti, una persona che manifesta un decorso clinico insolito o inaspettato, soprattutto un deterioramento improvviso nonostante un trattamento adeguato, senza tener conto del luogo di residenza o storia di viaggio, anche se è stata identificata un'altra eziologia che spiega pienamente la situazione clinica. Con la successiva circolare n. 2302 del 27 gennaio (e con l'epidemia *“ufficialmente”* conclamata in Cina), si riduce il campo dei *“casi sospetti”* a due ipotesi entrambe in buona sostanza collegate a persone con *“storia di viaggi o residenza in aree a rischio della Cina”* o che si siano trovate in *“contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da CoV”*.

Una volta conclamata la presenza del virus nel territorio nazionale, segue un nuovo protocollo indicato dalla Circolare del Ministero della salute n. 5443 del 22 febbraio recante nuove indicazioni e chiarimenti sul Covid-19 e contenente *“integrazioni che aggiornano e sostituiscono le precedenti”*. In tale documento

si legge: "Devono essere considerati casi sospetti di nCoV le persone che rispondono ai criteri indicati nella definizione di caso:

Caso sospetto

A. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti sintomi: febbre, tosse, dispnea) che ha richiesto o meno il ricovero in ospedale e nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia, ha soddisfatto almeno una delle seguenti condizioni:

- storia di viaggi o residenza in Cina;
- contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da SARS-CoV-2;
- ha lavorato o ha frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con infezione da SARS-CoV-2.

Si sottolinea che la positività riscontrata per i comuni patogeni respiratori potrebbe non escludere la coinfezione da SARS-CoV-2 e pertanto i campioni vanno comunque testati per questo virus.

Caso probabile

B. Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Caso confermato

C. Un caso con una conferma di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento dell'Istituto Superiore di Sanità per infezione da SARS-CoV-2, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

Tale ultima disposizione viene ulteriormente ripresa nella circolare n. 5889 del 25 febbraio, che nel ribadire l'esecuzione dei tamponi ai "casi sospetti di COVID-19 secondo la definizione di cui all'allegato 1", precisa che "in assenza di sintomi, pertanto, il test non appare sostenuto da un razionale scientifico, in quanto non fornisce una informazione indicativa ai fini clinici in coerenza con la definizione di "caso".

Il 20 febbraio sono stati confermati altri sedici casi (quattordici in Lombardia, due in Veneto). Dopo questi casi, sono state eseguite verifiche e controlli approfonditi su tutte le persone che erano state eventualmente in contatto o nelle vicinanze dei soggetti infetti. Il giorno seguente sono accertati alcuni casi di pazienti ricoverati presso gli Ospedali Riuniti Padova Sud e l'esistenza di un cluster di infezione nel comune di Vo' Euganeo e un caso di infezione nel Comune di Mira.

Sempre il 21 febbraio, giorno della prima diagnosi ufficiale di Covid-19 in Italia e di conseguente istituzione delle prime zone rosse, le autorità sanitarie hanno allertato immediatamente il dott. Kluge, Direttore regionale europeo dell'OMS, mettendolo a conoscenza che il contagio era già particolarmente diffuso e non solo circoscrivibile ai dieci comuni del lodigiano e del comune di Vo' Euganeo, in provincia di Padova. A seguito di questa allerta, il dott. Kluge, invia nel nostro Paese un gruppo di persone altamente qualificate, con una missione denominata *Rapid response team*, rimaste in Italia nel periodo compreso tra il 21 febbraio ed il 7 marzo. Tra queste la prof.ssa Benedetta Allegranzi, dell'Ufficio OMS di Ginevra, che si ferma circa una settimana presso l'Unità di crisi di Regione Lombardia e, prima, di lasciare Milano, scrive al Direttore

Generale Welfare e al Direttore Sanitario della Asst Fatebenefratelli Sacco una mail di apprezzamento per il lavoro che Regione sta svolgendo.

In conseguenza degli eventi, la Regione Lombardia e il Ministero della Salute emettono una ordinanza congiunta che impone a dieci comuni, tutti in provincia di Lodi, il divieto di eventi pubblici con sospensione di tutte le attività lavorative (ad esclusione di quelle di pubblica utilità), con contestuale divieto per i treni di fermarsi alle stazioni dei comuni interessati. In 8 punti, si dispongono una serie di provvedimenti per i comuni di Codogno, Castiglione d'Adda, Casalpusterlengo, Fombio, Maleo, Somaglia, Bertonico, Terranova dei Passerini, Castelgerundo e San Fiorano. Il Prefetto di Lodi è incaricato dell'esecuzione dell'ordinanza con proprio Decreto Prefettizio. È d'uopo sottolineare che nella seduta del 18 febbraio il CTS non aveva nemmeno discusso in merito all'opportunità di adottare una misura del genere poiché allo stato non era tra i punti all'ordine del giorno.

Il 22 febbraio è emanata una nuova Circolare del Ministero della Salute che chiarisce e definisce i caratteri dell'emergenza sanitaria da Coronavirus.

Il CTS, riunitosi nello stesso giorno, per esprimersi in merito al quesito relativo all'utilità e necessità di adottare l'ulteriore misura di contenimento costituita dall'isolamento delle aree in cui è in atto la trasmissione del SARS-CoV2-19 esprime il seguente parere: *“Sul piano sanitario, alla luce della situazione epidemiologica attuale, l'adozione della misura è fortemente raccomandata – purché tempestiva – per la riduzione della circolazione del virus fuori delle aree interessate, aggiungendosi al contenimento all'interno dell'area operato dalle misure adottate con ordinanza del 21 febbraio dal Ministro della Salute di intesa con il Presidente della Regione Lombardia. Va valutata con attenzione – rispetto alle modalità di gestione dell'isolamento – la sostenibilità nel tempo di tale misura”*.

Il 23 febbraio 2020 il Governo, inoltre, approva un decreto-legge recante “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”, prontamente firmato dal Presidente della Repubblica, poi convertito in legge 5 marzo 2020, n. 13. Il decreto interviene in modo organico, nell'attuale situazione di emergenza sanitaria internazionale dichiarata dall'OMS, nella finalità di prevenire e contrastare l'ulteriore trasmissione del Coronavirus. Il decreto prevede, tra l'altro, che nei comuni o nelle aree nei quali risulta positiva almeno una persona per la quale non si conosce la fonte di trasmissione, o in ogni modo, nei quali vi è un caso non riconducibile ad una persona proveniente da un'area già interessata dal contagio, le autorità competenti sono tenute a adottare ogni misura di contenimento “adeguata e proporzionata” all'evolversi della situazione epidemiologica.

Il 23 febbraio 2020 vengono approvate con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri le prime misure urgenti di contenimento del contagio nei 10 comuni della Regione Lombardia e in un comune della Regione Veneto indicati nell'Allegato 1 del decreto medesimo. Viene istituito il divieto di accesso o di allontanamento dal territorio comunale e la sospensione di manifestazioni e di eventi e di ogni forma di riunione in luogo pubblico o privato, anche di carattere culturale. In conformità al testo, il Prefetto territorialmente competente, informando preventivamente il Ministro dell'Interno, deve assicurare l'esecuzione delle misure avvalendosi delle forze di polizia e, ove occorra, delle forze armate, sentiti i competenti comandi

territoriali. Conseguentemente il Capo della Polizia ha emanato una Ordinanza, inviata ai prefetti delle zone di competenza interessate, che prevede il presidio di 35 varchi nel lodigiano ed 8 quelli nel padovano, nella finalità di disegnare una "cinta", intorno all'area focolaio, per il tramite dell'impiego di circa 500 operatori interforze (Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza), una decina a turno per ciascun varco. Lo scopo è quello di evitare che le persone transitino, in entrata o in uscita, attraverso l'area, ad eccezione delle ipotesi in cui sussistano peculiari esigenze autorizzate dal Prefetto. Previsti corridoi sterili deputati all'approvvigionamento di vettovaglie e farmaci, gestiti da operatori qualificati e dotati di dispositivi di protezione, come guanti e mascherine.

In tale contesto, in data 25 febbraio, il Dipartimento di Protezione civile stabilisce ulteriori disposizioni in materia di acquisizioni dei dispositivi di protezione individuale ove si prevede:

"1. Al fine di garantire il tempestivo ed efficace superamento del contesto di criticità di cui in premessa, anche in ragione dell'aggravamento del medesimo, il Dipartimento della protezione civile provvede, in ragione dei fabbisogni rappresentati dai soggetti [omissis], all'acquisizione dei dispositivi di protezione individuali (DPI) così come individuati dalla circolare del Ministero della salute prot. n. 4373 del 12 febbraio 2020. Gli ordini di acquisto del Dipartimento della protezione civile e delle Amministrazioni di cui al comma 2 hanno priorità assoluta rispetto ad ogni altro ordine anche già emesso. È inoltre fatto divieto di esportare DPI fuori dal territorio nazionale senza previa autorizzazione del Dipartimento della protezione civile;

2. Le amministrazioni del Comparto della sicurezza, della difesa e del soccorso pubblico ed il Ministero della salute provvedono direttamente ed autonomamente alle acquisizioni dei dispositivi di cui al comma 1 previa autorizzazione del Dipartimento della protezione civile, ferma restando la possibilità delle regioni e province autonome di acquistare direttamente".

Tale ordinanza viene poi superata, in un vorticoso susseguirsi di decisioni, due giorni dopo, dalla n. 640 del 27 febbraio.

Il 27 febbraio l'OMS pubblica delle linee guida ad interim, sul *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease*, per l'uso razionale di equipaggiamento, di dispositivi di protezione individuale e ribadisce che per le persone asintomatiche non si raccomanda alcun tipo di mascherina, in quanto tale misura non risulta essere indicata e favorisce un falso senso di sicurezza che può portare a negligenza di altre essenziali misure di prevenzione.

È doveroso evidenziare che, come si desume dal verbale della seduta del 29 febbraio, il CTS prende atto della richiesta della Regione Lombardia pervenuta all'ISS, tesa a valutare l'appropriatezza dell'uso delle mascherine chirurgiche per gli operatori sanitari, oltre che per i pazienti, in mancanza di modelli FFP3 e FFP2, osservando le disposizioni del suddetto documento dell'OMS "*Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance*", il quale indica diverse tipologie di dispositivi di protezione, diverse procedure di utilizzo e diverse "tipologie" di operatori sanitari. Tuttavia, a tale presa d'atto non corrisponde, una scelta del Governo in ordine all'approvvigionamento di mascherine FFP3 e FFP2 per la Regione Lombardia.

L'ufficio dell'OMS per l'Italia di Venezia fissa un appuntamento telefonico col l'allora Direttore Generale al Welfare Luigi Cajazzo per la giornata di sabato 7 marzo; alla telefonata prendono parte il dottor Francesco Zambon, responsabile in quel periodo dall'ufficio italiano dell'OMS di Venezia e coordinatore della risposta OMS per le regioni italiane ed Hans Kluge, direttore regionale europeo dell'OMS. Obiettivo di questi contatti era quello di capire quali fossero le necessità delle Regioni più colpite. Per questa ragione, dopo la chiamata col DG Welfare di Regione Lombardia, si tennero, in seguito, altre videochiamate con gli omologhi di altre regioni: Emilia-Romagna, Veneto e Friuli-Venezia Giulia, in particolare.

In questa chiamata il DG Cajazzo descrive la situazione della diffusione del virus in Lombardia in quel momento, che si dimostrava estremamente critica e in ulteriore peggioramento, col rischio, paventato dai dirigenti sanitari regionali, che la Regione, alla fine del mese di marzo, non sarebbe stata più in grado di assorbire, con i suoi posti letto, la richiesta di posti in Terapia Intensiva (TI).

Il DG Welfare Lombardia rimarca in quell'occasione come l'estrema criticità della situazione in Regione richieda una risposta immediata e adeguate misure che potevano essere garantite solo dall'azione del Governo centrale. È da qui che Regione Lombardia chiede espressamente un intervento immediato e più restrittivo in termini di misure da adottare, anche con l'utilizzo dell'Esercito e delle forze di polizia, ove necessario.

In particolare, si chiedeva:

la chiusura dei confini della Lombardia, sulla scia di quanto già fatto in undici comuni di Lombardia e Veneto, in cui era stata già applicata una "zona rossa"; il prolungamento della chiusura di scuole, uffici, bar, ristoranti, palestre e altre *leisure facilities*;

la promozione dello *smart working*, di misure di distanziamento sociale e di una appropriata e chiara campagna informativa che invitasse tutte le persone di 65 e più anni a stare a casa.

Il DG Welfare Lombardia chiede al Direttore per l'Europa dell'OMS Kluge di assicurare altresì che le esigenze delle regioni fossero prese in considerazione in sede di confronto fra le istituzioni europee e il Governo nazionale.

Il dott. Kluge risponde informando che è in corso l'organizzazione di un incontro col Ministro della Salute, Roberto Speranza, e col Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte.

La sera di sabato 7 marzo il dott. Kluge comunica al dott. Zambon di verificare se la richiesta di chiusura dei confini regionali della Lombardia sia scientificamente giustificabile. Pochi minuti dopo il dott. Kluge chiede al dott. Mike Ryan, massimo esperto di epidemie dell'OMS, se l'adozione delle misure più restrittive richieste dalla Regione Lombardia – consistenti, soprattutto, nella chiusura dei confini regionali – fosse ancora scientificamente giustificata o se fosse, ormai, troppo tardi. La risposta di Mike Ryan arrivò a stretto giro. Egli, alla domanda se si potesse immediatamente suggerire al Governo un provvedimento di immediata chiusura dei confini regionali lombardi, rispose negativamente: una decisione di quella portata – scrisse - avrebbe avuto bisogno di una discussione molto cauta e avrebbe avuto bisogno di essere supportata da tutta l'evidenza scientifica possibile. Aggiunse che l'OMS non poteva farsi coinvolgere, in ragione della sua posizione di terzietà ed indipendenza, da meccanismi propri della politica interna italiana; inoltre non c'erano dati a sufficienza per poter decidere e mancava una adeguata

comprensione del contesto locale. Quest'ultimo punto della motivazione di Ryan è giudicato particolarmente arbitrario: in quel momento, infatti, non ci poteva essere nessuna comprensione del contesto, considerato che il Covid-19 non lo conosceva ancora nessuno.

Come testimoniato durante l'audizione del dottor Zambon, alle 21:45 del 7 marzo, il dottor Ranieri Guerra, all'epoca dei fatti direttore vicario dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, comunica di condividere le obiezioni di Ryan. Egli, in particolare, sottolinea come le regioni del nord Italia particolarmente colpite dalla presenza del virus sul loro territorio – Lombardia e Veneto – fossero tutte amministrate da forze politiche di opposizione rispetto a quelle in quel momento al Governo. Se l'OMS avesse esercitato pressioni sul Governo italiano, sostiene, si sarebbe fatto coinvolgere in una battaglia politica interna all'Italia. L'OMS – aggiunge - poteva decidere solo sulla base della scienza.

Tali circostanze denotano il totale fallimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, organismo preposto alla tutela della salute pubblica che, in quanto tale, non può e non deve conoscere colori politici. A ciò si aggiunga la totale incomprensione, da parte dell'OMS Europa, di quanto stava accadendo nella nostra Regione. Se è vero che mentre qui si combatteva e si moriva, negli uffici di Copenaghen si evocava "l'evidenza scientifica", superata – ahimè – dall'evidenza di una epidemia senza precedenti.

Nella seduta del 6 marzo il CTS individua le zone cui applicare misure di contenimento della diffusione del virus più rigorose rispetto a quelle da applicarsi nell'intero territorio nazionale, ossia: Regione Lombardia e Province di Parma, Piacenza, Rimini, Reggio Emilia, e Modena; Pesaro Urbino; Venezia Padova e Treviso, Alessandria e Asti. Individua, inoltre, confermando l'utilità di tutte le misure di carattere nazionale già individuate dal D.P.C.M. 4 marzo 2020, ulteriori misure di contenimento del virus da applicarsi sull'intero territoriale nazionale.

Dalla lettura dei fatti raccolti nel corso dei lavori della Commissione appare quindi evidente come l'OMS abbia, sin dalle prime manifestazioni del virus in Cina, totalmente disatteso alla sua funzione.

PROFILASSI INTERNAZIONALE: LA MANCATA APPLICAZIONE DEL PRINCIPIO DI LEALE COLLABORAZIONE

Come evidenziato nel paragrafo precedente, il 9 gennaio la Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute emana la prima circolare - la n. 445/2020 - avente ad oggetto "Polmonite da eziologia sconosciuta - Cina".

Il 22 gennaio, il Ministro della Salute attiva la *task force* dell'emergenza con il compito di coordinare ogni iniziativa relativa al fenomeno del Coronavirus 2019-nCov. La *task force* è presieduta dal Ministro ed è composta dalla Direzione Generale della prevenzione e della programmazione delle professioni sanitarie e altre Direzioni Generali, dai Carabinieri NAS, dall'Istituto Spallanzani, dagli uffici della sanità marittima e di frontiera del Ministero della salute, gli USMAF, da AIFA, AGENAS, con il coinvolgimento di enti e istituzioni competenti per materia, prima fra tutte naturalmente le Regioni, la Protezione civile, lo Stato maggiore della Difesa, le autorità competenti per il traffico aereo e il controllo delle frontiere e anche gli ordini professionali.

Sempre il 22 gennaio la Direzione Generale Prevenzione emana una nuova circolare, la n. 1997, recante le prime indicazioni operative per l'individuazione e la gestione dei casi. In particolare, viene data una definizione di "caso", vengono fornite indicazioni per la raccolta e l'invio di campioni biologici, viene predisposta una scheda per la notifica dei casi. È definita dal Ministero della salute, con il concorso delle Regioni e Province autonome, una rete di 31 laboratori con capacità diagnostiche per effettuare i necessari accertamenti nei casi sospetti di infezione da SARS-CoV-2 secondo le indicazioni dell'OMS. Regione Lombardia, in maniera sempre molto tempestiva, come testimoniato nel corso delle audizioni con i Direttori generali delle ATS e delle ASST maggiormente colpite, ha raccolto, recepito e inviato ai vari soggetti del sistema tutte le circolari ministeriali. In particolare, la circolare del 22 di gennaio ribadisce l'indicazione con la quale si declina operativamente come gestire i casi cosiddetti "sospetti": il tampone va effettuato alle persone che arrivano da una parte specifica della Cina e a coloro che hanno alcune polmoniti, non meglio identificabili.

Il 24 gennaio la Direzione della Prevenzione del Ministero manda una nuova circolare, la n. 2265, che reca "*Indicazioni operative per il monitoraggio dello stato di salute dei passeggeri su voli con provenienza dalla Cina*".

Il 25 gennaio il Ministro adotta una ordinanza con la quale vengono introdotte misure di sorveglianza sanitaria relative ai viaggiatori che sbarcano in Italia, provenienti da paesi in cui si è verificata una trasmissione autoctona.

Il 27 gennaio, con circolare n. 2302, la Direzione Generale della Prevenzione del Ministero dirama, sulla base dell'evoluzione della situazione epidemiologica e delle conoscenze scientifiche disponibili, la nuova definizione di "caso sospetto". Di fatto con questa circolare si circoscrivono le indicazioni per essere sottoposti a tampone: in particolare tale esame viene previsto per chi arriva dalla Cina o chi è in contatto con soggetto che arriva dalla Cina. Sparisce, in pratica, l'ipotesi B della circolare del 22.1.20, ovvero quella più "aperta" che faceva riferimento ai casi con decorso clinico anomalo e senza storie di viaggi (quella, per essere chiari, che ha poi riguardato il paziente 1).

Il 30 gennaio in Italia si accertano i primi due casi di positività, due turisti cinesi ricoverati all'ospedale Spallanzani. È adottata a questo punto l'ordinanza del Ministro della Salute, "*Misure profilattiche contro il nuovo coronavirus*", che prescrive l'interdizione del traffico aereo dalla Cina.

Il 31 gennaio il Consiglio dei Ministri delibera lo stato di emergenza per sei mesi. La Direzione Generale della Prevenzione adotta una circolare, protocollo n. 2993, sulla gestione dei casi confermati e delle persone che sono state in contatto con i casi individuati.

Il giorno successivo viene emessa una circolare, contenente indicazioni per gli studenti rientranti dalla Cina. Al suo interno, si ribadisce il parere del Centro europeo per il Controllo delle Malattie, che indica – a patto che i casi sospetti vengano individuati tempestivamente e gestiti in maniera appropriata – come molto bassa o bassa la probabilità di osservare casi di infezione da SARS-COV2, a seguito di contatti interumani, all'interno dell'Unione europea. Vengono, inoltre, date indicazioni ai dirigenti scolastici per il trattamento dei bambini rientranti dalla Cina. Tali indicazioni riguardano la gestione dei soggetti asintomatici che devono frequentare le comunità scolastiche senza restrizioni, ed in particolare prevede che sui bambini il personale scolastico presti

“particolare attenzione a favorire l'adozione di comportamenti atti a ridurre la possibilità di contaminazione con secrezioni delle vie aeree, anche attraverso oggetti (giocattoli, matite)”.

Il 3 febbraio il capo del Dipartimento della Protezione civile assume il coordinamento dell'emergenza (con l'ordinanza n. 630) e istituisce il Comitato Tecnico Scientifico. Nella stessa data il Presidente Fontana, insieme ai colleghi Presidenti delle regioni Veneto e Friuli-Venezia-Giulia e della Provincia di Trento, scrive una lettera al Ministro della Salute Roberto Speranza in cui si chiede che venga presa in considerazione la possibilità di integrare la Circolare precedente, prevedendo un ulteriore elemento di tutela verso i bambini che frequentano i servizi educativi per l'infanzia e gli studenti soggetti ad obbligo scolastico, italiani e non, prevedendo, in via del tutto precauzionale, un periodo di 14 giorni di isolamento prima del rientro a scuola da parte degli studenti giunti in Italia dalle aree affette della Cina.

Una richiesta che viene respinta, a mezzo stampa, dal Presidente del Consiglio dei ministri Giuseppe Conte: *“Ci dobbiamo fidare delle autorità scolastiche e sanitarie, se ci dicono che non ci sono le condizioni per il provvedimento in discussione invito i governatori del nord a fidarsi di chi ha specifica competenza. [...] non ci sono i presupposti per allarme o panico. Chi ha ruoli politici, ha anche il dovere, la responsabilità di dare messaggi di tranquillità e serenità. La situazione è sotto controllo.”.*

Da questo momento appare evidente come si profili l'inizio del deterioramento dei rapporti istituzionali tra il Governo centrale e i Presidenti delle Regioni, un fatto che, come si vedrà nelle fasi successive, inciderà in maniera significativa sulle azioni successive della pandemia.

IL PIANO PANDEMICO E IL “PIANO OPERATIVO SEGRETO” DEL GOVERNO

Il piano pandemico nazionale previsto per la gestione del virus influenzale risale al 2006 e non è stato mai aggiornato dal Ministero della salute prima del gennaio 2021, allorquando è stato pubblicato il nuovo Piano Pandemico Influenzale.

Va subito chiarito, anche se trattasi di circostanza lampante, che il Piano Pandemico deve essere attivato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dai singoli Stati, che ne devono dichiarare la relativa fase. Tanto si legge nel Piano pandemico influenzale del 2006, al paragrafo 5.2 *“Procedure per la dichiarazione delle fasi. La comunicazione/dichiarazione di fase incluso l'incremento o il depotenziamento, sarà fatta dal Direttore Generale dell'OMS, in accordo con i regolamenti esistenti che governano la notifica e il controllo delle malattie infettive (ad es. il regolamento Sanitario Internazionale) e, se necessario, in consultazione con altre Organizzazioni e Istituzioni. A livello nazionale, l'informazione sulla dichiarazione di fase dell'OMS e sul corrispondente livello di allerta nel Paese verrà data dal Ministro della Salute...”.* E, d'altra parte, ogni diversa soluzione sarebbe illogica: il significato della stessa parola “pandemia” (dal greco *pan-demios*, di tutte le persone, di tutta la popolazione) indica l'assenza di confini geografici precisi, il che richiede interventi a livello sovranazionale o almeno nazionale. Difatti anche il nuovo Piano Pandemico, a pag. 37, ribadisce tale impostazione, prevedendo che *“La comunicazione/dichiarazione di fase della pandemia influenzale, incluso l'incremento o il depotenziamento, sarà effettuata dal Direttore*

Generale dell'OMS, in accordo con i regolamenti esistenti che governano la notifica e il controllo delle malattie infettive (es. RSI) e, se necessario, in consultazione con altre Organizzazioni e Istituzioni. A livello nazionale, l'informazione sulla dichiarazione di fase dell'OMS e sul corrispondente livello di allerta nel Paese verrà data dal Ministro della Salute".

Sulla esclusiva competenza statale in ordine all'attivazione del Piano pandemico pare essersi pronunciato anche un magistrato distaccato presso il Ministero della salute, il dott. Ruggero, al quale aveva chiesto parere il capo di Gabinetto del Ministro dott. Zaccardi. Di tale parere ha dato notizia la trasmissione televisiva Report nella puntata dell'8.11.2021, mostrando anche ampi stralci del documento, fino a quel momento sconosciuto.

Ebbene, nessuna articolazione del Governo italiano ha mai pensato di applicare il Piano pandemico 2006, nemmeno a seguito della proclamazione dello stato di emergenza, ovvero il massimo livello di allarme possibile, il 31 gennaio 2020. Ed anzi, il Ministro della Salute Roberto Speranza, ospite della trasmissione televisiva "In mezz'ora" del 18.4.2021, dichiarava a Lucia Annunziata: *"Il piano pandemico anti influenzale risale al 2006 e si riteneva andasse bene". Io sono stato il ministro che lo ha aggiornato. Dal 2006 nessuno lo ha mai aggiornato, ma sarebbe stato comunque un piano antinfluenzale non relativo al Covid. A marzo scorso noi abbiamo costruito un piano specifico contro il Covid e nel frattempo abbiamo approvato anche il nuovo piano pandemico antinfluenzale. Secondo i nostri tecnici non era sufficiente per il Covid e così ne abbiamo messo a punto uno specifico contro il Covid. Abbiamo scelto di mettere in campo uno strumento operativo nuovo, specificamente costruito per una situazione virale nuova, per il Coronavirus".*

In una intervista al quotidiano La Repubblica del 5 settembre 2020, Agostino Miozzo, coordinatore del CTS nazionale, così rispondeva alla domanda *"Esisteva un Piano pandemico generale al 7 febbraio, prima riunione del Cts?"*: *"No, e questa è stata la grande debolezza del Ministero della salute. Non esisteva una previsione di mascherine necessarie, posti letto da liberare. Soprattutto, non c'erano scorte. Il Paese partiva da zero e noi, da zero, dovevamo preparare in tutta fretta un Piano anti-Covid da utilizzare subito".*

Il piano pandemico, quindi, è stato scientemente accantonato perché ritenuto non idoneo dai vertici del Ministero e del CTS. Eppure, come testimoniato nel corso delle audizioni, seppur obsoleto, al proprio interno prevedeva molte indicazioni che sarebbero state ugualmente utili. Ad esempio, si sottolinea come la prima azione chiave presente all'interno degli obiettivi del documento fosse quella di migliorare la sorveglianza epidemiologica e virologica. Un obiettivo finalizzato a confermare e descrivere rapidamente i casi, in modo da riconoscere tempestivamente l'inizio della pandemia. Sorveglianza che, peraltro, è stata prontamente effettuata dal Sistema sanitario lombardo, come si avrà modo di illustrare meglio in seguito.

Tornando alla mancata applicazione del Piano pandemico del 2006, si è trattato, evidentemente, di una scelta, come ha dichiarato il Ministro della Salute. E, con tutta probabilità, di una scelta ragionata. È noto, infatti, che il Piano Pandemico italiano non fosse aggiornato neppure al Regolamento sanitario internazionale del 2005, ratificato dall'Italia nel 2007, né, ovviamente,

alle ultime direttive dell'OMS del 2013¹ e del 2017² che, ad esempio, prevedono 4 fasi e non 6 (come nel Piano Pandemico influenzale italiano del 2006). Sono, questi, elementi denunciati pubblicamente dal Generale Pier Paolo Lunelli, consulente del Comitato che rappresenta un gruppo di parenti di persone decedute per Covid nella provincia di Bergamo. Di seguito, lo stralcio di un articolo di stampa apparso su "Il Sussidiario" del 14.8.2020.

"Sarebbe stato un piano anti-pandemia del tutto obsoleto a provocare in Italia migliaia di morti da Coronavirus. È quanto rivela un report choc di 65 pagine che sarà presentato presto in Procura e compilato dal generale dell'esercito in pensione, Pier Paolo Lunelli – e di cui sarebbe entrato in possesso il The Guardian – dal quale emerge un Paese del tutto impreparato ad affrontare una pandemia dal momento che aveva "un piano vecchio e inadeguato" che "non fa menzione di scenari e presupposti progettuali".

Dalla lettura dei verbali del CTS nazionale emerge quanto ha dichiarato pubblicamente il Ministro Speranza, ovvero che i tecnici del Ministero e del CTS stavano lavorando ad un piano anti-Covid.

Fin dal 10 febbraio, infatti, il CTS aveva sottolineato l'importanza di un piano strategico per la gestione dell'emergenza.

Nel verbale del 10 febbraio 2020 si legge: *"Per i piani strategici di gestione dell'eventuale scenario pandemico sul territorio nazionale viene costituito un gruppo di esperti a supporto del CTS con il compito di effettuare una ricognizione delle strutture, attrezzature e staff ad oggi disponibile presso il servizio sanitario nazionale produrre i modelli di risposta ai diversi scenari possibili che costituiscono la base per qualsiasi attività di programmazione".*

Quindi, il 10 febbraio, il Ministero della salute non aveva ancora quantificato le risorse strutturali e umane per fronteggiare l'emergenza.

Nel verbale del 12.02.2020 il CTS, nel prendere atto della presentazione del prof. Merler (previsione di morti compresi tra 35.000 e 60.000 in Italia) nonché dei dati forniti dalla DG Programmazione sanitaria del Ministero della Salute circa l'offerta ospedaliera sul territorio nazionale, afferma che *"è stato dato mandato ad un gruppo di lavoro interno al CTS di produrre, entro una settimana, una prima ipotesi di piano operativo di preparazione e risposta ai diversi scenari di possibile sviluppo di un'epidemia da 2019 nCov".*

Nel verbale del 24.02.2020, data nella quale era già iniziata la diffusione dell'epidemia in Lombardia e ben al di là della settimana entro la quale, il 12 febbraio, si raccomandava la definizione del piano operativo, è scritto: *"2. Piano di organizzazione della risposta dell'Italia in caso di epidemia. Il documento deve essere completato. Rimane in discussione la parte del piano relativa all'allestimento delle rianimazioni; argomento che sarà sottoposto ad esperti di settore per un parere. Il CTS su questo punto si pone il problema della diffusione del documento, della destinazione dello stesso e quale livello di riservatezza dedicargli. Vi è consenso nel raccomandare la massima cautela nella diffusione del documento onde evitare che i numeri arrivino alla stampa".*

Del Piano si torna a parlare nella riunione del Comitato del 02.03.2020. Si legge nel verbale: *"Circa il Piano di organizzazione della risposta dell'Italia in caso di epidemia il CTS concorda di adottarlo nella versione finale; il Piano sarà*

¹ Pandemic Influenza Risk Management WHO Interim Guidance, June 2013

² Pandemic Influenza Risk Management A WHO guideto inform & harmonize national & international pandemic preparedness and responde, 2017.

sottoscritto da tutti coloro che hanno contribuito al lavoro di ricerca, sarà successivamente validato dal CTS e presentato attraverso Coordinatore degli interventi ex OCDPC 630/2020 dott. Angelo Borrelli all'On. Ministro Speranza. Il CTS sottolinea la necessità di mantenere "riservato" il contenuto del piano".

Il 4 marzo il CTS si occupa ancora del Piano. Nel verbale di quel giorno è scritto: "in apertura, il CTS affronta il tema del "Piano di organizzazione della risposta dell'Italia in caso di epidemia", redatto dall'Istituto Superiore di Sanità d'intesa con il Ministero della Salute e l'ospedale Spallanzani di Roma. Alla luce dello stato attuale dell'epidemia e dei dati disponibili sul territorio nazionale. Il CTS invita l'ISS ad aggiornare il Piano in considerazione dell'avvenuta evoluzione della dinamica epidemiologica nel Paese anche in base alla genetica dei ceppi individuati in Italia nelle ultime due settimane. Resta inteso che il documento dovrà essere considerato secretato".

In sintesi, quindi, il 24 febbraio si raccomanda di definire il Piano; il 2 marzo si concorda di adottarlo; il 4 marzo si stabilisce di aggiornarlo. E sempre si raccomanda che lo stesso deve essere secretato.

Di questo Piano le Regioni non hanno mai avuto notizia. Della sua supposta esistenza si è appreso nel mese di aprile 2020, a seguito di una intervista rilasciata al Corriere della Sera dal Direttore Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, Andrea Urbani.

Corriere della Sera, 21 aprile 2020

Coronavirus, «Da gennaio c'è un piano segreto: troppo drammatico per dirlo»

Urbani, DG del Ministero della salute, respinge le accuse di ritardi del governo. Non c'è stato alcun vuoto decisionale: la linea è stata di non spaventare i cittadini e lavorare per contenere il contagio
di Monica Guerzoni

Dal Ministero della salute è uscito a gennaio un «piano nazionale di emergenza» per contrastare il coronavirus. In quelle pagine sono scritti gli orientamenti programmatici che hanno ispirato le scelte del governo. Il documento contiene tre scenari per l'Italia, uno dei quali troppo drammatico per essere divulgato senza scatenare il panico tra i cittadini. Per questo il piano è stato secretato.

Se la più fosca delle previsioni non si è realizzata, è perché il governo ha scelto, anche se gradualmente, di chiudere i battenti del Paese e imporre il distanziamento sociale. È questa la spiegazione che arriva dai tecnici del Ministero della salute dopo l'inchiesta del Corriere, che ha ricostruito un mese di ritardi nella gestione dell'emergenza. «Non c'è stato nessun vuoto decisionale - risponde Andrea Urbani, direttore generale della Programmazione sanitaria -. Già dal 20 gennaio avevamo pronto un piano secretato e quel piano abbiamo seguito. La linea è stata non spaventare la popolazione e lavorare per contenere il contagio».

Il Presidente Fontana ha chiesto, con nota formale indirizzata al Presidente del Consiglio dei ministri, di avere copia del suddetto Piano. La richiesta è rimasta priva di riscontro.

Nei giorni successivi il Ministro della Salute ha affermato che Le Regioni sapevano del Piano, posto che, all'interno del CTS sedeva Alberto Zoli, DG di Areu Lombardia. Ma Zoli nulla aveva rivelato a Regione Lombardia, avendo assunto precisi obblighi di riservatezza.

Affari Italiani, 8 settembre 2020

Coronavirus, Zoli: "Piano segreto? Sapevo tutto. Ma non potevo dirlo a Fontana"

Il membro del Cts e direttore dell'azienda regionale per le emergenze della Lombardia: "Sul dossier del piano segreto avevo firmato un patto di riservatezza".

Da quanto è dato capire, il CTS ha avuto la consapevolezza di trovarsi di fronte a un virus emergente, pur essendo evidenti i punti di contatto con il virus influenzale, tant'è che sono state ritenute comunque applicabili le ordinarie misure di sanità pubblica. Vi è stata, tuttavia, consapevolezza delle differenze tra l'influenza stagionale e altri agenti virali causa di infezioni respiratorie, come ad esempio il Coronavirus, avendo contezza che un virus nuovo ha livelli di incertezza e pericolosità maggiori rispetto a virus già noti e responsabili di pandemia.

Con il passare del tempo sono emerse le differenze rispetto all'individuazione dei casi di positività del SARS-CoV-2 con altre epidemie da Coronavirus; la prima si è dimostrata più difficoltosa per due motivi: in primo luogo, i casi di SARS erano in gran parte gravi e quindi facilmente identificabili, mentre con il SARS-CoV-2 sono frequenti i casi asintomatici e paucisintomatici. In secondo luogo, il picco di contagiosità della SARS avveniva circa una settimana dopo la comparsa dei sintomi, quindi si faceva in tempo a isolare i pazienti prima che diventassero contagiosi, mentre per SARS-CoV-2 coincide con la comparsa dei sintomi o addirittura li anticipa.

Ciò che è gravissimo è che il CTS abbia elaborato un piano di risposta al Covid senza informare le Regioni e abbia occultato alle Regioni stesse le proiezioni drammatiche del prof. Merler del 12 febbraio. Se l'intento era quello di non diffondere il panico nella popolazione, almeno i vertici regionali avrebbero dovuto essere informati.

Ciò detto, va ricordato che, pur in assenza dell'attivazione formale del Piano Pandemico Nazionale da parte del Ministero della salute, gli interventi messi in atto dalla nostra Regione hanno comunque rispettato l'articolazione fondamentale del Piano Pandemico Regionale del 2006 che prevedeva l'incremento della sorveglianza epidemiologica con monitoraggio dell'andamento dei casi, l'adozione di misure di prevenzione e controllo dell'infezione in relazione alle caratteristiche del virus e della storia clinica della patologia, la garanzia del trattamento e dell'assistenza, la messa a punto di piani di emergenza per mantenere i servizi sanitari ed altri servizi essenziali, il rinforzo della formazione, le strategie di comunicazione e il monitoraggio dell'efficacia delle misure intraprese.

Si è trattato in sintesi di utilizzare, del sistema di preparazione, quegli elementi comuni rispetto ai quali attivare la risposta da modellare in funzione della specificità del patogeno emergente.

La DG Welfare di Regione Lombardia ha elaborato una corposa ricostruzione di tutti i provvedimenti adottati, a partire dalla sorveglianza influenzale avviata nel dicembre 2019, e ne ha dimostrato la coerenza con l'articolazione del Piano Pandemico Influenzale.

ATTIVAZIONE C.D. "ZONE ROSSE": ANALISI DELLE COMPETENZE E DELL'EVOLUZIONE NORMATIVA

Ulteriore punto di analisi da parte della Commissione d'Inchiesta è stata la competenza rispetto all'istituzione delle cd "zone rosse": aree in cui, per evitare l'ulteriore trasmissione del virus, si è limitata la libertà di circolazione dei residenti all'interno del territorio individuato dal provvedimento.

Nell'articolo 117 lettera q) della Carta costituzionale è specificato come lo Stato abbia legislazione esclusiva in materia di "profilassi internazionale", una dizione la cui interpretazione ha dato luogo anche a interventi importanti della Corte costituzionale.

Si ritiene utile, sul punto, riportare uno stralcio della sentenza n. 37 del 12 marzo 2021 con cui la Corte costituzionale ha dichiarato costituzionalmente illegittime diverse disposizioni della legge della Regione Valle d'Aosta 9 dicembre 2020, n. 11, recante *"Misure di contenimento della diffusione del virus SARS-COV-2 nelle attività sociali ed economiche della Regione autonoma Valle d'Aosta in relazione allo stato d'emergenza"*.

7.- Venendo al merito del ricorso, deve ribadirsi quanto già deciso nella fase cautelare, ovvero che la materia oggetto dell'intervento legislativo regionale ricade nella competenza legislativa esclusiva dello Stato a titolo di «profilassi internazionale» (art. 117, secondo comma, lettera q, Cost.), che è comprensiva di ogni misura atta a contrastare una pandemia sanitaria in corso, ovvero a prevenirla.

La malattia da COVID-19, infatti, è notoriamente presente in tutto il mondo, al punto che fin dal 30 gennaio 2020 l'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato l'emergenza di sanità pubblica di rilievo internazionale, approfondendo in seguito raccomandazioni dirette alle autorità politiche e sanitarie degli Stati.

Questa Corte ha già ritenuto che la profilassi internazionale concerne norme che garantiscano «uniformità anche nell'attuazione, in ambito nazionale, di programmi elaborati in sede internazionale e sovranazionale» (sentenza n. 5 del 2018; in precedenza, sentenze n. 270 del 2016, n. 173 del 2014, n. 406 del 2005 e n. 12 del 2004).

Del resto, è ovvio che ogni decisione di aggravamento o allentamento delle misure di restrizione ricade sulla capacità di trasmissione della malattia oltre le frontiere nazionali, coinvolgendo così profili di collaborazione e confronto tra Stati, confinanti o meno.

Non a caso, fin dagli artt. 6 e 7 della citata legge n. 833 del 1978, la profilassi internazionale e la «profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie» sono state qualificate quali materie tra loro strettamente legate, affidate alla competenza dello Stato, per quanto la seconda di esse poi delegata alle Regioni. Ciò che, pertanto, non esclude un ri-accentramento dell'insieme di tali funzioni, ove la pandemia imponga politiche sanitarie comuni.

Il nuovo art. 117, secondo comma, Cost. ha perciò confermato, con la menzionata norma di cui alla lettera q), nella sfera della competenza legislativa esclusiva dello Stato la cura degli interessi che emergono innanzi ad una malattia pandemica di larga distribuzione geografica, ovvero tale da

dover essere reputata "internazionale", sulla base della diffusività che la connota.

Né tale competenza ha tratti di trasversalità, come obietta la difesa regionale, per inferirne che essa si limiterebbe a sovrapporsi alla disciplina legislativa regionale altrimenti competente. La materia della profilassi internazionale ha infatti un oggetto ben distinto, che include la prevenzione o il contrasto delle malattie pandemiche, tale da assorbire ogni profilo della disciplina.

7.1.– A fronte di malattie altamente contagiose in grado di diffondersi a livello globale, «ragioni logiche, prima che giuridiche» (sentenza n. 5 del 2018) radicano nell'ordinamento costituzionale l'esigenza di una disciplina unitaria, di carattere nazionale, idonea a preservare l'uguaglianza delle persone nell'esercizio del fondamentale diritto alla salute e a tutelare contemporaneamente l'interesse della collettività (sentenze n. 169 del 2017, n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002).

Accade, infatti, che ogni decisione in tale materia, per quanto di efficacia circoscritta all'ambito di competenza locale, abbia un effetto a cascata, potenzialmente anche significativo, sulla trasmissibilità internazionale della malattia, e comunque sulla capacità di contenerla. Omettere, in particolare, di spezzare la catena del contagio su scala territoriale minore, mancando di dispiegare le misure a ciò necessarie, equivale a permettere che la malattia dilaghi ben oltre i confini locali e nazionali.

Né si tratta soltanto di questo. Un'azione o un coordinamento unitario può emergere come corrispondente alla distribuzione delle competenze costituzionali e alla selezione del livello di governo adeguato ai sensi dell'art. 118 Cost., per ogni profilo di gestione di una crisi pandemica, per il quale appaia invece, secondo il non irragionevole apprezzamento del legislatore statale, inidoneo il frazionamento su base regionale e locale delle attribuzioni.

Tale conclusione può dunque concernere non soltanto le misure di quarantena e le ulteriori restrizioni imposte alle attività quotidiane, in quanto potenzialmente fonti di diffusione del contagio, ma anche l'approccio terapeutico; i criteri e le modalità di rilevamento del contagio tra la popolazione; le modalità di raccolta e di elaborazione dei dati; l'approvvigionamento di farmaci e vaccini, nonché i piani per la somministrazione di questi ultimi, e così via. In particolare, i piani di vaccinazione, eventualmente affidati a presidi regionali, devono svolgersi secondo i criteri nazionali che la normativa statale abbia fissato per contrastare la pandemia in corso.

Ognuno di tali profili è solo in apparenza confinabile ad una dimensione territoriale più limitata. Qualora il contagio si sia diffuso sul territorio nazionale, e mostri di potersi diffondere con tali caratteristiche anche oltre di esso, le scelte compiute a titolo di profilassi internazionale si intrecciano le une con le altre, fino a disegnare un quadro che può aspirare alla razionalità, solo se i tratti che lo compongono sono frutto di un precedente indirizzo unitario, dotato di una necessaria visione di insieme atta a sostenere misure idonee e proporzionate.

7.2.– Il Servizio sanitario nazionale è «costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività [di Stato, Regioni ed enti locali territoriali] destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica» (art. 1, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n.

833, recante «Istituzione del Servizio sanitario nazionale»). Le autonomie regionali, ordinarie e speciali, non sono quindi estranee alla gestione delle crisi emergenziali in materia sanitaria, in ragione delle attribuzioni loro spettanti nelle materie "concorrenti" della tutela della salute e della protezione civile. In particolare, spetta anche alle strutture sanitarie regionali operare a fini di igiene e profilassi, ma nei limiti in cui esse si inseriscono armonicamente nel quadro delle misure straordinarie adottate a livello nazionale, stante il grave pericolo per l'incolumità pubblica.

Dal punto di vista storico, peraltro, la profilassi delle malattie infettive è sempre stata appannaggio dello Stato. L'art. 112, comma 3, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59) ha da ultimo confermato, quanto alla sorveglianza e al controllo di epidemie di dimensioni nazionali e internazionali, la competenza statale, pur delegata alle Regioni dall'art. 7, comma 1, lettera a), della menzionata legge n. 833 del 1978.

Se, dunque, sono le strutture sanitarie regionali ad adoperarsi a fini profilattici, resta fermo che, innanzi a malattie contagiose di livello pandemico, ben può il legislatore statale imporre loro criteri vincolanti di azione, e modalità di conseguimento di obiettivi che la medesima legge statale, e gli atti adottati sulla base di essa, fissano, quando coesenziali al disegno di contrasto di una crisi epidemica.

In definitiva, per quanto fondamentale sia l'apporto dell'organizzazione sanitaria regionale, a mezzo della quale lo Stato stesso può perseguire i propri scopi, il legislatore statale è titolato a prefigurare tutte le misure occorrenti.

8.- Tale distribuzione delle competenze a livello costituzionale, per i casi in cui si manifesti un'emergenza pandemica, ha trovato tradizionalmente riscontro nella legislazione, quando si tratta di intrecciare i profili attinenti alla tutela della salute con quelli innescati dalla repentinità ed imprevedibilità della crisi, tanto al suo esordio, quanto nelle successive manifestazioni di essa. La natura globale della malattia impone di rinvenire in tale normativa il riflesso della competenza esclusiva che lo Stato vi esercita.

Fin dall'art. 32 della legge n. 833 del 1978, si è stabilito che il potere di adottare ordinanze contingibili e urgenti in materia di igiene e sanità pubblica spetti a Regioni ed enti locali, esclusivamente laddove l'efficacia di tali atti possa essere garantita da questo livello di governo, posto che compete invece al Ministro della salute provvedere quando sia necessario disciplinare l'emergenza sull'intero territorio nazionale o su parti di esso comprendenti più Regioni.

Che con tale previsione il legislatore non abbia inteso riferirsi all'ovvio limite territoriale di tutti gli atti assunti in sede decentrata, ma, piuttosto, alla natura della crisi sanitaria da risolvere, viene poi confermato dall'art. 117 del d.lgs. n. 112 del 1998, che modula tra Comune, Regione e Stato gli interventi emergenziali nella materia qui coinvolta, a seconda «della dimensione dell'emergenza e dell'eventuale interessamento di più ambiti territoriali regionali». Tale disciplina ha poi trovato conferma nell'art. 50, comma 5, del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali).

8.1.- Nel vigore del nuovo Titolo V della Parte II della Costituzione, infine, l'indirizzo volto ad adattare il governo dell'emergenza, anche sanitaria, al

carattere locale o nazionale di essa, ha trovato ulteriore sviluppo con il decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1 (Codice della protezione civile).

L'art. 7, comma 1, lettera c), in correlazione con l'art. 24 seguente, radica nello Stato il potere di adottare ordinanze contingibili e urgenti di protezione civile, acquisita l'intesa con le Regioni e le Province autonome «territorialmente interessate», sicché, ancora una volta, è l'eventuale concentrazione della crisi su di una porzione specifica del territorio ad imporre il coinvolgimento delle autonomie quando, pur a fronte di simile localizzazione, l'emergenza assunta ugualmente "rilevo nazionale", a causa della inadeguata «capacità di risposta operativa di Regioni ed enti locali» (sentenza n. 327 del 2003; in seguito, sulla necessità di acquisizione dell'intesa in tali casi, sentenza n. 246 del 2019).

E, nell'analogo contesto normativo tracciato dalla precedente legge 24 febbraio 1992, n. 225 (Istituzione del Servizio nazionale della protezione civile), questa Corte ha avuto modo di ritenere illegittima la legislazione regionale, ove «destinata a incidere sugli effetti prodotti dalle ordinanze emanate» dall'organo statale ai fini della protezione civile, poiché «il legislatore regionale non può utilizzare [...] la potestà legislativa per paralizzare [...] gli effetti di provvedimenti di necessità ed urgenza» (sentenza n. 284 del 2006).

Tale conclusione non può che rafforzarsi a fronte di una pandemia, i cui tratti esigono l'impiego di misure di profilassi internazionale.

9.- Infatti, il modello offerto dalla legislazione vigente, e appena rammentato, se da un lato appare conforme al disegno costituzionale, dall'altro non ne costituisce l'unica attuazione possibile.

È perciò ipotizzabile che il legislatore statale, se posto a confronto con un'emergenza sanitaria dai tratti del tutto peculiari, scelga di introdurre nuove risposte normative e provvedimenti tarate su quest'ultima. È quanto successo, difatti, a seguito della diffusione del COVID-19, il quale, a causa della rapidità e della imprevedibilità con cui il contagio si spande, ha imposto l'impiego di strumenti capaci di adattarsi alle pieghe di una situazione di crisi in costante divenire.

Fin dal decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6 (Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19), convertito, con modificazioni, nella legge 5 marzo 2020, n. 13, il legislatore statale si è affidato ad una sequenza normativa e amministrativa che muove dall'introduzione, da parte di atti aventi forza di legge, di misure di quarantena e restrittive, per culminare nel dosaggio di queste ultime, nel tempo e nello spazio, e a seconda dell'andamento della pandemia, da parte di decreti del Presidente del Consiglio dei ministri.

Allo stato, il quadro normativo vigente si articola soprattutto sul d.l. n. 19 del 2020 e sul d.l. n. 33 del 2020, con i quali una tale sequenza ha trovato ulteriore specificazione.

L'art. 1 del d.l. n. 19 del 2020 reca un vasto insieme di misure precauzionali e limitative, la cui applicazione continua ad essere affidata a D.p.c.m., assunti, dopo aver acquisito il parere dei Presidenti delle Regioni interessate, o, nel caso in cui riguardino l'intero territorio nazionale, del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (art. 2 del d.l. n. 19 del 2020).

Nelle more dell'approvazione di tali decreti, per contenere un aggravamento della crisi, il Ministro della salute può intervenire mediante il citato potere di ordinanza attribuito dall'art. 32 della legge n. 833 del 1978.

L'art. 1 del d.l. n. 33 del 2020 ha poi reputato opportuno attribuire uno spazio di intervento d'urgenza anche ai sindaci (comma 9), e, soprattutto, alle Regioni (comma 16), alle quali, nelle more dell'adozione dei D.p.c.m., compete l'introduzione di «misure derogatorie restrittive rispetto a quelle disposte» dal D.p.c.m., ovvero anche "ampliative", ma, per queste ultime, d'intesa con il Ministro della salute, e nei soli casi e nelle forme previsti dai decreti del Presidente del Consiglio dei ministri.

9.1.- È perciò precipuamente in tali fonti statali ad hoc, e nella successiva produzione legislativa ad esse affine (quale il decreto-legge 5 gennaio 2021, n. 1, recante: «Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19»), che si rende necessario rinvenire il fondamento giuridico dei poteri esercitati da Stato, Regioni ed enti locali per rispondere alla pandemia.

È evidente, dunque, come autorevolmente ricostruito e affermato dal Giudice delle leggi, che le Regioni non hanno alcuna competenza autonoma in materia di profilassi internazionale e che, dunque, le Regioni non possono, di fronte ad un evento pandemico, decidere di adottare provvedimenti limitativi della libertà di circolazione delle persone.

E in effetti, fin dal decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6), convertito, con modificazioni, nella legge 5 marzo 2020, n. 13, il legislatore statale si è affidato ad una sequenza normativa e amministrativa di atti, tutti statali e per lo più in forma di Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, che dispongono misure di quarantena e restrittive della libertà di circolazione, a seconda dell'andamento della pandemia. Il DL 23 febbraio 2020, n. 6 prevede, all'art. 1, una serie dettagliata di misure di contenimento del virus quali, a titolo esemplificativo, il divieto di allontanamento dal comune o dall'area interessata da parte di tutti gli individui comunque presenti nel comune o nell'area; il divieto di accesso al comune o all'area interessata; la sospensione di manifestazioni o iniziative di qualsiasi natura, di eventi e di ogni forma di riunione in luogo pubblico o privato, anche di carattere culturale, ludico, sportivo e religioso, anche se svolti in luoghi chiusi aperti al pubblico; la sospensione dei servizi educativi dell'infanzia e delle scuole di ogni ordine e grado, ecc.

All'art. 3, il medesimo Decreto legge, stabilisce che dette misure "sono adottate, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, sentito il Ministro dell'interno, il Ministro della difesa, il Ministro dell'economia e delle finanze e gli altri Ministri competenti per materia, nonché i Presidenti delle regioni competenti, nel caso in cui riguardino esclusivamente una sola regione o alcune specifiche regioni, ovvero il Presidente della Conferenza dei presidenti delle regioni, nel caso in cui riguardino il territorio nazionale". Sempre all'art. 3, comma 2, si prevede che "Nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 1, nei casi di estrema necessità ed urgenza le misure di cui agli articoli 1 e 2 possono essere adottate ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dell'articolo 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e dell'articolo 50 del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, approvato con decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267".

Successivamente, il DL 25 marzo 2020, n.19, nel confermare l'impianto del precedente DL 6/2020, prevede la proposta dei Presidenti di regione, che prima potevano essere solo "sentiti".

A seguire, il DL 16 maggio 2020, n. 33, introduce uno spazio di manovra solo apparentemente più ampio per i Presidenti delle Regioni i quali, sia pure sempre nelle more tra un D.P.C.M. e l'altro, possono adottare misure derogatorie, sia restrittive sia ampliative ma queste ultime solo d'intesa con il Ministro della Salute e nelle forme fissate dal D.P.C.M..

Ebbene, a fronte di tali provvedimenti d'urgenza, aventi forza di legge, la Presidenza del Consiglio dei ministri ha emanato diversi D.P.C.M., che nella prima fase della pandemia, si collocano nelle seguenti date:

23.2.2020; 25.2.2020; 1.3.2020; 4.3.2020; 8.3.2020; 11.3.2020.

Sei D.P.C.M. in quindici giorni, ovvero uno ogni due giorni e mezzo: il che rendeva, di fatto, inattuabile qualsiasi provvedimento.

Va anche rimarcato che, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, le Regioni non possono mai limitare l'esercizio del diritto al lavoro, in qualunque parte del territorio nazionale. Ne deriva che l'istituzione di zone rosse senza la connessa chiusura delle attività lavorative (come avvenuto, con provvedimento del Governo, per i comuni del lodigiano) avrebbe avuto uno scarso impatto perché non avrebbe bloccato il transito dei lavoratori.

Per di più, il Presidente della Regione non aveva – e non ha - alcun potere di disporre delle Forze di polizia per il presidio delle aree sottoposte a "chiusura".

E d'altra parte, il 25 febbraio il Presidente Conte, in un'intervista a Frontiere (RAI 1) dichiarava: *"Stiamo lavorando per perseguire un coordinamento tramite il braccio armato della Protezione civile, operare un coordinamento che è assolutamente necessario, sono stato molto chiaro con tutti i Presidenti delle Regioni: noi se non siamo coordinati, se non ci muoviamo all'unisono con un criterio di razionalità condiviso non riusciremo ad affrontare in modo efficace e a perseguire l'effetto contenitivo della diffusione del virus che invece vogliamo perseguire. E questa è la ragione per cui domani mattina, ho già fatto vari incontri in videoconferenza con i Governatori, ma domani mattina ho chiamato a raccolta in videoconferenza tutti i Governatori della penisola, anche quelli delle Regioni che in questo momento non sono interessate da episodi di contagio. Dobbiamo perseguire questo coordinamento; dobbiamo muoverci in piena sincronia, con piena condivisione dei mezzi, delle misure e degli obiettivi. E se non riusciremo dovremo, lo dico già pubblicamente, essere pronti ad adottare misure che in qualche modo contengano le prerogative dei singoli Governatori regionali"*.

Il 26 febbraio lo stesso Presidente Conte, dopo le ordinanze adottate dal Comune di Ischia e dalla Regione Marche, addirittura impugnata al TAR, ha, quindi, convocato i Presidenti delle regioni, ribadendo la necessità che ogni intervento locale avrebbe dovuto necessariamente coordinarsi col potere centrale.

Anche il Ministro degli Affari Regionali, Francesco Boccia, sempre il 25 febbraio 2020, ha pubblicamente censurato la decisione assunta dalla Regione Marche, che disponeva la chiusura delle scuole, affermando che *"Con la sua decisione, Ceriscioli si sottrae a quel coordinamento e a quella condivisione fin qui proficuamente portati avanti dal governo insieme a tutte le Regioni e agli Enti locali nel solo ed esclusivo interesse dei cittadini italiani"*;

Il quadro giuridico è quindi chiaro. E chiari sono gli indirizzi del Governo. Ma è certo che Regione Lombardia non attendeva, inerte, le decisioni governative, ma ha sempre chiesto al Governo provvedimenti di chiusura della circolazione e delle attività produttive, specie per le zone più colpite dall'epidemia. Basti ricordare che il 3 marzo 2020 il presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, prof. Brusafiero, contattava sia l'assessore Gallera che il dott. Cajazzo per avere conferma della situazione critica nei comuni di Nembro e Alzano ed entrambi gli esponenti regionali chiedevano la zona rossa per quell'area, richiesta poi fatta propria dal CTS, ma, purtroppo non adottata dal Governo.

Fatti suffragati dall'audizione del Prof. Giovanni Rezza, Responsabile del Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha confermato come il 3 marzo sia stata valutata e discussa l'importante e pericolosa diffusione del virus anche in alcuni paesi della bergamasca. Per questi motivi il Governo si è rivolto al Professor Brusafiero, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, per valutare l'attivazione anche in quelle zone della zona rossa. Questo intervento nei confronti del CTS era ritenuto da Parte dell'ISS particolarmente necessario in ragione della vicinanza di questi comuni a Bergamo, città capoluogo e di grandi dimensioni; una situazione in cui era bene attivare misure di contenimento molto intense.

La stessa richiesta fu formulata al Ministro Speranza nel corso della sua visita in Regione il 4 marzo 2020. Egli rispose che avrebbe immediatamente riferito questa richiesta al Presidente del Consiglio dei ministri e che, nelle successive 48 ore, entro il 5 marzo, nelle zone interessate sarebbero stati inviati i militari.

Successivamente, però, il 7 marzo, l'attivazione della "zona rossa" (intesa come comprensiva del blocco delle attività produttive) è stata sospesa dal Governo; ad essa si è proceduto, sempre di concerto col Ministro della Salute, soltanto il 21 marzo, due settimane dopo rispetto a quanto stabilito inizialmente.

Dalla stampa abbiamo poi appreso che il 5 marzo il Ministro Speranza aveva firmato il Decreto per estendere la zona rossa ai comuni di Alzano e Nembro, ma che lo stesso decreto non fu firmato dal Premier Conte.

Corriere della sera, Edizione Bergamo, 17 luglio 2021

Mancata zona rossa a Nembro e Alzano: Speranza firmò una bozza di decreto, Conte no

Il documento è tra quelli acquisiti dalla Procura di Bergamo: la scelta era di estendere alla Val Seriana il provvedimento già adottato per Codogno di Armando Di Landro

Non c'erano solo i suggerimenti, molto chiari, del Comitato tecnico scientifico. Gli atti per istituire la zona rossa a Nembro e Alzano andarono ben oltre: il 5 marzo il ministro della Salute Roberto Speranza aveva firmato una bozza di decreto per estendere i divieti, già adottati a Codogno, anche ai due Comuni della Val Seriana. La decisione era presa, ma proprio in fondo a quella bozza un campo sarebbe rimasto, per sempre, vuoto: quello riservato alla firma del presidente del Consiglio Giuseppe Conte.

Il documento è stato acquisito dalla Procura di Bergamo. E se sul fronte penale la vicenda della zona rossa mai scattata per contenere il focolaio più devastante d'Italia e d'Europa, rischia di non avere un rilievo, perché si

trattava comunque di una scelta discrezionale delle istituzioni, sotto l'aspetto politico la bozza di decreto rischia di essere un'altra ferita su cicatrici mai del tutto rimarginate: una decisione presa ma poi ritirata, in giorni in cui i numeri di Nembro e Alzano indicavano già un trend tragico.

Solo due esempi, di una consapevolezza che già c'era: il 28 febbraio in una mail alla Regione, il matematico Stefano Merler, consulente dell'Istituto Superiore della Sanità, evidenziava che i numeri della Val Seriana avevano una progressione già più marcata di quelli del Lodigiano. Il 4 marzo, inoltre, il ministro della Salute aveva incontrato a Milano il presidente della Lombardia Attilio Fontana e l'assessore al Welfare Giulio Gallera. In quell'occasione, durante una riunione in cui fu anche registrato un audio (pubblicato un anno fa dal Corriere in esclusiva), il funzionario della Regione Danilo Cereda, aveva detto a chiare lettere che il focolaio di Nembro e Alzano «rischiava di diventare il peggiore di tutti». Il giorno dopo, giovedì 5 marzo, evidentemente per il ministro non c'erano più dubbi. Prima di partire per un viaggio a Bruxelles aveva firmato la bozza di decreto: «Ritenuto, pertanto, di estendere le misure di contenimento del contagio di cui all'articolo 1 del Presidente del Consiglio del 1° marzo (il rinnovo dei divieti a Codogno, ndr) anche ai Comuni di Alzano e Nembro...» era uno dei passaggi. Nelle stesse ore dal ministero dell'Interno erano partiti i radiomessaggi per mobilitare le forze dell'ordine verso la Val Seriana: «Pregasi porre a disposizione questore di Bergamo, dal giorno 6 et fino al 20 marzo, salvo proroghe, rinforzo nr. 100 carabinieri» era una delle disposizioni.

Come e perché la bozza non diventò mai un provvedimento ufficiale, non è chiaro. Già il 2 marzo, durante una riunione informale del Cts, Agostino Miozzo prendeva appunti scrivendo che «il presidente chiede utilizzare con parsimonia le zone rosse». Ieri la vicenda è tornata alla ribalta: il Consiglio di Stato ha concesso la sospensiva su richiesta del ministero dell'Interno contro l'agenzia di stampa Agi, che aveva ottenuto dal Tar di obbligare il governo a rendere pubblici gli atti che avevano riguardato l'invio di forze dell'ordine per Nembro e Alzano. Atti che in buona parte la Procura ha acquisito per le sue indagini.

Ma non basta. Regione Lombardia, come emerso nel corso della audizione del Presidente Fontana, ha anche provato ad ottenere ampia autonomia nello stabilire le "zone rosse". Ed infatti, dopo aver letto il testo del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 ed aver constatato che in Lombardia la presenza del virus era ormai stata accertata in almeno cinque province, e che occorrevano pertanto decisioni celeri e coraggiose, il DG Welfare dell'epoca, dott. Luigi Cajazzo, alle ore 14 circa dello stesso 23.2.2020 inviò al capo della Protezione civile dott. Angelo Borrelli e al Segretario Generale del Ministero della salute dott. Giuseppe Ruocco una mail con un testo delle disposizioni per la Regione Lombardia da adottare ai sensi del Decreto Legge appena emanato. In quel testo il Direttore scrisse che l'identificazione delle zone rosse e gialle doveva essere effettuata dalla Regione sulla base dell'andamento epidemiologico. E a seguire elencava le misure da adottare per ciascuna "zona", comprendenti, ovviamente, per quelle "rosse", la chiusura totale delle relative aree territoriali e la sospensione di ogni attività non essenziale. L'adozione di tale provvedimento avrebbe, in quel momento, consentito la massima celerità ed efficacia delle decisioni.

Sempre in data 22 febbraio, durante le interlocuzioni con il Governo, fatta salva la richiesta assorbente di cui sopra, Regione Lombardia chiese di estendere la zona rossa già prevista per i primi 10 comuni del lodigiano ad altri dodici comuni (Pizzighettone, Turano Lodigiano, Secugnano, Brembio, Gombito, Formigara, Guardamiglio, Santo Stefano Lodigiano, San Rocco al Porto, Corno Giovine, Cornovecchio e Caselle Landi). Richieste vane, se si considera che il 23 febbraio:

- il Ministro della Salute adottò un'ordinanza con la quale, fatto salvo quanto già disposto per i comuni della zona rossa in data 21 febbraio, estendeva al restante territorio della Regione Lombardia alcune misure quali la sospensione dei servizi educativi, delle manifestazioni pubbliche, dei musei e dei cinema.
- Il Presidente del Consiglio dei Ministri adottò un D.P.C.M. con il quale, tra l'altro, vietava l'ingresso e l'uscita dai primi soli 10 comuni del lodigiano oggetto dell'ordinanza del 21.2.2020.

Il 1° marzo, quando già era nota la situazione lombarda, il D.P.C.M. di quel giorno stabilì, oltre alla sospensione, per tutta la Regione Lombardia, delle manifestazioni pubbliche, dei servizi scolastici e delle attività sportive, per le province di Bergamo, Lodi e Cremona la chiusura, nelle giornate di sabato e domenica, delle medie e grandi strutture di vendita e degli esercizi commerciali e dei mercati.

L'8 marzo la Lombardia fu praticamente chiusa, essendo state vietate l'entrata e l'uscita dalla Regione, ma fu revocata la "zona rossa" istituita il 23.2.2020 nei dieci comuni del lodigiano. Le attività produttive furono chiuse per tutto il Paese solo il 22 marzo 2020, con un D.P.C.M. unanimemente definito tardivo e oramai chiaramente inefficace, come emerso durante le audizioni della Commissione.

È evidente che la Giunta regionale abbia seguito e operato nel rispetto della normativa vigente all'epoca dei fatti e che la responsabilità sulla mancata attivazione della zona rossa, nelle aree di Alzano e Nembro, sono da attribuire al Governo centrale. Il quadro normativo precedentemente esposto stabilisce chiaramente l'impossibilità di esercitare con atto unilaterale del Presidente della Regione l'istituzione di una "zona rossa" nei comuni pocanzi citati.

E la Corte costituzionale ha confermato, con la richiamata sentenza n. 37/2021, tale divieto.

VERIFICA, APPROVVIGIONAMENTO E GESTIONE DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

La Commissione ha posto particolare attenzione al tema dei dispositivi di protezione individuale, sulla cui carenza – registrata a livello mondiale – sono sorte aspre polemiche.

Al riguardo, è stato accertato che la Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, fin dal mese di gennaio 2020, aveva sollecitato, con circolari scritte, tutti gli enti del Sistema Socio-Sanitario ad effettuare approvvigionamenti e a rimpolpare le scorte esistenti.

In particolare, si rammentano le seguenti circolari:

- [nota DGW G1.2020.2677 del 23.1.2020;](#)
- [nota DGW G1.2020.3279 del 28.1.2020;](#)

- nota DGW G1.2020.5384 del 7.2.2020.

In tutte le suddette circolari, indirizzate – lo si ripete – alla totalità degli enti del Sistema Socio-sanitario regionale e alle ATS, si raccomandava di verificare la disponibilità dei dispositivi di protezione individuale e si fornivano anche precise indicazioni sulla segnalazione dei casi sospetti, sulla presa in carico dei pazienti positivi, sull'organizzazione dei percorsi separati all'interno degli ospedali, sull'isolamento dei pazienti positivi, sulle modalità di sanificazione degli ambienti (sulla base delle indicazioni e delle raccomandazioni fornite dall'OMS e dal Ministero della Salute) e si davano altresì indicazioni ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di libera scelta circa le condotte da adottare per le eventualità di casi sospetti.

È chiaro che, in assenza di una pur sommaria quantificazione delle scorte, non era possibile stabilire quanti dispositivi accantonare per l'eventuale emergenza, anche perché si tratta di materiale sanitario che ha una scadenza d'uso. Dalle ricognizioni successive, è stato accertato che diversi ospedali, proprio in ottemperanza alle sollecitazioni della DG Welfare, avevano effettuato scorte che hanno consentito di far fronte alle prime settimane dell'emergenza.

In data 22 febbraio 2020, ad esempio, risultava presente nei magazzini degli Spedali Civili di Brescia³ una dotazione di circa 70.000 mascherine – utile al fabbisogno di due mesi - la quale è andata esaurita nei due giorni successivi. Quanto accaduto è conseguente all'unicità della forza dirompente e pervasiva del Covid, che non ha precedenti nella storia degli altri virus già conosciuti.

Sin dai primi istanti, inoltre, si è innalzato il livello di protezione dei dispositivi di protezione individuale: a Lodi già attorno alle 21 del 20 febbraio, il personale sanitario ha iniziato ad osservare standard di sicurezza più elevati. Tali livelli di sicurezza sono stati mantenuti anche a seguito delle disposizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che hanno abbassato i livelli di sicurezza per gli operatori sanitari. Per quanto concerne i reparti ospedalieri, ravvisata l'esigenza di prestare un'assistenza migliore ai pazienti, negli ospedali lombardi è stata da subito disattesa l'indicazione del Ministero della Salute di concentrare l'uso dei DPI nelle aree di pazienti Covid, consentendo una più diffusa distribuzione degli stessi con particolare riferimento alle cosiddette "aree grigie", ospitanti i pazienti con diagnosi dubbia.

Un caso di particolare virtuosità nella gestione e corretto utilizzo dei DPI è quello dell'ASST di Lodi. Alla luce anche dei risultati dei test sierologici condotti sul personale sanitario operativo sul territorio di competenza dell'azienda lodigiana, emerge l'efficacia e la tempestività dei DPI adottati nei presidi sanitari: uso delle mascherine, dei camici e dei calzari per citare quelli usati più frequentemente. I DPI adottati nel momento critico sono stati apprezzati sia da chi ha dovuto servirsi delle strutture sanitarie, sia dagli operatori stessi. Tale esperienza è divenuta un modello che si è diffuso nella comunità scientifica.

Sempre per quanto concerne la protezione del personale sanitario, l'ASST di Monza ha organizzato, nelle settimane della prima ondata, attività di

³ Come dimostrato dal Direttore generale dell'ASST Spedali Civili durante l'audizione.

formazione per la riconversione del personale non specializzato al contrasto di Covid-19 con particolare riferimento all'utilizzo dei dispositivi di protezione che, fino a quel momento, erano utilizzati quasi esclusivamente nei reparti di malattie infettive. Più precisamente, sono state erogate 13.000 ore di formazione, sono stati formati 3.378 operatori, si sono svolti in totale 54 corsi. Inoltre, sono state fatte 30 comunicazioni attive di informativa nei confronti del RLS e 36 evasioni di richieste di spiegazioni da parte del RLS.

Chiunque facesse ingresso nelle strutture sanitarie, oltre all'utilizzo dei DPI previsti dalle disposizioni anticontagio nazionali e regionali, veniva altresì sottoposto ad un filtro anamnestico approfondito.

Risulta, peraltro, che anche Polis Lombardia abbia, di concerto con la DG Welfare, realizzato una apprezzata formazione a distanza per gli operatori sanitari in merito all'utilizzo dei DPI.

Tornando alla questione dell'approvvigionamento dei DPI, va ricordato che il Ministro della Salute Roberto Speranza, in un discorso alla Camera dei deputati del 30 gennaio 2020, nell'informare circa l'evoluzione della situazione epidemiologica in Cina e circa le valutazioni in corso da parte dell'OMS, comunicava che qualche giorno prima (il 22 gennaio) si era insediata, presso il Ministero, una *task force* per definire le misure di sorveglianza e contrasto, e aggiungeva: *"Detta "task-force" è permanentemente operativa e si riunisce quotidianamente, ed ha il compito di seguire in tempo reale l'evolversi della situazione determinata dal coronavirus, supportando il Ministro nell'individuazione di ogni iniziativa idonea a fronteggiare le eventuali criticità emerse. La task-force sta verificando lo stato di approntamento di misure di preparazione idonee a fronteggiare un ipotetico peggioramento della situazione epidemiologica in quanto a risorse umane (anche attraverso collaborazione con personale di altre strutture, anche militari), test di laboratorio e presidi sanitari, comunicazioni, e relative procedure."* Il Ministro, dunque, rassicurava il Paese circa l'approntamento delle misure più idonee per affrontare l'eventuale pandemia, ivi compresa la consistenza dei dispositivi di protezione (presidi sanitari), test di laboratorio ecc.

Quanto enunciato dal Ministro circa l'approntamento delle riserve era in linea con le previsioni del Piano nazionale di risposta ad una pandemia influenzale, risalente al 2006 e mai aggiornato. Piano che – come si è evidenziato nell'apposito paragrafo della presente relazione – non è stato mai attivato dal Ministero in quanto ritenuto tecnicamente inadeguato a fronteggiare la pandemia da Covid, diversa dall'influenza. In ogni caso, il documento prevede, al capitolo 10, di *"constituire, previo censimento dell'esistente, una riserva nazionale di: antivirali, DPI, vaccini, antibiotici, kit diagnostici e altri supporti tecnici per un rapido impiego nella prima fase emergenziale, e, contestualmente, definire le modalità di approvvigionamento a livello locale/regionale nelle fasi immediatamente successive"*. Riserva nazionale, dunque e non poteva prevedersi diversamente per una pandemia che, in quanto tale, può colpire qualsiasi area del Paese, in coerenza con quanto stabilito dalla Corte costituzionale nella summenzionata sentenza n. 37 del 12 marzo 2021, volta a censurare la legge adottata da una Regione autonoma in materia di misure di contrasto al COVID.

Non risulta nemmeno che la *task-force* si sia premurata di indicare la necessità di reperire, primariamente, quantitativi di DPI per alcune regioni o taluni territori ovvero di stabilire che le regioni in totale autonomia avrebbero dovuto dotarsi di una riserva straordinaria per fronteggiare la – eventuale – emergenza.

La competenza statale è stata chiaramente affermata e attuata con l'Ordinanza n. 630 del 3 febbraio 2020 del Capo della Protezione civile, dal titolo "*Primi interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*", che, all'art. 1, recita:

"1. Per fronteggiare l'emergenza derivante dagli eventi citati in premessa, il Capo del Dipartimento della protezione civile assicura il coordinamento degli interventi necessari, avvalendosi del medesimo Dipartimento, delle componenti e delle strutture operative del Servizio nazionale della protezione civile, nonché di soggetti attuatori, individuati anche tra gli enti pubblici economici e non economici e soggetti privati, che agiscono sulla base di specifiche direttive, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

2. Il Capo del Dipartimento della protezione civile, per il tramite dei soggetti di cui al comma 1, coordina la realizzazione degli interventi finalizzati:

a) all'organizzazione ed all'effettuazione degli interventi di soccorso e assistenza alla popolazione interessata dall'emergenza in rassegna oltre che degli interventi urgenti e necessari per la rimozione delle situazioni di pericolo per la pubblica e privata incolumità, con particolare riferimento alla prosecuzione delle misure urgenti già adottate dal Ministro della salute con le ordinanze indicate in premessa, alla disposizione di eventuali ulteriori misure di interdizione al traffico aereo, terrestre e marittimo sul territorio nazionale, al rientro delle persone presenti nei paesi a rischio ed al rimpatrio assistito dei cittadini stranieri nei paesi di origine esposti al rischio, all'invio di personale specializzato all'estero, all'acquisizione di farmaci, dispositivi medici, di protezione individuale, e biocidi, anche per il tramite dei soggetti attuatori di cui al comma 1, alla requisizione di beni mobili, mobili registrati e immobili, anche avvalendosi dei Prefetti territorialmente competenti, nonché alla gestione degli stessi assicurando ogni forma di assistenza alla popolazione interessata."

Per consentire l'approvvigionamento urgente di tutto quanto occorresse per far fronte all'emergenza – compresi i dispositivi di protezione individuale – la medesima Ordinanza derogava, all'art. 3, ad una serie di disposizioni, tra cui quelle del Codice degli appalti pubblici. La Regione Lombardia ha potuto avvalersi di dette deroghe solo a partire dal 23 febbraio 2020, allorché il Presidente Fontana è stato nominato "Soggetto attuatore", titolato, in quanto tale, ad avvalersi delle deroghe sopra richiamate. Il 23 febbraio, però, i DPI erano già introvabili e, tramite ARIA Spa, è stato compiuto ogni sforzo possibile per il loro reperimento.

È stato affermato, con una certa superficialità, che Regione Lombardia avrebbe dovuto dotarsi di una scorta di DPI prima della pandemia, pur in assenza di qualsivoglia segnale di allarme da parte del Ministero della salute. Non si comprende il fondamento di una simile affermazione, se si considera che:

- il Piano Pandemico influenzale del 2006 prevede la costituzione di una scorta nazionale;

- il Ministro Speranza, nel suo discorso alla Camera dei deputati del 30 gennaio 2020, aveva rassicurato il Paese circa la verifica in corso sulle scorte da parte della *task force* appositamente costituita.

Chi fa una simile affermazione dimentica che la spesa per i Dispositivi medici è oggetto di una stringente normativa statale. Come per la spesa farmaceutica, l'articolo 17, comma 1, lett. c), del decreto legge 98/2011 ha previsto un tetto per la spesa per i dispositivi medici, inizialmente fissato al 5,2 per cento del livello del finanziamento del SSN a carico dello Stato e poi ridefinito, dal decreto legge 95/2012 e dalla legge di stabilità per il 2013 (legge 228/2012), al 4,8 per cento per il 2013 e, a decorrere dal 2014, al valore del 4,4 per cento.

Regione Lombardia, per far fronte alle esigenze ordinarie del proprio Servizio Sociosanitario regionale, ha sempre sfiorato il tetto di spesa previsto e, nel 2018, lo ha di poco superato, come si evince dai dati di seguito indicati:

Anno 2018

Tetto – Euro 820.725.915 - Valore a Bilancio – Euro 820.747.000.

Si evidenzia, al solo fine di far comprendere, anche da questo punto di vista, quale tempesta ha investito la Lombardia, che Aria Spa, il 28 maggio 2020 (quindi nei tre mesi successivi all'avvio dell'emergenza), aveva fatto ordini di merce per un valore di Euro 329.968.091,69.

Non a caso, a pag. 38 del nuovo Piano Pandemico Influenzale 2021-2023, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 29 gennaio 2021, laddove si fa riferimento alla pianificazione delle attività emergenziali, si legge: "*nell'ambito di tale pianificazione è prevista la realizzazione di una stima delle risorse economiche necessarie e l'istituzione di un tavolo di lavoro per realizzare una analisi e il monitoraggio dello stato di implementazione della pianificazione pandemica influenzale nelle diverse Regioni/PA. Le risorse necessarie per la realizzazione dei piani pandemici regionali devono essere finanziate con fondi specifici vincolati alla pandemia e aggiuntivi rispetto al finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale e dei relativi riparti nel Fondo Sanitario Regionale*".

Risorse specifiche, quindi, non previste nel Piano pandemico vigente al momento dello scoppio della pandemia. Momento nel quale, al contrario, la Regione era soggetta ad una stringente normativa statale di contenimento dei costi.

Non è chiaro, quindi, per quale motivo e sulla base di quale presupposto, Regione Lombardia dovesse dotarsi di una scorta enorme di DPI, senza una quantificazione da parte di chi avrebbe dovuto farla e senza, soprattutto, alcun segnale di allarme.

Non può sottrarsi, al contrario, che il Ministero della salute ha avallato l'invio, il 15 febbraio 2020, di un enorme quantitativo di dispositivi di protezione e di altro materiale sanitario in Cina. Si riportano, di seguito, gli stralci di alcuni articoli di stampa che riprendono l'argomento.

Il Giornale, 7.3.2020

L'Italia ha chiesto aiuto all'Europa per le mascherine antivirus, ma gli stati membri si sono ben guardati dal rispondere dimostrando solidarietà. Anzi Francia, Germania e Repubblica Ceca hanno bloccato le esportazioni delle

protezioni che servono come il pane. Però è stata l'Italia a farlo per prima il 25 febbraio. L'assurdo è che, nella settimana precedente al contagio da noi, mandavamo in Cina 2 tonnellate di protezioni individuali, comprese le mascherine, difficili già allora da reperire sul mercato, come «regalo del governo italiano» con tanto di bandierina tricolore. Non solo: la Farnesina del ministro degli Esteri Luigi Di Maio nasconde le informazioni sul carico come il costo e il numero di mascherine richieste dal Giornale.

Il Tempo, 15 luglio 2020

L'atto di accusa del Bureau of international journalism al governo Conte e ai grandi Paesi europei: per farsi belli con la Cina Italia e Ue a febbraio hanno svuotato i propri magazzini di mascherine da mandare a Wuhan. E sono restati senza mandando i propri medici e infermieri a combattere il virus a mani nude. A pubblicare il più spietato j'accuse nei confronti del governo Conte forse senza accorgersene è il capo delle guardie svizzere del premier, Marco Travaglio sul Fatto quotidiano di oggi. "A febbraio l'Unione Europea ha donato alla Repubblica popolare cinese cinquantasei tonnellate di mascherine e guanti. Proprio quando l'Italia Settentrionale si trovava all'inizio dell'epidemia mortale, nonostante le rassicurazioni fornite a gennaio e febbraio sul contenimento europeo del contagio" si legge sul quotidiano. "Già nei mesi precedenti in Europa, le scorte di Dispositivi di protezione individuale (Dpi) erano carenti. Le scorte di mascherine previste dai piani pandemici europei, mai aggiornati dal 2010, erano scadute. Sono state distrutte e mai sostituite. La Francia nel 2011 ne aveva 1,7 miliardi. Tra gennaio e marzo 2020 ne ha bruciate 1,5 milioni. Nel 2017 il Belgio ne ha distrutte 38 milioni mai rimpiazzate".

La circostanza fa rabbrivire se si considera che l'invio di mascherine e altri DPI in Cina avveniva subito dopo che il prof. Stefano Merler, della Fondazione Bruno Kessler di Trento e consulente dell'Istituto Superiore di Sanità, aveva presentato al CTS nazionale gli scenari di diffusione del Covid in Italia e il conseguente impatto sul Sistema Sanitario Nazionale (vedasi verbale CTS del 12.2.2020). Solo dalla stampa si è appreso, durante l'estate 2020, che il prof. Merler aveva ipotizzato, per l'Italia, scenari agghiaccianti, peraltro mai resi noti alle Regioni. Di seguito alcuni stralci di stampa sull'argomento.

Ancora, come già detto, nella seduta del 29 febbraio 2020, dopo solo due settimane dalla scelta del Ministero della salute di inviare DPI e materiale medico sanitario in Cina, [si cita] il CTS prende atto della richiesta della Regione Lombardia pervenuta all'ISS e trasmessa con e-mail, tesa a valutare l'appropriatezza dell'uso delle mascherine chirurgiche per gli operatori sanitari, oltre che per i pazienti, in mancanza di modelli FFP3 e FFP2 [omissis].

Il Sussidiario.net, 30.08.2020

Era il 12 febbraio 2020 quando il Governo aveva già in mano, ben prima della dichiarazione di zone rosse a Codogno e Vò Euganeo e soprattutto prima del lockdown nazionale, uno studio che certificava il rischio ecatombe per il Covid-19: quel documento segreto presentato al Comitato Tecnico Scientifico ad inizio febbraio venne poi presentato il 12/2 al Ministro della Salute Roberto Speranza e al Premier Giuseppe Conte. Si parlava di almeno 60mila morti per coronavirus con conseguenze enormi per il Paese sul profilo sanitario ed economico: quello stesso documento prodotto dal ricercatore Stefano

Merler oggi viene svelato da Repubblica in un'inchiesta curata da Riccardo Luna. Lo studio presentato alle ore 9 di quel 12 febbraio, il primo giorno in cui venne dato il nome "Covid-19" alla poi futura pandemia da coronavirus che si sarebbe diffusa in tutto il mondo, era il fulcro della riunione del Cts: è rimasto segreto fino ad oggi e si intitolava «Scenari di diffusione di 2019-NCOV in Italia e impatto sul servizio sanitario, in caso il virus non possa essere contenuto localmente». Merler, 51enne della Fondazione Bruno Kessler, è un esperto di codici e modelli applicati alle pandemie e con il suo contributo aveva avvertito il Governo: dopo aver detto in una intervista a fine gennaio che il coronavirus non era una banale influenza («è una cosa serissima»), il Presidente Iss Silvio Brusaferrò lo aveva invitato alla riunione segreta del Comitato il 5 febbraio e chiamato a produrre lo studio poi presentato nei suoi risultati il 12 febbraio.

Repubblica, 30.08.2020

Una lunga serie di perché. Messe nero su bianco dalla presidente dei senatori di Forza Italia Anna Maria Bernini. "Il documento tenuto segreto dal governo - e rivelato da Repubblica - che già il 12 febbraio prevedeva scenari drammatici in Italia per la pandemia Covid ripropone quesiti che noi abbiamo posto subito e che sono rimasti senza risposta per mesi. Perché non sono state avvertite le Regioni più colpite, e perché ha inviato nei giorni successivi 18 tonnellate di aiuti per la Cina se poi sono mancate le mascherine per gli stessi operatori sanitari in prima linea.

In definitiva, anche sul fronte dei Dispositivi di protezione individuale, Regione Lombardia ha fatto l'impossibile a fronte dei gravi comportamenti omissivi e commissivi posti in essere dal Governo.

STRUTTURE OSPEDALIERE TEMPORANEE

Durante l'emergenza sanitaria per la pandemia da Covid-19, Fondazione Fiera Milano ha messo a disposizione i padiglioni 1 e 2 del Portello a Fieramilanocity. All'interno dei due padiglioni, che coprono oltre 25.000 metri quadri di superficie, sono stati allestiti speciali moduli/container attrezzati con posti letto destinati alle cure dei pazienti coinvolti nell'emergenza Covid-19. Il progetto dell'Ospedale "Fiera" di Terapia Intensiva Emergenza Covid-19, voluto da Regione Lombardia, in collaborazione con Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, ha permesso la realizzazione di oltre 200 posti letto. L'idea di un ospedale d'emergenza, sulla falsariga di quelli allestiti a Wuhan, era nata nel corso della prima ondata, a marzo 2020 e fu prospettata al Governo nazionale con tanto di richieste di apparecchiature e di personale (lettere del Presidente Fontana e del DG Welfare del 9 e 12 marzo 2020), rimaste completamente inevase.

Non solo una degenza per i ricoverati da Coronavirus, ma una struttura in grado di curare ogni altra patologia correlata. L'Ospedale è allestito all'interno dei primi due livelli del padiglione fieristico e la programmazione dei lavori fu suddivisa in tre fasi di intervento, per consentire l'immediata disponibilità di posti letto. La Fase 1 prevedeva la realizzazione di quattro moduli (ciascuno

composto da due unità di degenza e una unità di servizi sanitari), stanze vere e proprie per un totale di 53 posti letto con i servizi dedicati e delle aree di supporto per lo svolgimento di tutta l'attività sanitaria diagnostica e terapeutica. Per le prime quattro unità sono stati impegnati 186 tra medici e infermieri oltre a 60 figure di supporto. A seguire sono state attuate la Fase 2 e la Fase 3 per il completamento delle altre unità operative.

L'Ospedale in Fiera è stato realizzato grazie a migliaia di donazioni di privati pari a circa 21 milioni di euro. È stato costruito in dieci giorni di lavoro da parte di 500 persone e con il contributo di quasi 100 imprese su 3 turni per 24 ore al giorno.

L'Ospedale realizzato presso la Fiera di Milano durante l'emergenza Covid ha sospeso le attività durante i mesi estivi, ma è rimasto a disposizione nel caso di recrudescenza del virus. Una scelta finalizzata a garantire una pronta operatività durante il periodo autunnale e invernale, nel caso ci fossero ancora emergenze.

Successivamente, il progetto elaborato da Regione Lombardia e Policlinico di Milano prevedeva di smontare e rimontare la struttura in altre sedi.

Va anche ricordato che l'Ospedale in Fiera è stato inserito nel Piano di riorganizzazione ospedaliera approvato dalla Giunta - e poi dal Ministero della salute - in attuazione dell'art. 2 del Decreto-legge n. 34/2020.

Va altresì rimarcato come durante l'emergenza Covid-19, la struttura ha curato dal giorno dell'apertura (6 aprile 2020) 505 pazienti gravi e sedati, cure che hanno registrato un tasso di sopravvivenza tra i più alti in Italia.

Pazienti e ospedali hanno pagato un prezzo notevole a causa di questa emergenza, ma il Padiglione in Fiera ha certamente consentito di gestire la seconda e la terza ondata in modo più flessibile e con minore impatto sulle attività delle strutture ospedaliere del territorio. La degenza media è stata di 22 giorni, mentre 70 pazienti sono rimasti ricoverati per oltre un mese.

Per quanto riguarda l'attività clinica sono state eseguite al Padiglione del Policlinico in Fiera oltre 1.000 Tac e quasi 3.000 lastre al torace, oltre a una intensa attività di ricerca scientifica che ha portato a organizzare 65 incontri tecnico-clinici di approfondimento e a condividere più di cento articoli scientifici pubblicati dalle riviste più autorevoli. Il tasso di sopravvivenza medio per i pazienti ricoverati è stato del 70%, raggiungendo picchi vicini all'80%.

Si legge sulla stampa quanto segue: "il Ministro della Salute Speranza - ha rivelato il Governatore della Lombardia a Sky TG24 -, mi ha detto che la sua intenzione è di poterlo lasciare e utilizzare creando tre hub sulla rianimazione. Uno sarebbe questo, uno al centro Italia e uno al sud in modo da, se si dovessero ripetere situazioni analoghe, avere un punto di riferimento a cui tutte le regioni possono affidarsi".

Ancora, nella conferenza stampa di inaugurazione, in data 31 marzo 2020, alla domanda "terminata l'emergenza l'ospedale sarà smontato? il Presidente di Regione Lombardia, Attilio Fontana, rispose così: "Dai colloqui che ho avuto con il Ministro della salute, Roberto Speranza, e con il premier, Giuseppe Conte, ci può essere la possibilità di lasciare definitivamente questo hub della rianimazione per il Nord Italia, in previsione che eventi del genere si possano

ripetere. L'esecutivo ha detto di volerlo fare anche al Centro e al Sud". [Cfr.: <http://www.rainews.it/archivio-rainews/media/Dimesso-ultimo-paziente-da-ospedale-Fiera-Milano-stand-by-opera-da-221-letti-di-terapia-intensiva-16d38875-ff6c-4a4a-a838-87deaa4f344b.html>].

Ciò a conferma dell'apprezzamento del Governo in riferimento allo sforzo realizzato da Regione Lombardia per la costruzione dell'Ospedale in Fiera e circa le previsioni di non smantellamento della struttura considerata strategica per fronteggiare l'emergenza sanitaria a livello nazionale.

Per completezza, va detto che quella della Fiera di Milano non è stata l'unica struttura temporanea realizzata nel corso della prima fase pandemica. Vanno ricordate anche le strutture della Fiera di Bergamo e quella allestita a Cremona, presidi fondamentali per l'accoglienza e la cura di migliaia di pazienti.

CONTRIBUTO DELLE STRUTTURE SANITARIE DI DIRITTO PRIVATO NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA

È evidente come il supporto degli ospedali privati, subito chiamati da Regione Lombardia a dare aiuto fin dall'inizio della fase critica (marzo 2020), sia stato fondamentale. La cronistoria dell'epoca è riportata dai dati ufficiali, pubblicati sulla stampa e dai più diversi organi di informazione, autorevoli e non imputabili di specifiche parti partitiche (Quotidiano Sanità, Sole24Ore, Milano Finanza, Ansa...). Gli ospedali privati, nella sola Lombardia, hanno messo a disposizione nel mese di marzo 2020 ben 334 posti letto di terapia intensiva, su un totale di 1.300 in tutta Italia.

Per quanto riguarda invece la degenza di pazienti acuti sono stati con 8.383 in Lombardia e circa 40mila a livello nazionale, pari al 22% del totale in Italia.

Si rammenta, altresì, che la DGR n. 2905 del 4 marzo 2020 ha approvato un protocollo di intesa con le Associazioni di Categoria (Confindustria Lombardia, AIOP, ANISAP e ARIS) per l'impiego straordinario di personale sanitario presso gli ospedali pubblici lombardi per fronteggiare l'emergenza da COVID-19.

Le strutture private si sono impegnate a mettere a disposizione, in relazione alle possibilità di ciascun erogatore, proprio personale sanitario da impiegare nelle strutture pubbliche individuate dalla stessa Direzione Generale Welfare, per il tempo strettamente necessario a fronteggiare l'emergenza da COVID-19.

La presidente dell'AIOP, l'Associazione italiana ospedalità privata, Barbara Cittadini, aveva spiegato agli organi di informazione come *"molte delle nostre strutture sanitarie hanno completamente stravolto la propria organizzazione per operare in sinergia con gli ospedali pubblici, accogliendo i pazienti contagiati o non contagiati. Siamo consapevoli che solo facendo fronte comune e ragionando in un'ottica di sistema, nell'interesse del Servizio Sanitario Nazionale, riusciremo a contrastare efficacemente l'epidemia, e*

*garantire il diritto alla salute dei cittadini, come riconosciuto dalla nostra Costituzione*⁴.

I principali gruppi ad essersi mobilitati per dare supporto nella gestione emergenziale sono stati il Gruppo ospedaliero San Donato, il polo sanitario Humanitas, il gruppo Multimedica oltre alla fondazione Poliambulanza Brescia e tutti gli altri player attivi sul territorio regionale. Grazie a questo sforzo, al 13 marzo 2020, meno di tre settimane dopo la scoperta del primo caso di positività al Coronavirus in Lombardia, le strutture associate ad Aiop, Confindustria Lombardia Sanità e Servizi e Aris avevano approntato 270 posti letto di terapia intensiva e 2.621 posti letto per ricoveri. Disponibilità che poi, come abbiamo visto, sarebbe ulteriormente cresciuta. Quest'impegno da parte del settore privato è proseguito per tutto l'anno: nel novembre 2020, con il riacutizzarsi della pandemia, l'ospedale in Fiera ha visto l'arrivo di rinforzi dal Gruppo San Donato e dall'Humanitas.

Il contributo importante della speditività privata nella lotta al Covid in Lombardia è stato riconosciuto, con dati oggettivi, anche dall'Università Bocconi di Milano in occasione del Rapporto OASI 2020. In uno studio dei professori Longo e Ricci, si quantificano in 4.975 (pari al 40%) di quelli totali i posti letto resi disponibili dalle strutture private durante la prima ondata epidemica e in 484 (pari al 28% del totale) quelli in terapia intensiva. Numeri che parlano da soli.

L'evidenza è che il sistema sanitario regionale ha saputo e, soprattutto, dovuto cavarsela da solo, trovando soluzioni, sinergie e solidarietà nella rete tra pubblico e privato lombardo, mentre minimo, se non quasi inesistente, è stato il supporto arrivato dal livello centrale, come abbiamo potuto appurare nel corso delle sedute della presente Commissione.

E dal momento che esponenti politici dei partiti che sostenevano l'allora governo Conte hanno criticato apertamente e pubblicamente gli ospedali privati, è necessario sottolineare come, mentre la società civile e la maggioranza di centrodestra in Regione Lombardia si battevano e facevano il possibile per gestire l'emergenza, il contributo del centrosinistra è stato unicamente quello di cavalcare mediaticamente l'emergenza stessa con chiari fini strumentali di guadagno del consenso politico.

COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE DI REGIONE LOMBARDIA: FILO DIRETTO CON LA POPOLAZIONE

A partire dalla prima notizia di circolazione di un virus portato in Italia dalla Cina, Regione Lombardia, attraverso i propri canali istituzionali e dichiarazioni rilasciate direttamente dal Presidente Attilio Fontana e dall'Assessorato al Welfare, all'epoca dei fatti in capo a Giulio Gallera, ha sempre comunicato e aggiornato l'intera popolazione e gli enti sanitari di tutto il territorio.

⁴http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=82845

Dal 20 febbraio 2020, quotidianamente, sono state trasmesse dirette video nelle quali si sottolineava lo stato e l'avanzamento della pandemia, i numeri dei pazienti contagiati, deceduti o guariti, le situazioni all'interno delle strutture sanitarie, l'occupazione delle terapie intensive e dei reparti di rianimazione. Prioritaria era la tempestività di comunicazione di ogni informazione utile che potesse contribuire a rallentare la diffusione di un virus sconosciuto e a tutelare la popolazione lombarda.

Considerata la velocità di trasmissione del virus Sars CoV-2, la Giunta regionale, con proprio provvedimento, è intervenuta a tutela della popolazione attraverso lo strumento dell'isolamento domestico, indicando come obbligatorio l'uso di dispositivi di protezione (così come previsto dalle autorità sanitarie per tutelarsi e proteggersi dal possibile contagio) quali guanti ma soprattutto mascherine.

I Governatori di Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia e provincia autonoma di Trento hanno scritto, in data 3 febbraio 2020, una lettera congiunta al Ministero della Sanità chiedendo che il periodo di isolamento previsto per chi rientrava dalla Cina fosse applicato anche ai bambini che frequentavano le scuole. La richiesta riguardava una circolare del Dicastero della Salute che era stata inoltrata, il 1° febbraio 2020, dal Ministero dell'Istruzione a tutti gli Uffici scolastici regionali e alle scuole, con le indicazioni per la gestione degli studenti e dei docenti di ritorno o in partenza verso aree affette della Cina. Un documento di tre pagine nelle quali venivano proposti dei comportamenti caratteristici nelle diverse fasce di età, per evitare l'eventuale contagio, ma senza prevedere le misure proposte dai presidenti delle Regioni.

L'intenzione di questa missiva non voleva essere una critica o una contrapposizione politica sull'operato e sulle scelte messe in campo dal Governo, quanto un tentativo di dare una risposta alle preoccupazioni nascenti dei genitori data la mancanza di previsioni, all'interno della circolare citata, di misure che andassero nella direzione richiesta dai quattro presidenti. In data 27 febbraio 2020, il governatore di Regione Lombardia Attilio Fontana si mostrava al pubblico con un video diffuso su social e ripreso poi su testate giornalistiche e televisive con indosso una mascherina chirurgica, nel quale comunicava la decisione di mettersi in isolamento a seguito del risultato positivo di un tampone effettuato da una sua stretta collaboratrice. Si precisa che nelle stesse ore il Governo centrale aveva deciso di non eseguire i tamponi su cittadini asintomatici e cambiava la linea comunicativa per evitare di creare situazioni di panico generalizzato. Un gesto, quello del Presidente Fontana, precursore di una attività che opportunamente tutta la popolazione si trova a dover svolgere ogni giorno per proteggersi⁵.

Regione Lombardia - così come più volte dichiarato nelle audizioni dei direttori sanitari o direttori generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) o delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST) – ha sempre inoltrato in maniera

⁵<https://www.lanotiziogiornale.it/una-figuraccia-internazionale-il-fontana-mascherato-criticato-in-mondovisione-decine-le-foto-e-i-meme-che-prendono-in-giro-infelice-video/>

tempestiva ogni tipologia di comunicazione, di protocollo o di circolare che potesse permettere alle strutture e agli operatori sanitari di attivarsi quanto prima nella lotta contro la veloce e incontrollata diffusione e trasmissione del virus.

SITUAZIONE E GESTIONE DELL'EMERGENZA NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

Nel trattare il tema delle Rsa, non si può non rammentare un dato di carattere generale che, da solo, elide qualsiasi elemento di responsabilità a carico di Regione Lombardia. Ci si riferisce alla circostanza, evidenziata da diversi studi scientifici⁶, che il virus circolava sul territorio regionale da gennaio 2020 e, forse, dalla fine del 2019, senza che alcuna segnalazione giungesse alle ATS e alla DG Welfare circa la presenza di patologie "anomale". È importante ricordare, a tal proposito, che la Giunta Regionale, con DGR 1046 del 17.12.2018, aveva stabilito che *"in relazione ai casi di malattie infettive per i quali non è prevista comunicazione a Regione, ma che si ritiene possano avere un impatto mediatico e/o allarme sociale rilevante...si chiede di avvisare tempestivamente Regione Lombardia scrivendo a maria_gramegna@regione.lombardia.it e maimnf@regione.lombardia.it, fornendo le principali informazioni"*.

Regione aveva quindi previsto l'ipotesi di una malattia infettiva non classificata, sconosciuta, e ne aveva disposto l'immediata notifica alla UO Prevenzione della DG Welfare. Ma nulla, prima del 20 febbraio 2020, è stato mai segnalato, nonostante, come sopra detto, il virus circolasse indisturbato. Ed è evidente che questa circolazione abbia interessato anche le RSA, al cui interno il virus era entrato, con grandissima probabilità, prima del 20 febbraio 2020. Basti pensare all'andirivieni di operatori e visitatori o, più semplicemente, agli spostamenti degli ospiti verso gli ospedali e al rientro presso le strutture residenziali. E si pensi anche, con riferimento al mese di febbraio, alle feste di carnevale e alle visite dei bambini in maschera ai nonni presenti all'interno delle strutture sociosanitarie.

Altro elemento che va considerato è quello della autonomia organizzativa e gestionale delle RSA, quasi totalmente private, che normalmente reclutano personale specialistico nelle aree di interesse.

Ogni residenza sanitaria assistenziale ha quindi scelto la modalità di indagine e di gestione anche in base alle caratteristiche delle strutture, per arrivare ad una soluzione che meglio ritenesse funzionale alla gestione della diffusione del virus al proprio interno.

Fatte tali premesse, la Commissione ha avuto modo di accertare che la Regione, fin dai primi giorni dell'emergenza, ha prestato particolare attenzione alle RSA. E ciò ben prima che il Governo nazionale emanasse specifiche disposizioni.

⁶ Tra gli altri cfr. Cereda, Tirani, Rovida, et al., *The early phase of the Covid-19 outbreak in Lombardy, Italy*, in www.arxiv.org.

Ed infatti, già il 23.02.2020, con e-mail delle 21.34, la DG Welfare invia istruzioni operative per la dotazione dei dispositivi di protezione individuale e la sorveglianza sanitaria degli operatori del settore sanitario e sociosanitario. In particolare, si dispone che:

- a) tutti gli operatori provvedano alla tempestiva segnalazione alla direzione medica della struttura di appartenenza dell'insorgenza di sintomatologia respiratoria per l'attuazione delle specifiche indicazioni regionali in relazione al quadro sintomatico e a potenziali/possibili esposizioni;
- b) ai volontari residenti e/o domiciliati nei comuni del lodigiano compresi nella zona rossa sia interdetto l'ingresso nelle strutture;
- c) i parenti dei pazienti ricoverati presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie devono attenersi alla regola di accesso alla struttura in numero non superiore ad uno per paziente e che tale accesso è consentito unicamente nella fascia oraria del pranzo e della cena per i parenti di pazienti ricoverati in strutture sanitarie.

Il 27 febbraio, con e-mail delle 12.17, la DG Welfare dispone la verifica, per i visitatori, dell'assenza di febbre e/o sintomi respiratori (tosse, raffreddore), vietando l'ingresso a quanti non diano garanzia dell'assenza di detti sintomi. Solo il 1° marzo 2020 il Governo dedica alle RSA una delle tante disposizioni emanate in quel periodo e si limita a disporre *“la rigorosa limitazione dell'accesso dei visitatori agli ospiti nelle residenze sanitarie per non autosufficienti”*; misura che Regione Lombardia aveva già adottato dal 23 febbraio.

Il 2 marzo 2020 la DG Welfare, al fine di facilitare i controlli degli accessi, fornisce a tutte le strutture un fac-simile di scheda da far compilare ai visitatori e invita i gestori delle RSA ad adottare misure più restrittive in relazione alle diverse situazioni epidemiologiche, al numero e alla tipologia di ricoverati; nella stessa nota si dispone che i familiari e/o i visitatori dei soggetti ricoverati con sintomi respiratori debbano indossare la mascherina chirurgica e, in ogni caso, osservare una distanza tra di loro di almeno un metro.

Seguono, il 3 marzo, aggiornamenti sulle indicazioni per la protezione dal SARS-Cov-2, anche in attuazione dell'art. 34, comma 3, del DL n. 9/2020 (*“in relazione all'emergenza di cui al presente decreto, in coerenza con le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e in conformità alle attuali evidenze scientifiche, è consentito fare ricorso alle mascherine chirurgiche quale dispositivo idoneo a proteggere gli operatori sanitari; sono utilizzabili anche mascherine prive del marchio CE previa valutazione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità”*). Il 5 marzo, con ulteriore disposizione delle ore 19.24, la DG Welfare indica ai responsabili delle strutture la necessità di autorizzare gli accessi solo per quei visitatori che forniscono una assistenza non altrimenti sostituibile e previa verifica delle condizioni di salute.

Solo l'8 marzo, con il D.P.C.M. recante *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid 19”*, si prevede, a livello nazionale, secondo il disposto dell'art. 2, comma 1, lettera

q), che "l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungodegenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione".

Regione Lombardia, quindi, non solo ha dato attuazione alle disposizioni emanate a livello nazionale, ma ha anticipato tali disposizioni limitando gli accessi alle RSA sin dal 23 febbraio.

Si arriva, quindi, alla DGR 2906 dell'8 marzo 2020, provvedimento che, per essere compreso, richiede un sia pur brevissimo inquadramento epidemiologico riferito a quel periodo.

AREU, sin dalla fine di febbraio 2020, aveva registrato un rilevantissimo aumento delle richieste di soccorso, con numeri da vera e propria catastrofe per le Sale operative Padana (Lodi, Pavia, Cremona e Mantova) e Alpina (Bergamo, Brescia e Sondrio). Analoga pressione registravano le unità di Pronto soccorso, con un aumento esponenziale dei ricoveri. Nella tabella seguente sono riportati i dati dei contagi, dei ricoveri ordinari e in terapia intensiva nel periodo 20.2.2020/26.3.2020; periodo nel quale i posti letto passavano da 1.100 a 12.800 per i ricoveri ordinari, e da 850 a 1.800 circa per le terapie intensive.

PROGRESSIONE DATI

DATE	NUMERI	Incremento %	RICOVERATI	TERAPIA INTENSIVA	DECESSI	Incremento %
Giovedì 20	1					
Venerdì 21	33					
Sabato 22						
Domenica 23	114					
Lunedì 24	172	51%	77	21	6	
Martedì 25	240	40%	104	24	9	50%
Mercoledì 26	305	27%	105	25		
Giovedì 27	403	32%	172	41	14	
Venerdì 28	531	32%	235	57	17	21%
Sabato 29	615	16%	256	80	23	35%
Domenica 01	984	60%		106		
Lunedì 02	1245	27%	478	129	38	
Martedì 03	1520	22%	698	167	55	45%
Mercoledì 04	1820	20%	877	209	73	33%

Giovedì 05	2251	24%	1169	244	98	34%
Venerdì 06	2612	16%	1622	309	135	38%
Sabato 07	3420	31%	1661	359	154	14%
Domenica 08	4189	22%	2217	399	267	73%
Lunedì 09	5469	31%	2802	440	333	25%
Martedì 10	5791	6%	3319	466	468	41%
Mercoledì 11	7280	26%	3852	560	617	32%
Giovedì 12	8725	20%	4247	605	744	21%
Venerdì 13	9820	13%	4435	650	890	20%
Sabato 14	11685	19%	4898	732	966	9%
Domenica 15	13272	14%	5500	767	1218	26%
Lunedì 16	14649	10%	6171	823	1420	17%
Martedì 17	16220	11%	6953	879	1640	15%
Mercoledì 18	17713	9%	7285	924	1959	19%
Giovedì 19	19884	12%	7387	1006	2168	11%
Venerdì 20	22264	12%	7735	1050	2549	18%
Sabato 21	25515	15%	8258	1093	3095	21%
Domenica 22	27206	7%	9439	1142	3456	12%
Lunedì 23	28761	6%	9266	1183	3776	9%
Martedì 24	30703	7%	9711	1194	4178	11%
Mercoledì 25	32346	5%	10026	1236	4474	7%
Giovedì 26	34889	8%	10681	1263	4861	9%
Media		20%				25%

In una prima fase, verso la fine di febbraio, era stata ipotizzata l'individuazione di ospedali totalmente COVID ed erano state individuate le strutture di Lodi, Crema e Seriate, interessate dai primi contagi e da un numero già rilevante di pazienti affetti dal virus. Ma la salita esponenziale della curva epidemica ha reso subito chiara l'impossibilità di fronteggiare la gravissima situazione con alcuni ospedali dedicati e si è giunti, così, ad una rimodulazione dell'intera rete d'offerta con la radicale sospensione dell'attività ambulatoriale (i ricoveri

programmati erano stati già sospesi dal 22 febbraio), al fine di recuperare risorse mediche e infermieristiche da dedicare ai pazienti positivi e, nel contempo, garantire una adeguata risposta terapeutica anche ai pazienti "no covid", nel rispetto dei criteri di sicurezza.

Pertanto, con la DGR 2906 dell'8.3.2020 è stata riorganizzata la rete dei presidi Hub e Spoke per le patologie tempo dipendenti, nonché la rete regionale delle alte specialità. Tali attività, rivolte agli infartuati, ai pazienti colpiti da ictus, ai pazienti affetti da traumi, ai pazienti oncologici, sono state concentrate in alcuni centri Hub di alta specializzazione in grado di garantire l'accettazione H24 in guardia attiva (accogliendo i pazienti direttamente senza transitare dal Pronto Soccorso e attraverso il coordinamento di AREU) e di svolgere l'attività anche attraverso la collaborazione tra equipe provenienti da altri ospedali.

A tale ridefinizione della rete d'offerta ospedaliera si è accompagnata la messa a disposizione di posti nelle strutture sociosanitarie, tra cui le RSA, dotate di una delle risorse più preziose in quel periodo drammatico, ovvero l'ossigeno. Ed infatti, la stessa DGR 2906 dell'8.3.2020 ha disposto, tra l'altro:

- il blocco a partire da lunedì 9 marzo p.v. dell'accettazione di pazienti provenienti dal territorio verso tali strutture;
- l'anticipo delle dimissioni verso il domicilio dei pazienti ricoverati presso tali strutture;
- l'istituzione di una "Centrale Unica Regionale Dimissione Post Ospedaliera" che riceve le richieste di dimissione da parte degli ospedali per acuti e individua in modo appropriato la struttura di destinazione.

L'allegato n. 2 della DGR n. XI/2906 del 8/3/2020 indica le condizioni per la realizzazione degli scopi della stessa. In particolare, si pone in capo alle ATS l'individuazione, per il territorio di riferimento, delle unità d'offerta "*autonome dal punto di vista strutturale (padiglione separato dagli altri o struttura fisicamente indipendente) e dal punto di vista organizzativo, da dedicare all'assistenza a bassa intensità dei pazienti COVID positivi*". Questi i parametri forniti, in una situazione di urgente necessità.

La riorganizzazione di cui sopra ha consentito agli Ospedali sia HUB che Spoke di liberare un numero rilevante di letti di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva, essendo stata temporaneamente sospesa tutta l'attività chirurgica elettiva e ridistribuita quella dell'urgenza-emergenza.

Contestualmente sono stati coinvolti tutti i Centri, pubblici e privati, di alta specializzazione, anche senza Pronto Soccorso (Istituto Nazionale dei Tumori, IEO, Besta, Monzino, Pini) indirizzando verso di loro pazienti ed equipe di altre Strutture ospedaliere per trattare pazienti affetti da patologie ad alta priorità (con prestazioni da eseguire entro 30 giorni); e anche ciò ha consentito di mettere a disposizione un numero significativo di letti aggiuntivi per pazienti COVID nelle altre Strutture.

La riorganizzazione ha portato ad individuare in tutta la Regione:

- 3 Strutture ospedaliere dedicate al Trauma maggiore (ASST GOM Niguarda, ASST Spedali Civili di Brescia e ASST Sette Laghi),
- 4 Strutture per gli interventi indifferibili e urgenti di Neurochirurgia (ASST

GOM Niguarda, ASST Spedali Civili di Brescia, ASST Sette Laghi e IRCCS Besta),

- 10 Strutture per la rete Stroke (Civili Brescia, Humanitas Milano, Como, Varese, Pavia, Mantova, Legnano, Monza Niguarda e Lecco),
- 13 Strutture per la rete STEMI (Poliambulanza Brescia, Bergamo, Sondrio, Varese, Pavia, Mantova, Legnano Monza, Monzino, San Paolo, San Raffaele San Donato (solo per elettrofisiologia) e Lecco,
- 5 Strutture per le urgenze Cardiochirurgiche e Vascolari (Poliambulanza Brescia, IRCCS Monzino, Legnano, IRCCS San Donato (solo per urgenze pediatriche) e IRCCS Ospedale San Raffaele,
- 2 Strutture per le urgenze ortopediche (ASST Gaetano Pini e IRCCS Galeazzi ~~Mano~~),
- 2 Strutture per le urgenze oncologiche (IRCCS Tumori e IEO Milano),
- 5 Strutture per la rete materno neonatale (ASST FBF Sacco – Ospedale Sacco; IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico – Mangiagalli, ASST Spedali Civili; ASST Papa Giovanni XXIII; Fondazione Monza Brianza per il Bambino e la sua Mamma-Ospedale San Gerardo; IRCCS Policlinico San Matteo),
- 1 Struttura Intensiva neonatale COVID (Policlinico Mangiagalli),
- 1 Struttura pediatrica (ASST FBF Sacco-Ospedale Buzzi)

con la conferma delle strutture della rete ECMO soprattutto per la insufficienza respiratoria acuta grave.

Una riorganizzazione poderosa che ha consentito di affrontare l'emergenza senza dimenticare i pazienti affetti da altre patologie, curati secondo criteri di gravità e priorità. Da quanto appreso successivamente, il modello lombardo è stato oggetto di studio ed emulazione da parte di altri Paesi europei.

Va anche ricordato che, nei giorni in cui l'Unità di crisi regionale elaborava il disegno riorganizzativo della rete ospedaliera, era presente in Regione, la prof.ssa Benedetta Allegranzi, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Quest'ultima, il 6 marzo così scriveva al dott. Cajazzo e al dott. De Filippis (Direttore sanitario della ASST Fatebenefratelli – Sacco e componente della Task Force regionale):

Gent.mo Dr Cajazzo,

Come discusso con lei a Milano e al telefono, vista l'estrema dedizione e attenzione profusi da lei e i suoi colleghi alla riorganizzazione del sistema sanitario lombardo per far fronte all'emergenza e garantire i servizi essenziali, l'OMS è fortemente interessato ad acquisire informazioni a proposito delle decisioni che avete preso e i criteri che avete utilizzato.

Questa richiesta è finalizzata a due iniziative: 1) vorremmo imparare dalla vostra esperienza e ispirarci alle vostre idee per lo sviluppo di un documento OMS che stiamo scrivendo su questo argomento; 2) vorremmo descrivere la vostra esperienza in un "country example" da pubblicare sul nostro sito.

Vorrei chiarire che per 1) manterrò le informazioni e documenti che mi fornirete come confidenziali all'interno del nostro team; per 2), ovviamente vi faremo aver il draft e richiederemo vostra approvazione di qualunque informazione da rendere pubblica.

Pertanto, le chiederei gentilmente di condividere con me tutte le informazioni e documenti possibili e di mettermi in contatto con suoi collaboratori. Come le ho detto, ho anche chiesto l'aiuto del Dr De Filippis, se fosse necessario.

Grazie molte e buon lavoro!

Benedetta

Prof. Benedetta Allegranzi, MD & DTM&H

Technical Lead, Infection Prevention and Control Hub and Task Force

WHO HQ, Integrated Health Services, UHC/Life Course

Room 4155, Tel. +41 22 791 2689

20 Av. Appia, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

A fronte di tali riconoscimenti verso un provvedimento senza dubbio rivoluzionario, concepito nella notte tra sabato 7 e domenica 8 marzo, in uno scenario a dir poco apocalittico, non è mancato chi ha sollevato polemiche e rivolto accuse pesanti contro la Regione, sostenendo che la delibera dell'8 marzo sarebbe stata causa di contagio nelle RSA, avendo consentito, nelle stesse, l'accesso di pazienti covid positivi.

Ebbene, si tratta, all'evidenza, di calunnie gravi e strumentali, smentite dai fatti. La Regione ha individuato nelle RSA un possibile "approdo" per i pazienti covid meno critici (anche per la disponibilità dell'ossigeno), ma ad una precisa condizione: padiglione separato dal punto di vista strutturale e organizzativo. Ed ha demandato alle ATS tale verifica.

La Regione, inoltre, non ha imposto l'accoglienza dei pazienti positivi, ma ha accolto le candidature da parte delle strutture che ritenessero di avere i prescritti requisiti, con controllo a carico delle ATS e affidando il coordinamento dei trasferimenti ad una "centrale" (PRIAMO) appositamente costituita presso il Pio Albergo Trivulzio, dotata di personale medico e infermieristico. Ed infatti, su 708 RSA presenti sul territorio regionale, hanno aderito all'invito solo 20 RSA.

A ciò va aggiunto che l'Istituto Superiore di Sanità, in data 24 agosto 2020, ha diramato un importante documento dal titolo "*Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali*" elaborato dal Gruppo di lavoro "Prevenzione e Controllo delle Infezioni". Il documento avalla espressamente l'ipotesi dell'accoglienza di pazienti covid positivi nelle RSA, laddove prevede, a pag. 13, che "*In strutture di dimensioni più grandi, previa valutazione dei Dipartimenti di Prevenzione sulla adeguatezza della possibilità di effettuare un efficace isolamento, sarà possibile creare aree e percorsi (se possibile, a senso unico) dedicati in grado di garantire quanto più possibile la separazione tra aree "pulite" e aree "sporche". Le strutture devono identificare aree di isolamento con "stanze di isolamento singole con bagno dedicato e, possibilmente, con anticamera. Le aree di isolamento devono essere il più possibile individuate secondo un criterio di progressione in rapporto alla gravità ed al rischio diffusivo dell'infezione".*

Ed ancora, a pag. 26, si legge che "*laddove la struttura sia organizzata in aree/unità con presenza di malati COVID-19, (occorre) organizzare le équipes assistenziali per singole aree affinché siano autonome e indipendenti con la finalità di evitare oppure ridurre il più possibile il passaggio di operatori tra le aree, anche durante le ore notturne.*

Ed inoltre, una autorevolissima conferma della bontà di quanto deciso dalla Giunta regionale viene dall'*American Geriatrics Society* che, nel documento *American Geriatrics Society Policy Brief: Covid 19 and Nursing Homes*, afferma: *"Individuals who test positive for Covid 19 should not be discharged to a mainstream NH unless the facility can safely and effectively isolate the patient from other residents and has adequate infection control protocol/s and PPE (ndr Personal Protective Equipment) for staff and residents. This includes the ability to isolate or cohort the resident(s) separately from the rest of the community and provide dedicated staff for people with COVID-19. Such transfers should be in accordance with current CDC (ndr. Center for Disease Control) guidance"*.

A tutto quanto sopra va aggiunto che le RSA che hanno deciso di ospitare pazienti Covid-positivi non sono tra quelle con il tasso di decessi più elevato. E da quanto risulta, nelle Rsa che hanno volontariamente accolto pazienti positivi, è stata accertata la presenza di ospiti covid positivi in date antecedenti l'ingresso dei pazienti inviati dalla centrale unica PRIAMO.

Proprio in ordine alla mortalità all'interno delle RSA, un rapporto dell'ATS Città Metropolitana di Milano del 4 giugno 2020 ha confrontato i dati di mortalità delle RSA presenti sul proprio territorio con quelli di altri Paesi europei, evidenziando dati migliori rispetto alle altre realtà: Milano 41% di decessi nelle RSA, Belgio 51%, Francia 50%, Norvegia 61%, Spagna 66%, Svezia 45%, Scozia 45%.

Occorre anche considerare un altro importante elemento: uno studio scientifico⁷ che ha messo a confronto 21 Paesi, ha rilevato che, in media, i decessi per Covid nelle RSA rappresentano il 46% di tutti i decessi per Covid. Gli autori hanno sottolineato che i dati lombardi sono sovrapponibili a quelli di altre realtà internazionali, al netto dell'età media e della percentuale di anziani in Regione Lombardia che risulta di molto superiore rispetto a quello di altre realtà nel mondo: gli ultrasettantenni in Lombardia sono il 17% della popolazione (Fonte Istat, 2020), nella Comunità autonoma di Madrid il 13%, in Catalogna il 6,9%, nella regione di Parigi il 10,9%, nella Greater London il 7,9%⁸. Sempre con riferimento alle RSA, uno degli argomenti esaminati è quello relativo ai tamponi nasofaringei di cui è stata lamentata la carenza all'interno delle strutture residenziali.

Sul punto occorre ricordare che lo scoppio violento della pandemia ha fatto registrare l'insufficienza dei reagenti e dei laboratori dedicati che, secondo quanto indicato dal Ministero, in Lombardia dovevano essere tre.

⁷ Comas-Herrera, Zalacain, Lemmon, Henderson, Litwin, Hsu AT, Schmidt, Arling, Fernandez, *Mortality associated with Covid-19 in care homes: international evidence: Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 14 October 2020.*

⁸ Signorelli, Odone, Gianfredi, Bossi, Bucci, Oradini-Alacreu, Frascella, Capraro, Chiappa, Blandi, Ciceri, Covid-19 mortality rate in nine high income metropolitan regions. *Acta Bio Med*, 2020, Jul 2020, in <http://doi.org/10.23750/abm.v91i9-S.10134>.

Regione Lombardia non ha mai vietato l'effettuazione dei tamponi nelle RSA, ma, in ottemperanza alle indicazioni ministeriali e tenuto conto della esiguità delle risorse disponibili, ha dato priorità ai soggetti sintomatici candidati al ricovero ospedaliero.

Del resto, era noto allora ed è noto ancora oggi, che l'effettuazione del tampone non dà alcuna sicurezza permanente al soggetto, potendo il virus essere in fase di incubazione e manifestarsi dopo il test. Ne deriva che l'unico vero rimedio da applicare sempre è l'isolamento della persona con sospetto covid, oltre all'uso delle oramai conosciutissime prescrizioni igienico-comportamentali.

In ogni caso, si rammenta che con circolare n.0006337 del 27.02.2020, il Ministero della salute ha trasmesso il *"Documento relativo all'opportunità di sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca di Covid-19/Sars-CoV-2 attraverso tampone rinofaringeo"* redatto dal Gruppo di lavoro permanente presso il Consiglio Superiore di Sanità. Nel documento si legge testualmente: *"...il Gruppo di lavoro ritiene appropriate e condivisibili le indicazioni emanate dal Ministero della salute e ribadite nella circolare prot. N. 5443 del 22/02/2020, raccomandando che l'esecuzione dei tamponi sia riservata ai soli casi sintomatici.... In assenza di sintomi, pertanto, il test non appare al momento sostenuto da un razionale scientifico, in quanto non fornisce un'informazione indicativa ai fini clinici e potrebbe essere addirittura fuorviante"*.

Sono chiari a tutti gli aspetti problematici di siffatta circolare in tema di circolazione del virus, posto che oggi è nota la presenza di soggetti positivi asintomatici in grado di contagiare altre persone.

Va anche precisato che nel mese di marzo 2020 furono circa 2.500 i tamponi eseguiti ad ospiti delle RSA, mentre in aprile e maggio furono, rispettivamente, 27.680 e 27.826. Ciò anche in considerazione dell'aumento di laboratori autorizzati (vedasi paragrafo successivo). Nel giugno 2020 la quasi totalità degli ospiti era stata sottoposta a tampone.

Infine, a chiusura dell'approfondimento sulle RSA, si esprime apprezzamento per la delibera regionale del 31 marzo 2020, la quale ha previsto una attenta valutazione dei pazienti ultrasettantacinquenni presenti nelle RSA prima di un loro eventuale trasferimento in ospedale. Ciò è stato previsto – correttamente, si ritiene – in quanto il trasporto presso un ambiente ospedaliero o di pronto soccorso avrebbe potuto esporre i pazienti di questa fascia d'età ad un rischio di contagio notevolmente più alto.

Va infine ricordato che a seguito dell'inizio della somministrazione, da datarsi a metà gennaio 2021, del vaccino anti-covid ai pazienti ospiti nelle RSA, nel giro di circa tre settimane i focolai pandemici nelle RSA si sono estinti; da allora, non se ne è ripresentato più nemmeno uno.

SISTEMA DI SCREENING DELLA POPOLAZIONE E GESTIONE DEI TAMPONI

Val la pena ricordare, anche se in parte già richiamato all'inizio della presente relazione, quanto l'Istituto Superiore di Sanità ha scritto nel documento del 12

ottobre 2020 dal titolo "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale", ha così riepilogato e descritto le fasi evolutive iniziali della pandemia da covid:

"Il 31 dicembre 2019, le autorità sanitarie cinesi hanno notificato un focolaio di casi di polmonite ad eziologia non nota nella città di Wuhan ...

Il 9 gennaio 2020, il China CDC (il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina) ha identificato un nuovo coronavirus (provvisoriamente chiamato 2019-nCoV) come agente eziologico di questa patologia.

Il 14 gennaio 2020 l'OMS riportava nelle sue comunicazioni che l'evidenza della possibile trasmissione interumana del nuovo virus era limitata. Tuttavia, il 22 gennaio dopo una missione in Cina, l'OMS ha dichiarato che vi era evidenza di una trasmissione interumana dell'infezione, ma che sarebbero stati necessari ulteriori studi per verificarne l'estensione. Questo fatto ha determinato l'inizio della fase di allerta.

... con la Circolare Ministeriale "Polmonite da nuovo coronavirus (2019- nCoV) in Cina" del 22 gennaio 2020 (16), è stata istituita una sorveglianza epidemiologica su casi gravi di malattia respiratoria acuta con storia di viaggio in zone di trasmissione di COVID-19 o contatto con casi accertati di infezione da SARS-CoV-2, sulla base delle definizioni di caso predisposte dall'OMS e delle specifiche tecniche fornite dall'ECDC ai Paesi UE/SEE e al Regno Unito...

È stata inoltre definita, a seguito della stessa circolare, dal Ministero della salute e dalle Regioni e PA, una rete di 31 laboratori con capacità diagnostiche per effettuare analisi di laboratorio per casi sospetti di infezione da SARS-CoV-2 secondo i protocolli indicati dall'OMS".

La DG Welfare di Regione Lombardia, sin dal mese di dicembre 2019 – come ogni anno – ha avviato la sorveglianza delle forme gravi di influenza ed ha trasmesso a tutte le strutture del SSR le indicazioni nazionali per garantire il funzionamento del sistema di sorveglianza.

Va ricordato, peraltro che – con delibera di Giunta n. 1046 del 17.12.2018 - era stato previsto che *"tutti i casi di malattie infettive per i quali non è prevista comunicazione a Regione"* in forza di disposizioni specifiche, ma che *"si ritiene possano avere un impatto mediatico e/o allarme sociale rilevante"*, potessero (e dovessero) essere segnalati direttamente a Regione *"scrivendo a maria_gramegna@regione.lombardia.it e mainf@regione.lombardia.it"*.

Pertanto, nel momento in cui l'OMS ha diramato la prima notizia sul nuovo focolaio di polmonite segnalato dalle autorità cinesi, erano già attivi nel territorio regionale entrambi i sistemi di sorveglianza sopra indicati; il secondo dei quali era stato specificamente concepito per consentire la segnalazione diretta e immediata, agli uffici regionali preposti alla prevenzione delle malattie infettive, di qualsivoglia fenomeno, anche ad eziologia sconosciuta, che risultasse anomalo e/o destasse allarme a livello locale.

Il Ministero della salute, per parte sua, con la circolare del 22 gennaio 2020, ha fornito le seguenti prime indicazioni per l'individuazione dei casi da sottoporre a test diagnostico dell'eventuale presenza di infezione da SARS-Cov-2:

"1. Infezione respiratoria acuta grave (SARI) in una persona, con febbre e tosse che ha richiesto il ricovero in ospedale, senza un'altra eziologia che spieghi

pienamente la presentazione clinica 1 (i medici dovrebbero prestare attenzione anche alla possibilità di presentazioni atipiche in pazienti immunocompromessi);

E uno qualsiasi dei seguenti:

a. storia di viaggi a Wuhan, provincia di Hubei, Cina, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure

b. la malattia si verifica in un operatore sanitario che ha lavorato in un ambiente dove si stanno curando pazienti con infezioni respiratorie acute gravi, senza considerare il luogo di residenza o la storia di viaggi.

2. Una persona che manifesta un decorso clinico insolito o inaspettato, soprattutto un deterioramento improvviso nonostante un trattamento adeguato, senza tener conto del luogo di residenza o storia di viaggio, anche se è stata identificata un'altra eziologia che spiega pienamente la situazione clinica.

3. Una persona con malattia respiratoria acuta di qualsiasi grado di gravità che, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della malattia, presenta una delle seguenti esposizioni:

a. contatto stretto con un caso confermato sintomatico di infezione da nCoV; oppure

b. una struttura sanitaria in un paese in cui sono state segnalate infezioni nosocomiali da nCoV; oppure

c. ha visitato o ha lavorato in un mercato di animali vivi a Wuhan, Cina

d. [contatto stretto con animali (se la fonte animale viene identificata) nei paesi in cui il nCoV è noto che circoli nelle popolazioni animali o dove si sono verificate infezioni umane per presunta trasmissione zoonotica]"

In base al predetto provvedimento, pertanto, non era dirimente l'avvenuto soggiorno a Wuhan né tantomeno la sussistenza di un contatto stretto con un caso confermato sintomatico.

Il 27 gennaio, con circolare n. 2302, la Direzione Generale della Prevenzione del Ministero ha diramato ulteriori indicazioni sulla base dell'evoluzione della situazione epidemiologica e delle conoscenze scientifiche disponibili.

In particolare, nell'allegato 1, alla predetta circolare, sono state fornite definizioni aggiornate di "caso sospetto", "probabile" e "confermato", mentre nell'allegato 2 erano precisate le modalità per la diagnosi molecolare e la raccomandazione per la raccolta dei campioni in conformità alle indicazioni dei competenti organismi internazionali.

I casi da sottoporre a tampone sono stati così delineati dalla nuova circolare: "Definizione di caso per la segnalazione.

La definizione di caso si basa sulle informazioni attualmente disponibili e può essere rivista in base all'evoluzione della situazione epidemiologica e delle conoscenze scientifiche disponibili.

Caso sospetto

A. Una persona con Infezione respiratoria acuta grave – SARI - (febbre, tosse e che ha richiesto il ricovero in ospedale), e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica¹ E almeno una delle seguenti condizioni:

- storia di viaggi o residenza in aree a rischio della Cina, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure
- il paziente è un operatore sanitario che ha lavorato in un ambiente dove si stanno curando pazienti con infezioni respiratorie acute gravi ad eziologia sconosciuta.

B. Una persona con malattia respiratoria acuta e almeno una delle seguenti condizioni:

- contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da nCoV nei 14 giorni

precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure

- ha visitato o ha lavorato in un mercato di animali vivi a Wuhan, provincia di Hubei, Cina, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; oppure

- ha lavorato o frequentato una struttura sanitaria nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della

sintomatologia dove sono stati ricoverati pazienti con infezioni nosocomiali da 2019-nCoV;

Caso probabile

Un caso sospetto il cui risultato del test per 2019-nCoV è dubbio utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per 2019-nCoV o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Caso confermato

Una persona con conferma di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento dell'Istituto Superiore di Sanità per infezione da 2019-nCoV, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici".

Il Ministero, quindi, con la circolare del 27 gennaio 2020 ha rimosso (dalla "definizione di caso per la segnalazione") la tipologia n. 2 di cui alla sopraccitata circolare 1997 del 22 gennaio 2020 ("2. Una persona che manifesta un decorso clinico insolito o inaspettato, soprattutto un deterioramento improvviso nonostante un trattamento adeguato, senza tener conto del luogo di residenza o storia di viaggio, anche se è stata identificata un'altra eziologia che spiega pienamente la situazione clinica").

Sicché, di fatto, con la circolare del 27 gennaio 2020, le ipotesi di "caso" da sottoporre a tampone per la diagnosi di malattia da Covid 19 sono state circoscritte dal Ministero a chi arrivava dalla Cina o era stato in contatto con soggetto che arrivava dalla Cina.

Il 5 febbraio 2020 nella sezione del sito internet del Ministero della salute dedicato al Covid-19 sono state pubblicate le seguenti precisazioni dell'Istituto Superiore di sanità ai "dubbi più frequenti" relativi alla nuova infezione da Sars-Cov-2:

"... Al momento, secondo le evidenze scientifiche disponibili, il virus non circola in Italia. Le uniche condizioni di rischio legate all'infezione sono aver viaggiato negli ultimi 14 giorni in zone della Cina in cui il virus si sta diffondendo e aver avuto contatti con persone con infezione accertata ...

... La diagnosi deve essere eseguita nei laboratori di riferimento. Per le persone senza sintomi di una certa gravità e senza fattori di rischio non è previsto al momento iniziare un iter diagnostico ...".

La D.G. Welfare di Regione Lombardia, oltre a trasmettere pressoché in tempo reale le circolari e le indicazioni ministeriali a tutti gli operatori del sistema sanitario regionale, con nota esplicativa e di aggiornamento della dott.ssa Maria Gramegna del 7 FEBBRAIO 2020 - protocollo G1.2020.0005384, riepilogando tutte le disposizioni ministeriali sino ad allora emanate ha sottolineato – fra l'altro – che "come confermato da ISS nella riunione del 29/1/2020, ... anche in presenza di identificazione di altre diagnosi eziologiche (es. influenza) è necessario testare egualmente per 2019 – nCoV il caso sospetto".

A far data dal 13 dicembre 2019 sino al 20 febbraio 2020 sono stati inseriti nell'applicativo per la sorveglianza dei casi gravi di influenza 128 segnalazioni (nella stagione 2018/19, stesso periodo, erano state inserite n. 145 segnalazioni e, nella stagione 2017/18, 132 segnalazioni).

A far data dal 25 gennaio 2020, i campioni inerenti ai casi segnalati sono stati testati anche per il nuovo Coronavirus "Sars-Cov2".

Nessuna segnalazione è stata effettuata a Regione Lombardia con le modalità individuate con la su citata delibera del 2018 circa situazioni sospette o di allarme per la salute dei cittadini.

A partire dalla individuazione del caso 1 a Codogno è stata immediatamente avviata l'attività di *contact tracing* dei contatti del paziente 1, che ha consentito di individuare un crescente numero di casi positivi che giorno per giorno si estendevano dalla zona di Codogno per arrivare a lambire le province di Cremona e Pavia.

Nella prima fase i tamponi sono stati eseguiti da equipe mobili ATS, su circa 450 contatti stretti dei casi 1, 2 e 3, nelle zone di Codogno e Cremona. I tamponi venivano eseguiti al domicilio dei contatti stretti e mediante un laboratorio attivato nell'Azienda Unilever.

Il 22 febbraio, con circolare inviata alle ore 00.34, la Direzione Generale Welfare ha trasmesso alle ATS e ASST indicazioni aggiornate, relative, tra l'altro, al tracciamento e alla gestione dei contatti di casi accertati di Covid:

"1.1) DEFINIZIONE DI CONTATTO STRETTO

Il nuovo Coronavirus, SARS-CoV-2, è un virus respiratorio che si diffonde principalmente attraverso il contatto stretto con una persona infetta, laddove "contatto stretto" è definito:

- *operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19, o personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2.*
- *Essere stato a stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato di COVID-19.*
- *Vivere nella stessa casa di un caso sospetto o confermato di COVID-19.*
- *Aver viaggiato in aereo nella stessa fila o nelle due file antecedenti o successive di un caso sospetto o confermato di COVID-19, compagni di viaggio o persone addette all'assistenza, e membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo indicando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).*

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima o dopo la manifestazione della malattia nel caso.

Di seguito le indicazioni per la gestione dei contatti

- *Gestione di un contatto stretto di caso confermato*

Asintomatico: sorveglianza domiciliare per 14 giorni, verrà predisposto tampone domiciliare e utilizzo DPI; si consiglia isolamento anche dei conviventi del contatto fino all'esito negativo del tampone effettuato sul contatto;

Con sintomi: dare indicazioni al paziente di chiamare 112 e attivare ricovero in reparto di malattie infettive;

- *Soggetto - NON contatto -*

Asintomatico, ma convivente di contatto in isolamento: si consiglia isolamento anche dei conviventi del contatto fino all'esito negativo del tampone effettuato sul contatto;

Con sintomi come da definizione di caso ma residente a residente a Codogno, Castiglione d'Adda, Casalpusterlengo, Fombio, Maleo, Somaglia, Bertonico, Terranova dei Passerini, Castelgrundo e San Fiorano: dare indicazioni al paziente di chiamare 112 che valuta ricovero in reparto di malattie infettive".

Il Ministero della salute, invece, con circolare del 22 febbraio 2020 n. 5443 ha fornito le seguenti indicazioni per l'individuazione dei casi da sottoporre tamponi molecolare:

"A. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti sintomi: febbre, tosse, dispnea) che ha richiesto o meno il ricovero in ospedale

E nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia, ha soddisfatto almeno una delle seguenti condizioni:

- storia di viaggi o residenza in Cina;

oppure

- contatto stretto con un caso probabile o confermato di infezione da SARS-CoV-2;

oppure

- ha lavorato o ha frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con infezione da SARS-CoV-2.

Si sottolinea che la positività riscontrata per i comuni patogeni respiratori potrebbe non escludere la coinfezione da SARS-CoV-2 e pertanto i campioni vanno comunque testati per questo virus".

In questa fase, quindi, le indicazioni ministeriali circoscrivevano chiaramente l'esecuzione del test per l'individuazione della positività a Covid-19 ai soli soggetti sintomatici.

Infatti, con successiva circolare del 25 febbraio 2020 n. 5889 il Ministero ha ulteriormente sottolineato che *"In assenza di sintomi... il test non appare sostenuto da un rationale scientifico, in quanto non fornisce una informazione indicativa ai fini clinici in coerenza con la definizione di "caso".*

E, con successiva circolare del 27 febbraio 2020, n. 6337, lo stesso Ministero ha ribadito – ancora – la raccomandazione di riservare l'esecuzione dei tamponi *"ai soli casi sintomatici di ILI non attribuibili ad altra causa e con link epidemiologico ad aree di trasmissione secondaria, a casi di ARDS e di SARI oltre che ai casi sospetti di Covid19 secondo le definizioni di cui all'allegato 1 del presente documento", ritenendo che "In assenza di sintomi ... il test non appare al momento sostenuto da un rationale scientifico, in quanto non fornisce un'informazione indicativa ai fini clinici e potrebbe essere addirittura fuorviante".*

Con circolare n. 7922 del 9 marzo 2020, il Ministero continua a mantenere l'indicazione di eseguire tamponi diagnostici ai soggetti affetti da sintomi di infezione respiratoria acuta, seppure venga finalmente eliminato il necessario collegamento con un link epidemiologico (Cina, contatto stretto o struttura ospedaliera). I casi da sottoporre a diagnosi di Sars-Cov-2 sono così delineati:

1. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria)

*E senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale * durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;*

oppure

2. Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;

oppure

3. Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria)

E che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica".

Il 10 marzo 2020 con Protocollo G1.2020.001 1004 Regione Lombardia individua come prioritaria l'effettuazione dei tamponi alla casistica n. 3 (ossia quella non riferibile a specifici link epidemiologici) della circolare di cui sopra, dando la seguente indicazione:

"è necessario dare priorità alla fattispecie indicata alla definizione n 3 di caso sospetto di COVID 19 che richiede esecuzione di test diagnostico della circolare ministeriale 7922 del 9/03 (3. Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) e che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica).

In tal senso le altre due fattispecie saranno da tenere in considerazione nel momento di riduzione dei casi".

Ancor prima, comunque, con nota del DG Welfare del 1° marzo 2020 alle ATS e ASST "Gestione ospedaliera paziente COVID19" era stato indicato che:

"Ogni paziente che si presentasse in PS con un quadro clinico suggestivo di infezione respiratoria e che necessitasse di ricovero, dovesse essere testato per COVID-19 con tampone nasofaringeo, anche senza procedere prima ad indagare eventuale contatto con caso certo e/o provenienza geografica".

Solo dal 20 marzo con Circolare n. 9774 il Ministero della salute fornisce indirizzi relativi al tracciamento dei contatti:

"Nelle attività di rintraccio dei contatti in ambito di sorveglianza sanitaria, sulla base di valutazioni caso per caso effettuate dall'operatore di Sanità Pubblica nella propria concreta attività, appare necessario identificare tutti gli individui che sono stati o possono essere stati a contatto con un caso confermato o probabile di COVID-19, focalizzando la ricerca degli stessi con particolare attenzione alle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso. Sussiste, in ogni caso, la definizione di caso di COVID-19 per la segnalazione, come da circolare n. 0007922-09/03/2020 'COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso' (Allegato 1).".

Per quanto concerne l'esecuzione dei tamponi al personale sanitario, le prime indicazioni ministeriali sono state diramate il 25 marzo con Circolare del Ministero della salute n. 7865 ("Tamponi a personale sanitario"), in cui è stato previsto che:

"Allo stesso modo, è corretto che il personale sanitario esposto venga sottoposto a indagini (tampone rino-faringeo) mirate a valutare l'eventuale

positività per SARS-CoV-2. Questa misura, oltre a costituire una tutela per il personale sanitario, è rilevante anche per i soggetti che vengono a contatto con il personale medesimo e, in questa prospettiva, lo stesso tipo di approccio va rivolto agli operatori tutti, sanitari e non, che operano nelle RSA, ove si concentra un alto numero di soggetti che, soprattutto per età, ma anche per presenza di comorbidità, sono particolarmente fragili ed esposti al rischio di forme severe o addirittura fatali di Covid-19".

In talune aziende sociosanitarie lombarde è stato attivato un protocollo interno che prevede la sottoposizione volontaria al tampone, una volta al mese, per tutti gli operatori mentre per gli operatori operanti in alcuni reparti viene resa invece obbligatoria ed avviene due volte al mese.

Ci sono state difficoltà con l'effettuazione dei tamponi. All'interno delle ASST, infatti, all'inizio della fase emergenziale, si poteva contare su un unico strumento, in grado di processare appena 16 tamponi al giorno. È stato necessario, pertanto, delegare grossa parte dell'attività di indagine epidemiologica a strutture esterne alle aziende: l'Istituto Zooprofilattico della Lombardia e dell'Emilia-Romagna con sede a Brescia, gli Spedali Civili di Brescia, il Policlinico San Matteo di Pavia. Si è posto, per questa ragione, anche un delicato problema di movimentazione, di trasporto dei tamponi; non solo verso le strutture esterne, ma anche all'interno delle ASST, dal momento che i tamponi, per poter essere processati, andavano trasportati verso strutture esterne.

La difficoltà nell'effettuazione e gestione dei tamponi ha avuto ripercussioni sulla gestione dei pazienti: dovendosi attendere tempi piuttosto lunghi per avere una diagnosi di positività, questo ha ritardato l'effettuazione di tutta una serie di attività, soprattutto ricoveri o dimissioni.

La capacità di gestione dei tamponi è aumentata nel tempo in maniera incrementale: si è arrivati ad una capacità di 600 tamponi al giorno, di questi, la maggior parte veniva effettuata all'interno dei presidi sanitari, per parte residuale all'esterno, tramite *drive-through*. I tamponi interni erano dedicati ai pazienti in Pronto Soccorso, ai pazienti Covid e ai pazienti con ricoveri programmati.

L'indagine epidemiologica ha potuto avvalersi di una rete allargata. Tuttavia, soprattutto nei primi mesi, si è comunque dovuto far fronte al problema di una rete dei laboratori per l'esecuzione dei tamponi ancora ridotta rispetto al numero di segnalazioni provenienti dal territorio. Come soluzione, si è scelto di considerare i casi ancora sospetti come accertati positivi, richiedendo a queste persone di porsi in isolamento fiduciario.

In un primo momento, i tamponi venivano effettuati solo a coloro che si presentassero con sintomi in ospedale, allo scopo di stabilire se ricoverarli o meno, questo perché i laboratori a disposizione all'inizio dell'emergenza erano soltanto tre, sulla base di quanto concordato prima dell'emergenza con il Ministero della salute: a Milano l'Ospedale Sacco e l'Università Statale e, a Pavia, il Policlinico San Matteo. Ed erano in grado di processare un numero globalmente basso di tamponi, pari a poche migliaia alla settimana.

Ma immediatamente, all'aumento dei casi, la DG Welfare si attivava per ampliare progressivamente l'offerta di laboratori che, in ogni caso, doveva fare i conti con la carenza di test diagnostici. Al 26 febbraio i laboratori erano 5, 12 al 6 marzo, 31 al 23 marzo, 43 al 27 aprile, 54 al 16 giugno, oltre ad alcuni laboratori fuori regione. Anche dopo il sistema si è ulteriormente allargato, fino a quando, a novembre 2020, si è arrivati a processare circa 110.000 tamponi alla settimana.

È stato sviluppato anche un altro portale, "Portale Covid", attivo dal 1° marzo 2020, per prenotare i tamponi presso le ASST e per vedere l'esito dei tamponi. A causa della difficoltà di reperire i reagenti e la strumentazione necessaria alla somministrazione dei test diagnostici, nonché della limitata capacità di esecuzione dei tamponi, soprattutto nella prima ondata vi sono stati ritardi nell'attività dei laboratori. Successivamente, il sistema è stato migliorato dal punto di vista organizzativo: infatti, sono state integrate le anagrafiche con i numeri e tutti i contatti possibili. Inoltre, i flussi provenivano da laboratori e contesti informatici diversi, non sempre normalizzati e, essendo generati da fonti diverse, si sono verificati ritardi nella notifica dell'esito, criticità poi migliorata nel tempo.

Nei primissimi giorni dell'emergenza, gli sforzi delle ATS, ma soprattutto di Regione Lombardia sono stati quelli di effettuare, nel modo più analitico possibile, l'indagine epidemiologica sui casi per cercare di capire quale fosse il livello di diffusione del contagio. Ancora, nei primi giorni sono state fatte campagne di screening dei tamponi, andando avanti fino a quando il numero di casi incidenti è divenuto critico in relazione alla capacità del sistema diagnostico.

Appena è stato possibile e le linee di indirizzo nazionali e il reperimento del materiale necessario (reagenti, tamponi, ecc.) lo hanno consentito, le ATS hanno condotto una intensissima attività di rilevazione rivolta anche alla cerchia dei contatti stretti e, spesso, effettuando *screening* a tappeto.

Con il passare del tempo, è migliorata la disponibilità dei tamponi, la capacità analitica dei laboratori; è stata condotta una campagna aggressiva di tracciamento (contatti stretti ma anche *screening* a tappeto).

Le scelte di Regione Lombardia circa l'esecuzione dei tamponi e la distribuzione dei compiti di *screening* tra le diverse strutture sanitarie sono state tutte scelte aderenti alle indicazioni Ministeriali, obbligate, vincolate agli scarissimi strumenti – numero di tamponi e laboratori per la processazione – che si avevano inizialmente a disposizione. La priorità è stata data agli ospedali (Protocollo G1.2020.0011004 10 marzo – vedi sopra) anche per evitare di ricoverare in reparti Covid-19 pazienti con difficoltà respiratorie ma non contagiati dal virus.

Anche in questo caso la gestione centralizzata degli approvvigionamenti, in capo alla struttura commissariale nazionale, ha dimostrato tutta la propria farraginosità nella distribuzione capillare alle Regioni dei dispositivi e delle risorse necessarie ad implementare le attività di *screening*.

CONCLUSIONI

Alla luce di quanto riportato nella narrazione della presente relazione, si può sostenere che Regione Lombardia, nel corso della fase emergenziale da Covid-19 analizzata dalla Commissione d'Inchiesta Emergenza Covid-19, ha operato attivamente, instancabilmente e con ogni mezzo a propria disposizione per contrastare il deflagrare di un evento sconosciuto e inatteso. In tale contesto, l'amministrazione regionale si è attenuta alle disposizioni nazionali, in linea con il principio costituzionale di leale collaborazione, mettendo in campo, al contempo, mezzi, strumenti, personale e conoscenze tecniche e scientifiche che hanno fatto da esempio per il resto del sistema Paese.

Si è consapevoli che tali sforzi, specialmente nei primissimi giorni, potevano non essere perfettamente adeguati ad un'emergenza sconosciuta, inaspettata e su cui non era pervenuto alcun tipo di informazione dal livello di governo statale. La mancanza di informazioni scientifiche e di indicazioni operative da parte dello Stato nei confronti di Regione Lombardia – e di tutte le Regioni – ha causato un grave ritardo nell'attivazione della macchina organizzativa.

Ciononostante, Regione Lombardia ha operato senza risparmiare sforzi e, in taluni casi, ha anticipato le disposizioni nazionali con l'unico scopo di offrire a tutti i cittadini – nessuno escluso – le cure di cui avevano bisogno.

La presente relazione finale ha inteso, pertanto, ricostruire in maniera nitida e appropriata le prime fasi di gestione dell'emergenza pandemica da Covid-19.