

Responsibility&Accountability:

Tesi: il disastro in termini di vittime della prima ondata di COVID-19 e la catastrofe della val Seriana sono diretta conseguenza della mancata attuazione del regolamento sanitario internazionale-RSI (2005).

(Pier Paolo Lunelli, 27 maggio 2022)

Abstract.

Per dimostrare la tesi di cui sopra ci porremo le seguenti domande. Cos'è il Regolamento sanitario internazionale? Perché la sua mancata attuazione è probabilmente la fonte del disastro nazionale in termini di vittime nella prima ondata della SARS CoV-2? La confinante Svizzera era preparata a questo evento? In quale modo? E nel nostro Paese eravamo preparati? Cosa c'è di rilevante nel regolamento sanitario internazionale (RSI) da noi approvato nel 2005 e che non abbiamo osservato? In altre parole, abbiamo implementato i contenuti il Regolamento sanitario internazionale (RSI) nella nostra legislazione nazionale? Perché il RSI del 2005 doveva diventare legge dello Stato entro il giugno del 2007? Come mai non è avvenuto? Cosa sono le capacità fondamentali assolutamente necessarie che secondo il RSI dovevamo mettere in piedi? Perché servono a costruire la casa della sicurezza e difesa dalle epidemie? Perché era importante disporre di una legislazione nazionale ad hoc? Quali sono le fondamenta e i pilastri della casa della sicurezza che avrebbe dovuto proteggere i cittadini italiani? In quale maniera l'OMS poteva accertarsi che i Paesi si attenessero alle norme del regolamento sanitario internazionale? In che cosa consiste la modalità di controllo indiretta dell'OMS attraverso autovalutazioni annuali? Come ci siamo classificati a queste autovalutazioni nazionali? Quale è il ruolo aggiuntivo dell'Europa in tutto questo? Riassumendo il tema del quadro normativo nazionale, cosa si può concludere? Si possono individuare precise responsabilità politiche di questo disastro? Da quando partono queste responsabilità politiche? Quali lezioni dobbiamo apprendere da questo disastro?

Ora c'è una novità. Il 25 maggio 2022 l'OMS ha condotto l'ultimo aggiornamento della scheda delle autovalutazioni dei Paesi membri per l'anno 2021. Nonostante gli sforzi profusi dal nostro Paese e i finanziamenti aggiuntivi pari a circa 20 miliardi per la sola sanità, notiamo che la capacità fondamentale chiamata C1 Policy&Legal è precipitata dal 95% dell'anno precedente al 20% del 2021. Si tratta di un giudizio gravemente insufficiente. Ciò a significare la reale indisponibilità di una legislazione idonea a gestire una pandemia che prima era stato assicurato ci fosse. Una valutazione così carente potrebbe essere il preludio per l'approvazione di un provvedimento legislativo ad hoc, il quale arriverebbe oltre dieci anni dopo il termine fissato dall'OMS (2012). Meglio tardi che mai.

Abbiamo dimostrato la tesi di partenza? Certo, il disastro in termini di vittime della prima ondata di COVID-19 e la catastrofe della val Seriana sono verosimilmente diretta conseguenza della mancata attuazione del regolamento sanitario internazionale-RSI (2005).

Responsibility&Accountability:

Tesi: il disastro in termini di vittime della prima ondata di COVID-19 e la catastrofe della val Seriana sono conseguenza della mancata attuazione del regolamento sanitario internazionale-RSI (2005).

Che cosa è il Regolamento sanitario internazionale (RSI) 2005?

È il più importante trattato multilaterale giuridicamente vincolante¹ per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie. È stato approvato da 196 Ministri della salute, tra cui il nostro, nel maggio 2005. È uno strumento regolativo internazionale, elaborato dopo la **SARS CoV-1 del 2003**, il quale indica agli Stati firmatari cosa dovevano fare entro il 2012 per prevenire emergenze sanitarie di grande portata come le pandemie. Tutte cose da predisporre prima, non durante le emergenze.

Perché la sua mancata attuazione è probabilmente fonte del disastro nazionale in termini di vittime nella prima ondata della SARS CoV-2?

Perché il Regolamento sanitario internazionale (RSI) ribadiva a tutti i Paesi firmatari che bisognava prepararsi e fissava le scadenze temporali per essere in grado di gestire emergenze sanitarie di vasta portata come le pandemie. **Per verificare come eravamo preparati basta confrontare il tasso di mortalità per milione di abitanti tra l'Italia e la confinante Svizzera.** Per ogni milione di cittadini, nella previdente Svizzera i decessi sono 1/3 di quelli italiani e 1/6 di quelli della confinante Lombardia, 1/24 di quelli della provincia di Bergamo (2400% in più). Sono numeri che non hanno eguali nel mondo occidentale. In provincia di Bergamo si è verificata una vera e propria ecatombe, ascrivibile alla impreparazione, alla colpevole procrastinazione di decisioni assolutamente necessarie e al palleggio delle responsabilità tra Stato, Regioni e Province.

Ci chiediamo: la Svizzera era preparata a questo evento? In che modo?

Il piano pandemico svizzero era aggiornato al 2018 ed era alla 5^a edizione² e in lingua italiana. Le precedenti versioni erano del 2014, 2009 e 2006. Notiamo che è scritto in modo chiarissimo e scorrevole. L'esecuzione del contenimento e dei lockdown settoriali è delegata ai Cantoni sulla base del livello di rischio comunicato da Berna. Scopriamo che è stato elaborato da una Commissione di esperti³ nominata dal Consiglio federale del Governo svizzero e alle sue dirette dipendenze in quanto **la pandemia è stata considerata una minaccia alla sicurezza nazionale svizzera.**

Vi sono chiaramente definite le responsabilità ai vari livelli e ha come unica base giuridica la **“Legge svizzera sulle epidemie” approvata nel 2012⁴** e per via referendaria nel 2014. Questo provvedimento legislativo è a sua volta fondato sulle prescrizioni del **“Regolamento sanitario internazionale (RSI)”** ratificato dalla Confederazione elvetica alla fine del 2005. **Il bandolo della matassa, il filo conduttore di tutto è proprio il RSI.** In figura 1 è rappresentato il risultato dell'autovalutazione del 2021 sulle 15 capacità fondamentali predisposte dalla Svizzera, il quale ricalca quando già dichiarato nei tre anni precedenti.⁵ **E' da sottolineare che la presenza della “legge federale sulle epidemie” ha consentito alla**

¹ [International Health Regulation, 3rd edition 2016](#)

² [Piano svizzero per pandemia influenzale 2018](#)

³ [Commissione federale per la preparazione e la risposta alle pandemie \(CFP\)](#)

⁴ [Legge federale svizzera sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano, 28 settembre 2012](#)

⁵ [OMS e-SPAR State Party Annual Report 2010-2022](#)

Svizzera di attribuirsi un punteggio di 100 su 100 nella capacità fondamentale C1, che è il fondamento, il motore per lo sviluppo di tutte le altre.(figura 1 a sinistra).

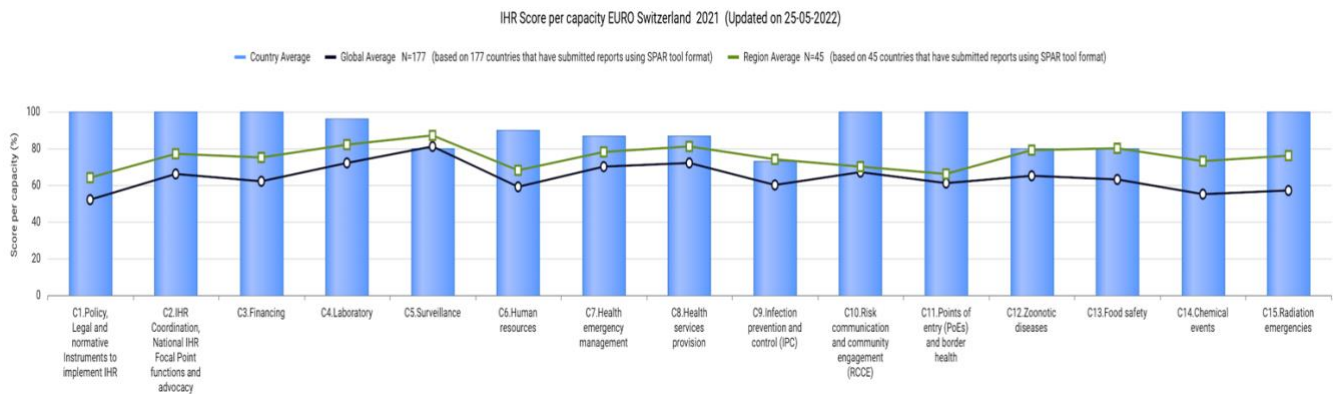


Figura 1: Autovalutazione della Svizzera nel 2021. La capacità fondamentale C1 Policy&Legal è 100 su 100 perché hanno la legge sulle epidemie, come richiedeva l'OMS. Anche la capacità C2 coordinamento generale, chiaramente espressa nel piano pandemico edizione 2018, ottiene 100 su 100. Pure la C10, comunicazione del rischio alla popolazione, è un vero successo. La fotografia non è cambiata rispetto agli anni precedenti 2020, 2019 e 2018

In relazione alle risposte il punteggio è così riassunto: gravemente insufficiente(<30%), insufficiente (<50), sufficiente (51-60), discreto (60-70), buono(71-80), ottimo(81-99), eccellente(100). Più avanti vedremo come abbiamo risposto noi.

Eravamo preparati nel nostro Paese?

A noi mancava il filo conduttore del Regolamento sanitario internazionale (RSI). Abbiamo soltanto il piano pandemico del 2006, alla 2^a edizione. La sua validità è stata confermata nel 2016 ma non fa alcun riferimento al Regolamento sanitario internazionale (RSI), approvato nel 2005. Qui emerge il primo dubbio sulla conferma del 2016: era stata considerata l'esistenza del RSI? Come si interfacciava con il piano pandemico confermato nel 2016? A peggiorare la situazione, **il quadro normativo, la base giuridica nazionale appare un intrico di provvedimenti legislativi:** dalla Legge n.225/92, al D.L. n.343/2001, convertito nella Legge n.401/2001, al D.L. n.245/2002, convertito nella Legge n.286/2002, al D.L. n.90/2005, convertito nella Legge n.152/2005 (dal 2005 in poi se ne sono aggiunte almeno altre tre).

Cosa ci richiedeva di fare l'Unione europea?

Nel novembre 2013, l'Unione Europea ha emanato la **Legge 1082⁶ sulle gravi minacce alla salute a carattere transfrontaliero.** Anche questa è giuridicamente fondata sul Regolamento sanitario internazionale (RSI) **ma anch'essa è stata misconosciuta e completamente ignorata dal nostro Paese.** Fatto salvo il rispetto del RSI, l'UE chiedeva molte cose aggiuntive: centri operativi multidisciplinari sincronizzati a livello centrale, regionale, provinciale e locale, piani di continuità operativa nei settori dei servizi essenziali, norme per le aziende, piani di aumento e molto altro ancora.

⁶ [Decisione N. 1082/2013/UE Del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22 ottobre 2013 relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero](#)

Cosa c'è di rilevante nel regolamento sanitario internazionale (RSI) da noi approvato nel 2005?

All'art. 59⁷ è stabilito che il regolamento entra in vigore nel giugno del 2007. **Dice che entro tale data gli Stati firmatari devono implementare in pieno i contenuti del RSI nella propria legislazione nazionale.** Era possibile la dilazione di un anno, che noi non abbiamo richiesto.

Abbiamo implementato i contenuti il Regolamento sanitario internazionale (RSI) nella nostra legislazione nazionale?

La Svizzera ha pubblicato il RSI nell'elenco delle leggi in vigore nel 2005 (originale in francese e traduzioni in tedesco e italiano).⁸

A tutt'oggi, in Italia, il RSI del 2005 **non** risulta nell'elenco delle leggi nazionali vigenti. Questo almeno è il risultato utilizzando il motore di ricerca della Presidenza del Consiglio con il testo nel titolo: "regolamento sanitario internazionale"⁹ (vedi figura 2). La bizzarria sta nel fatto che sembrerebbe ancora in vigore il vecchio regolamento ratificato nel 1982, specifico soltanto per Peste, Colera, Febbre gialla e Vaiolo. Questo aveva abrogato il precedente approvato nel 1951 e ratificato nel 1954. Siamo di fronte a un vero e proprio paradosso.

LEGGE 9 Febbraio 1982, n. 106

[Approvazione ed esecuzione del regolamento sanitario internazionale, adottato a Boston il 25 luglio 1969, modificato dal regolamento addizionale, adottato a Ginevra il 23 maggio 1973.]

(GU n. 87 del 30-03-1982 - Suppl. Ordinario)

evidenzia testo

LEGGE 31 Luglio 1954, n. 861

[Esecuzione del Regolamento sanitario internazionale approvato dall'Assemblea dell'Organizzazione mondiale della sanità' il 25 maggio 1951.]

(GU n. 220 del 24-09-1954 - Suppl. Ordinario)

evidenzia testo

Figura 2: Risultati della ricerca su "Normattiva" alla voce regolamento sanitario internazionale nel testo della norma. La legge del 1982, che abroga quella del 1954, sembrerebbe tutt'ora in vigore in quanto manca il Regolamento sanitario internazionale del 2005. Soltanto a partire dal 2021 ci sono citazioni al regolamento sanitario internazionale 1^a edizione (dal 2016 è in vigore la 3^a)

Perché il RSI del 2005 doveva diventare legge dello Stato entro il giugno del 2007?

Perché era ed è ancora l'origine della catena di azioni e provvedimenti che dovevano essere messi in atto dal nostro Paese. La risposta risolutiva la troviamo agli art. 5¹⁰ e 13¹¹ del RSI, secondo i quali ciascun Paese firmatario doveva "sviluppare, rinforzare e mantenere entro 5 anni a partire dal 2007 le cosiddette capacità fondamentali (core capacities) per rispondere prontamente ai rischi per la salute connessi alle emergenze sanitarie di impatto internazionale. Si poteva ottenere una dilazione di due anni,

⁷ [International Health Regulation, 3rd edition 2016](#), Article 59 Entry into force; period for rejection or reservations, para 2 e para 3. (pp 36-37)

⁸ [Svizzera, Regolamento sanitario internazionale](#)

⁹ [Presidenza del Consiglio norme attive alla voce regolamento sanitario internazionale](#)

¹⁰ [International Health Regulations 2016](#), Art. 5 Surveillance, para. 1 e Annex 1, p.11

¹¹ [International Health Regulations 2016](#), Art. 13, Public health Response, para. 1 e 2, p. 15

ma il 2014 era comunque la dead line. L'elenco delle capacità fondamentali richieste è dettagliatamente esplicitato nell'**Allegato 1 al RSI**.¹²

Cosa sono queste capacità fondamentali assolutamente necessarie che dovevamo mettere in piedi?

L'allegato 1 al RSI elenca 13 capacità fondamentali richieste in ambito sanitario a livello locale, regionale, provinciale e nazionale (poi diventate 15 nel 2021). Sono capacità tutte necessarie per essere in grado di prevenire, proteggere e contenere la diffusione delle malattie infettive a tutti i livelli, locale, provinciale, regionale e nazionale. In altre parole **rappresentano le fondamenta e i pilastri della “casa della sicurezza e difesa dalle epidemie/pandemie”** che ciascuno Stato doveva edificare per salvaguardare la salute dei propri cittadini.

Quali sono le fondamenta di questa “casa della sicurezza e difesa dalle epidemie/pandemie”?

Il perno fondamentale sul quale ruota tutto il resto è la capacità fondamentale n. 1, ovvero la disponibilità di un'adeguata “legislazione e finanziamento” necessaria per avviare un processo molto complesso.

Perché era importante avere una legislazione nazionale per le emergenze sanitarie?

Innanzitutto, un chiaro quadro normativo era necessario per finanziare la realizzazione, in cinque anni dal 2007 al 2012, delle capacità fondamentali richieste ai citati art. 5 e 13. Il tutto in base a un complesso progetto, sicuramente più costoso del ponte sullo Stretto di Messina.

In secondo luogo dovevamo regolamentare giuridicamente temi delicati come la catena di comando, le responsabilità a livello nazionale, regionale e locale, la necessità di un sistema informativo unificato per la sorveglianza sanitaria in tempo reale dagli ospedali al centro operativo nazionale ai fini della valutazione del rischio, i provvedimenti di limitazione delle libertà personali, la quarantena, l'isolamento, l'obbligo di vaccinazione per i sanitari, le disposizioni penali per delitti e contravvenzioni, gli indennizzi per danni alle imprese obbligate a chiudere le attività, la limitazione delle libertà professionali, la gestione dell'eccesso di mortalità, la chiusura delle scuole, il divieto di manifestazioni, gli indennizzi ai laboratori, il trattamento dei dati personali in regime di emergenza, gli indennizzi per danni dovuti alle vaccinazioni ecc.. Tutti questi temi sono ampiamente dettagliati nella Legge svizzera per le epidemie in lingua italiana.¹³ Per il nostro Paese, gli elementi sopracitati sono tutti fuori dalla diga che abbiamo provato a tappare *alla belle e meglio* emergenza durante. Ma poi la diga è saltata.

Mentre i Paesi in via di sviluppo potevano fare soltanto il minimo necessario per la salute dei propri cittadini, noi potevamo e dovevamo fare molto di più, come indicato nell'art. 43 del Regolamento sanitario internazionale.¹⁴ **Questo “di più” era espressamente richiesto dagli art. 2 e 4 della citata Legge 1082/2013¹⁵ del Parlamento europeo e del Consiglio sulle gravi minacce alla salute a carattere transfrontaliero. Come già ribadito anch'essa ignorata.**

¹² [International Health Regulations 2016, Annex 1, Core capacities requirements for surveillance and response](#), pp. 40-42

¹³ [Legge federale svizzera sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano, 28 settembre 2012](#)

¹⁴ [International Health Regulations 2016, Art. 43, Additional health Measures](#), para. 1 e seguenti, pp. 29-30

¹⁵ [Decisione N. 1082/2013/UE Del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22 ottobre 2013 relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero](#)

Quali sono i pilastri di questa casa della sicurezza da legare alle fondamenta della capacità n. 1?

Oltre alle fondamenta rappresentate dalla capacità fondamentale n. 1, l'OMS ha individuato 12 pilastri (diventati 14 nel 2021).

Il primo pilastro è il coordinamento generale, il cui punto di partenza era la nomina “politica” della Commissione/Comitato per la pandemia, anch'esso mai costituita o rinnovata. Questa commissione /comitato doveva elaborare e mantenere aggiornato il piano pandemico; in sintesi, doveva stabilire chi guida, chi decide e chi supporta, in altre parole la catena di comando, le deleghe di autorità e il coordinamento multidisciplinare a livello centrale, regionale e locale. **Tale Commissione, in Svizzera, è nominata con decreto dal Governo Federale perché la pandemia è considerata una minaccia alla sicurezza nazionale.**

Questa commissione/comitato avrebbe dovuto acquisire negli anni una profonda conoscenza sul tema pandemico (almeno 20 migliaia di pagine OMS dal 2003 ad oggi), per diventare poi consulente scientifico principale della politica per l'assunzione di decisioni tempestive.¹⁶ La tempestività di intervento è cruciale per contenere un focolaio prima che si trasformi in pandemia. La Thailandia, ad esempio, dal 2006 aveva predisposto decine di Team specializzati di Risposta Rapida fino a livello provinciale con capacità di recarsi sul posto, valutare la situazione e proporre decisioni immediate.

Il paradosso sta nel fatto che **l'ordine per il totale contenimento del focolaio della bassa val Seriana è giunto un mese dopo le prime insistenti segnalazioni di allarme degli ospedali** e questa è stata la principale causa della strage (Irpinia reload¹⁷). **Secondo**, una rete di sorveglianza sanitaria simile alla catena di radar dell'aeronautica militare e ai relativi centri operativi. **Terzo** la preparazione preventiva dell'intero Paese. **Quarto**, la capacità di rispondere ad un'emergenza pandemica in maniera efficace, testata con esercitazioni. Seguono, la comunicazione al pubblico, la formazione dei sanitari, i laboratori, la sorveglianza nei porti e aeroporti, la preparazione alle emergenze chimiche (disastri ambientali che inquinano l'aria e le acque) e radiologiche (la centrale atomica di Fukushima) ecc.

In quale maniera l'OMS poteva verificare che i Paesi si attenessero alle norme del regolamento sanitario internazionale?

L'OMS non ha l'autorità di interferire negli affari interni di uno Stato parte. Per questo ha adottato **due forme indirette di controllo**: le autovalutazioni annuali a partire dal 2010 e le valutazioni esterne su richiesta del Paese interessato.

In che cosa consiste la modalità di controllo indiretta dell'OMS attraverso autovalutazioni annuali?

Consiste nella richiesta di compilare annualmente un questionario di autovalutazione. All'inizio si trattava di rispondere a circa 300 domande a risposta chiusa (sì o no). Dal 2018 ci si basa invece su specifici benchmark abbastanza complessi da illustrare. Il risultato complessivo, suddiviso per le iniziali 13 e ora 15 capacità fondamentali, è restituito dall'OMS con i grafici di figura 1, 3, 4 e 5.¹⁸ In relazione alle risposte si ottiene un punteggio globale tra: gravemente insufficiente, insufficiente, sufficiente, discreto, buono, ottimo, eccellente. Sappiamo che **le nostre risposte, inviate soltanto 5 anni su 10, ci ponevamo tra l'ottimo e l'eccellente. In realtà, come edremo, erano infondate e inattendibili.**¹⁹

¹⁶ Il Comitato Tecnico Scientifico, riunitosi per la prima volta venerdì 7 febbraio 2020, non disponeva di questo background assolutamente necessario.

¹⁷ Le principali cause dei ritardi che contraddistinsero l'intervento dello Stato in soccorso alle popolazioni irpine terremotate il 23 novembre 1980 furono la mancata preparazione degli organi del Ministero dell'interno responsabile della Difesa Civile unita alla tendenza romana a sottovalutare la portata dell'evento non assumendo tempestive decisioni. Risultato: più di 3000 morti e molti di essi sono deceduti dopo giorni di inumana sofferenza.

¹⁸ [OMS e-SPAR State Party Annual Report 2010-2022](#) Basta entrare nella Regione euro e scegliere il Paese.

¹⁹ [Allegato F. Analisi dettagliata delle autovalutazioni rese dall'Italia all'OMS dal 2010 al 2020](#)

Come ci siamo classificati nelle autovalutazioni nazionali?

In figura 3 è rappresentato il risultato dell'autovalutazione ante COVID-19 2020 (pre pandemia). Notate che la **capacità n. 1 C1 Legislation and Financing** è stata da noi auto valutata al **95% (quasi eccellente)**; la C2 Coordinamento è all'80% (ottimo).²⁰ 100 su 100 nella voce C5 laboratori, 90 su 100 nella sorveglianza sanitaria, migliore persino di quella svizzera che si auto valuta 80 su 100 (vedi fig.1). Solo le risorse umane del sistema sanitario (C7) e la comunicazione del rischio (C10) ottengono un punteggio discreto.

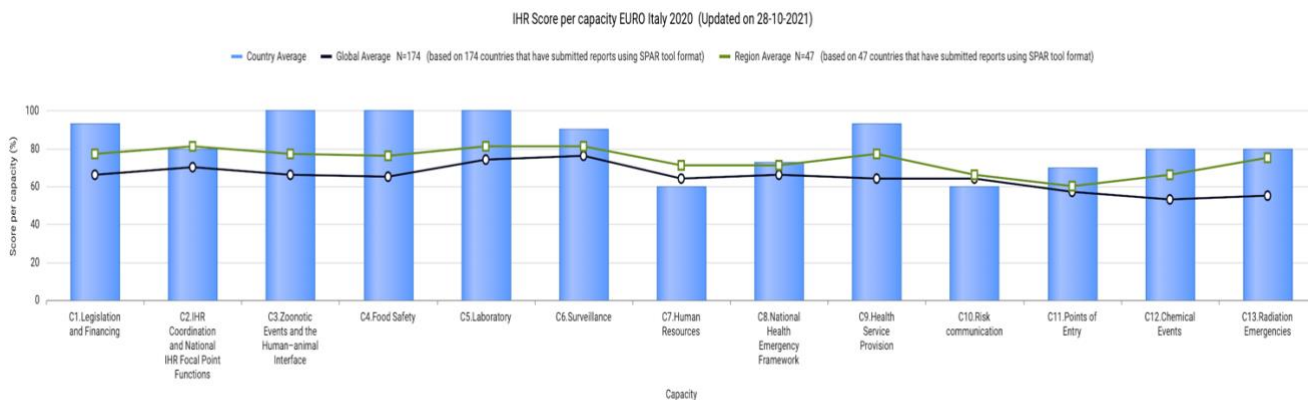


Figura 3: L'autovalutazione effettuata per l'anno 2020 pre COVID. La C1 legislazione e finanziamento è stata auto valutata al 90%, la C2 coordinamento all'80%. La C6 Sorveglianza al 90%. La C5 laboratori al 100%. Solo la C7 Personale del sistema sanitario e la C10 Comunicazione del rischio erano al 60%.

Nel 2021, un anno dopo (vedi fig. 4) e nonostante gli sforzi e i finanziamenti aggiuntivi profusi pari a circa 20 miliardi, **la capacità fondamentale rinominata C1 Policy&Legal è precipitata dal 95 al 20% (gravemente insufficiente)**. Ciò a significare l'indisponibilità di una legislazione appropriata che prima era stato assicurato ci fosse. **Oppure forse ora ci auto valutiamo in modo onesto**. Anche la capacità fondamentale C2 Coordinamento è crollata dall'80 al 65%; la C6 Sorveglianza, rinominata nel 2021 C5 Surveillance, è scesa dal 90 all'80%; la C7 Risorse umane sanitarie, rinominata C6 nel 2021, è caduta dal 60 al 50%. Nella prevenzione delle infezioni, (C9), siamo invece addirittura superiori alla Svizzera con l'80%.

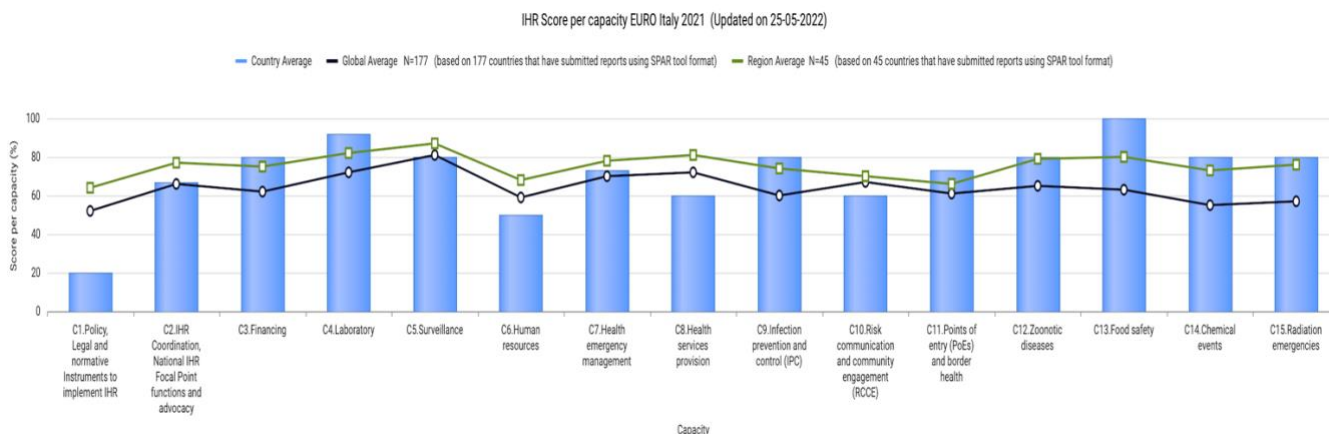


Figura 4: L'autovalutazione effettuata per l'anno 2021. Evidente è il crollo della C1. Osservare che alcune capacità sono state rinominate C1 e C2 sono rimaste le stesse, C7 del 2020 è diventata C6. C6 del 2020 è diventata C5. La C8 del 2020 è diventata C7 ecc.

²⁰ [OMS e-SPAR State Party Annual Report 2010-2022](#)

A che cosa è dovuto questo crollo dell'autovalutazione della capacità n. 1 ?

Il titolo della capacità fondamentale n. 1 è: strumenti **normativi giuridici**²¹ e di **policy per l'attuazione del Regolamento sanitario internazionale (RSI)**.²² Le competenze necessarie indicate nel questionario richiedono di disporre di un quadro giuridico adeguato nei settori pertinenti per sostenere e facilitare l'efficace e efficiente attuazione di tutti gli obblighi indicati nel RSI. Un valido quadro giuridico consente di rafforzare le funzioni essenziali della salute pubblica volte al miglioramento delle altre 14 capacità fondamentali. Queste politiche per l'attuazione del RSI dovrebbero essere in armonia con i principi dell'articolo 3 e ed essere adottati in modo trasparente e non discriminatorio, compreso l'uguaglianza di genere. **Il punteggio auto attribuito del 20% (gravemente insufficiente) si ottiene barrando il Livello 1. Questo significa che: "Il Paese non ha condotto la mappatura degli strumenti giuridici e normativi e delle politiche rilevanti per l'attuazione del Regolamento sanitario internazionale."** (Vedi figura 5). Questa è un'attività che avremmo dovuto eseguire nel lontano 2007, nel momento in cui il RSI è entrato in vigore. Avevamo 5 anni di tempo per metterci a posto ma la procrastinazione ha vinto ancora una volta.

Indicators	
Level	C1.1. Policy, legal and normative instruments ⁵
Level 1	The country has not conducted a mapping ⁶ of relevant legal and normative instruments and policies for IHR implementation <input type="checkbox"/>
Level 2	The country has conducted a legal analysis (e.g., a legal mapping and assessment) of relevant legal and normative instruments and policies for IHR implementation at the national and subnational levels and documented, where applicable <input type="checkbox"/>
Level 3	The country has identified and reviewed gaps in the health sector and developed and/or revised the necessary legal and normative instruments and policies for IHR implementation at the national and subnational levels, where applicable <input type="checkbox"/>
Level 4	The country has identified and reviewed gaps in all sectors and across government levels ⁷ and developed and/or revised the necessary legal and normative instruments and policies for IHR implementation at the national and subnational levels, where applicable <input type="checkbox"/>
Level 5	The country has identified and reviewed gaps in all sectors and across government levels and developed and/or revised the necessary legal and normative instruments and policies for IHR implementation in all sectors and across government levels, which are regularly evaluated and improved based on lessons learned from real-world events and exercises (as applicable) <input type="checkbox"/>
Please add below comments describing the rationale for the checked level for this indicator and specify the activities that are related to capacity-building for this indicator. Choose all applicable check boxes according to the status of implementation and the area related to your comments	
Status of implementation: <input type="checkbox"/> planned <input type="checkbox"/> achieved <input type="checkbox"/> strength/best practice <input type="checkbox"/> ongoing <input type="checkbox"/> challenges/gaps <input type="checkbox"/> other	
Area Involved: <input type="checkbox"/> financing <input type="checkbox"/> policy <input type="checkbox"/> leadership & governance <input type="checkbox"/> risk communication <input type="checkbox"/> guidelines & SOPs <input type="checkbox"/> infrastructure & logistics <input type="checkbox"/> assessments <input type="checkbox"/> legislation <input type="checkbox"/> coordination & collaboration mechanisms <input type="checkbox"/> workforce <input type="checkbox"/> health information systems <input type="checkbox"/> others	

Figura 5: L'indicatore della capacità n. 1 Policy, legal and normative instruments compilato nel 2021 dal Ministero della salute. Il punteggio 20% che risulta dal grafico in figura 4 corrisponde al Livello 1 (rosso, gravemente insufficiente). Ciò significa che Il Paese non ha condotto la mappatura degli strumenti giuridici e normativi e delle politiche necessarie per l'attuazione del Regolamento sanitario internazionale. Questa carenza si riflette negativamente in maniera pesante su tutte le altre capacità fondamentali

²¹ Strumenti giuridici: costituzione, legislazione, decreti, regolamenti

²² [WHO State Party Self Assessment Annual Reporting Tool Second Edition, 2021.](#) pp. 12 , 13

Il crollo in un anno di 75 punti della capacità C1 è quindi l'accertamento della indisponibilità di un quadro normativo adeguato, dimostrazione che non eravamo preparati. Ed era proprio questo quadro normativo, richiesto dal Regolamento sanitario internazionale, il fulcro attorno al quale si sarebbero dovute sviluppare tutte le altre capacità fondamentali. La Svizzera, come già detto, lo ha predisposto con la cosiddetta Legge sulle epidemie che è pure in lingua italiana²³ e che forse basterebbe soltanto intelligentemente copiare. Le risposte ai questionari date negli anni precedenti, inviate soltanto 5 volte su 10, ci classificavano invece tra l'ottimo e perfino l'eccellente in alcune capacità. La media a livello mondiale.

Dal crollo della capacità C1 dal 95% del 2020 al 20% del 2021 traspare la considerazione che il quadro normativo non esisteva ed è tuttora lungi dall'essere formalizzato con apposita legge (vedi figure 3 e 4). E' la prova provata che le autovalutazioni su questa capacità fondamentale assolutamente necessaria erano false e ingannevoli. Perché? Perché il regolamento sanitario internazionale non è mai diventato legge dello Stato ed è rimasto chiuso in un cassetto. Come mai? Non si sa. Poiché questa informazione è pubblica, ora gli altri Paesi europei sanno che siamo carenti nella capacità n. 1, che costituisce le fondamenta per tutte le altre.

Per ulteriore conferma, proviamo ora a paragonare i risultati del 2021 con l'autovalutazione del 2016 di figura 6. La C1 precipita da 100 a 20%. In sostanza, nel 2016 avevamo dichiarato che la nostra legislazione era attagliata in toto al Regolamento sanitario internazionale!

La C2 rimane stabile. La Sorveglianza sanitaria (C5 ex C3 nel 2016) scende dal 95 all'80%. La C4 Risposta, rinominata nel 2021 con la C7 gestione delle emergenze sanitarie, passa dal 100% all'75%. La C6 comunicazione del rischio, rinominata nel 2021 con la C10, crolla da 100 al 60%.

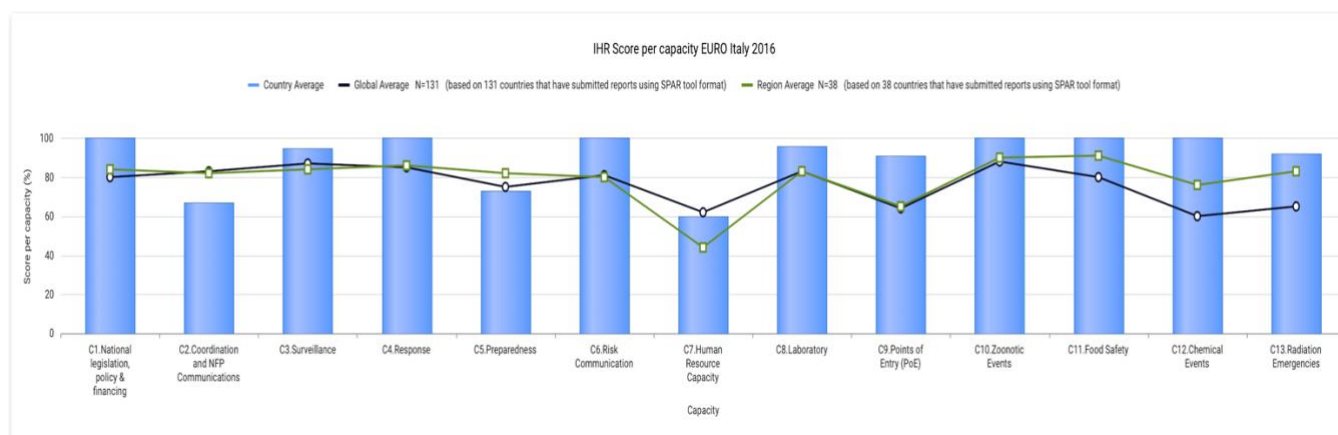


Figura 6: L'autovalutazione inviata nel 2016. Osservare che alcune capacità sono state rinominate C1 e C2 sono rimaste le stesse. La C3 del 2016 è diventata C5 nel 2021. La C4 Response del 2016 è diventata C7 Gestione delle emergenze sanitarie. La C6 comunicazione del rischio del 2016 è diventata C10 nel 2021

Come avviene la seconda modalità di controllo indiretto dell'OMS, quella della valutazione esterna?

Un team internazionale organizzato dall'OMS, su richiesta specifica del Paese interessato, lo visita e ne valuta le capacità in base a uno scenario. Più di 100 Paesi hanno chiesto all'OMS e ottenuto di valutare le proprie capacità nazionali. **L'Italia non lo ha mai chiesto.** In Europa troviamo Svizzera, Germania Olanda, Finlandia, Lituania, Lettonia, Danimarca. In Oriente abbiamo Giappone, Australia Nuova Zelanda, Thailandia, Vietnam. Tutti Paesi che hanno risposto alla prima ondata in modo più che soddisfacente.

²³ [Legge federale svizzera sulla lotta contro le malattie trasmissibili dell'essere umano, 28 settembre 2012](#)

Quale ruolo dell'Europa in tutto questo?

Nel primo decennio l'Unione Europea ha svolto un ruolo di coordinamento informale propositivo ma **dal novembre 2013 è diventato formale e impositivo** con la pubblicazione della citata legge 1082/2013²⁴ del Parlamento europeo e del Consiglio. Purtroppo, la maggior parte delle norme indicate in questa legge europea che fa riferimento al Regolamento sanitario internazionale non sono state osservate. Anche l'UE utilizza lo strumento delle autovalutazioni a cadenza triennale. Alla prima del 2014 non abbiamo risposto e siamo anche stati ufficiosamente bacchettati l'anno dopo nel rapporto al Parlamento. **Alla seconda autovalutazione del 2017 abbiamo dichiarato vere molte cose che vere non sono.**²⁵ E sì che già nel piano di prevenzione sanitaria nazionale 2014-2018 del Ministero della salute approvato nel 2015 era scritto che dovevamo adeguarci alle norme europee.²⁶

Riassumendo il tema del quadro normativo nazionale, cosa si può concludere?

È lecito sostenere che abbiamo violato sia il Regolamento sanitario internazionale agli art. 5, 13, 59 e Allegato 1, sia la Legge europea 1082/2013 agli art. 2, 4 6, 8. Non è una bella figura per la reputazione del nostro Paese. Certo, non siamo i soli imprevidenti, ma non possiamo liquidare il tutto con un elusivo "mal comune mezzo gaudio." Dobbiamo misurarci invece con Paesi previdenti come la Svizzera che ha fatto molto, molto meglio di noi. **Il peccato originale, la genesi di tutto, potrebbe essere la mancata pubblicazione e la mancata attuazione del Regolamento sanitario internazionale del 2005.** La sua trasformazione in legge avrebbe dato spunti per la stesura e messa in atto di un progetto adeguatamente finanziato per lo sviluppo delle 13 capacità fondamentali allora richieste. È quello che ha fatto la Svizzera a partire dal 2007, condividendo poi con il nostro Paese le cinque edizioni dei suoi piani pandemici in lingua italiana²⁷ (vedi figura 1 Svizzera comparata con figura 4 Italia).

È un po' quello che, in parte, abbiamo cominciato a fare adesso con il piano pandemico panflu 2021-2023. All'appello, tuttavia, mancano ancora le fondamenta: la capacità fondamentale n. 1 la quale richiede una legislazione appropriata, come ora è dimostrato da sincere autovalutazioni, (vedi figura 4) unita alla definizione delle responsabilità e delle misure di coordinamento a livello centrale, regionale e locale indicate nella capacità fondamentale n. 2, nella quale ci stiamo ancora sopravvalutando. Mancando ancora le fondamenta, i 12 pilastri (dal 2021 sono 14) sono realizzati come sulla sabbia, per cui cresceranno inevitabilmente disallineati e la "casa della sicurezza" permarrà insicura. Senza considerare che ciò sarà origine di costi aggiuntivi e sperpero di risorse. Forse la sincera autovalutazione del 2021 certifica la reale indisponibilità di una legislazione idonea a gestire una pandemia che prima era stato assicurato ci fosse. Una valutazione così carente potrebbe essere il preludio per l'approvazione di un provvedimento legislativo ad hoc, il quale arriverebbe oltre dieci anni dopo il termine fissato dall'OMS (2012). Meglio tardi che mai.

²⁴ [Decisione N. 1082/2013/UE Del Parlamento Europeo e del Consiglio del 22 ottobre 2013 relativa alle gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero](#)

²⁵ [Allegato G. Analisi delle autovalutazioni rese all'UE](#)

²⁶ [Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Piano di prevenzione sanitaria 2014-2018](#), p. 63: "Inoltre, con l'entrata in vigore, nel 2013, della nuova Decisione della Commissione Europea (No 1082/2013/EU), l'Italia è chiamata a sviluppare un piano generico di preparazione a serie minacce transfrontaliere per la salute sia di origine biologica (malattie infettive, resistenza agli antibiotici e infezioni nosocomiali, biotossine), che di origine chimica, ambientale o sconosciuta e a minacce che potrebbero costituire un'emergenza sanitaria di carattere internazionale nell'ambito del Regolamento Sanitario Internazionale."

²⁷ [Piano svizzero per pandemia influenzale 2018](#)

Si possono individuare precise responsabilità politiche di questo disastro?

Il grado di controllo dei politici sui ministeri è per sua stessa natura relativamente debole. Le burocrazie sono grandi e gestiscono migliaia di problemi ogni giorno, mentre i politici sono pochi, hanno altre priorità in competizione, si occupano troppo spesso degli interessi del proprio partito e del proprio collegio per cui hanno severi vincoli cognitivi e di tempo. Per questi motivi possono seguire in dettaglio soltanto un numero limitato di decisioni e i relativi processi di attuazione. Di conseguenza, tendono a delegare significativi poteri discrezionali alla burocrazia. L'autorità politica, tuttavia, mantiene la responsabilità dei compiti che ha delegato. Ed è in questo senso che il Ministro è responsabile degli atti del proprio dicastero come dice la Costituzione. Tuttavia, da profani in materia di responsabilità politica, si intravedono almeno **quattro ragioni fondamentali** per cui la politica non può chiamarsi fuori dalle responsabilità.

Qual è la prima ragione?

Nel piano pandemico del 2006 è precisato a chiare lettere che **“Una pandemia influenzale costituisce una minaccia per la sicurezza dello Stato”**. Non si tratta di un'epidemia di morbillo da gestire localmente, ma di qualcosa di molto più ampio che coinvolge il Paese intero. È invece stata la pandemia più annunciata della storia degli ultimi 10 anni.

Le predisposizioni contro le minacce alla sicurezza interna del nostro Paese sono responsabilità del Presidente del Consiglio. C'è anche da chiedersi cos'abbiano fatto sia i Ministri della salute dal 2006 fino al 2020, sia chi si occupa della sicurezza dalle minacce dall'interno alla sicurezza dello Stato. È singolare che nel Comitato interministeriale per la sicurezza della repubblica (CISR)²⁸ che si occupa di queste cose non ci sia il Ministro della salute. Forse perché decenni fa era un dipartimento del Ministero dell'interno? **Eppure la pandemia era considerata una minaccia probabile sia dall'OMS, sia da tutti i Governi precedenti. Era ed è la più grave emergenza sanitaria all'orizzonte, seconda soltanto alla guerra.**

E la seconda ragione?

Il piano pandemico del 2006, rimasto vigente fino al gennaio 2021, al paragrafo 10 Operatività per fasi e livelli di rischio **attribuisce due responsabilità dirette del Ministro: Costituire il Comitato Nazionale per la Pandemia e sensibilizzare i decisori politici sull'importanza della pianificazione pandemica.** Entrambe sono state procrastinate sine die. **La nomina del Comitato Nazionale per la pandemia²⁹ con un preciso mandato avrebbe messo immediatamente in luce le nostre gravi carenze.** La sua nomina era prescritta dall'Allegato 1 al RSI³⁰ e considerata come primo atto per l'attuazione della capacità fondamentale n. 2 Coordinamento, punto focale nazionale. Abbiamo già detto che la Commissione federale svizzera per la pandemia,³¹ la quale ha elaborato il piano pandemico, è stata addirittura nominata dal Consiglio confederale. Quest'ultimo coincide proprio con il nostro Comitato interministeriale per la sicurezza della Repubblica (CISR) **per il suo carattere di minaccia alla sicurezza dello Stato.**

²⁸ [CISR](#) e [AISJ](#), che ha “ il compito di ricercare ed elaborare tutte le informazioni utili per difendere la sicurezza interna della Repubblica e le istituzioni democratiche da ogni minaccia.....

²⁹ In realtà dovrebbe chiamarsi Commissione, in analogia con quanto ha fatto la Svizzera e la protezione civile nazionale per le emergenze di sua specifica competenza.

³⁰ [International Health Regulations 2016](#), Annex. 1 , Additional health Measures, para. 1 comma (g) p. 41.: “to establish, operate and maintain a national public health emergency response plan, including the creation of multidisciplinary /multisectoral teams to respond to events that may constitute a public health emergency of international concern. “

³¹ [Commissione federale per la preparazione e la risposta alle pandemie \(CFP\)](#)

E la terza ragione?

L'omissione relativa alla mancata pubblicazione e attuazione del regolamento sanitario internazionale entro il giugno 2007 è indubbiamente l'origine della catena di eventi che ci hanno portato ad affrontare la pandemia impreparati. Di queste cose se ne occupano gli uffici legislativi dei Ministeri, i quali sono strutture preposte ad aiutare ciascun ministro a svolgere l'attività di indirizzo politico-amministrativo del dicastero che dirige. **L'ufficio legislativo è parte del Gabinetto del Ministro** e la sua composizione è definita al suo insediamento con un suo decreto. In altre parole è alle sue dirette dipendenze perché è il Ministro che seleziona direttamente il suo staff. Pertanto, la mancata pubblicazione in GU del regolamento sanitario internazionale è probabilmente frutto dell'incompetenza dell'Ufficio legislativo alle dirette dipendenze del Ministro. Perfino la legge europea 1982/2013 sulle minacce sanitarie transfrontaliere è stata completamente trascurata. Anche qui l'autorità politica, che ha il controllo diretto sul suo ufficio legislativo, non può esimersi dai suoi obblighi e responsabilità diretta, non indiretta. Né vanno trascurate le responsabilità della tecnostruttura che ha mancato di predisporre il progetto di sviluppo delle capacità fondamentali entro il 2007 valutandone i costi, che ha fatto false attestazioni nei questionari di autovalutazione ed ha costantemente procrastinato il problema fino che ci è scoppiato in mano.

E la quarta ragione?

Sicuramente la carente attribuzione delle responsabilità tra Stato e Regioni sul chi e come dovevano essere attuate le misure di contenimento. Poiché dopo l'approvazione del Titolo V la profilassi internazionale è rimasta di esclusiva competenza dello Stato,³² la dichiarazione dello stato di emergenza, la direzione delle operazioni, la notificazione delle fasi e dei livelli di ogni fase sono rimaste in capo ad esso, a meno di deleghe che dovevano però essere messe nero su bianco nel piano pandemico. Secondo le indicazioni al paragrafo 5 di questo piano, il 23 febbraio dovevano entrare in fase 5 livello 1 non soltanto alcuni comuni della provincia di Lodi e Vò Euganeo, ma anche la bassa val Seriana e Orzinovi. Il piano pandemico del 2006, ancora vigente fino al 2021, è molto chiaro su ciò che si doveva fare: ***“massimizzare gli sforzi per contenere o ritardare la diffusione del virus per evitare per quanto possibile la pandemia.”*** Che invece poi è esplosa nella provincia di Bergamo proprio a causa del colpevole ritardo di un mese.

Da quando partono queste responsabilità politiche?

Per le prime due ragioni dall'aprile del 2006, quando è stato pubblicato il piano pandemico. Per la terza ragione dal 15 giugno 2007, quando è entrato in vigore il Regolamento sanitario internazionale, una questione che deve essere gestita dall'ufficio legislativo alle dirette dipendenze del Ministro. Entro quella data detto regolamento doveva sostituire quello precedente ratificato nel 1982. Cosa che non sembra sia avvenuta. Per quanto riguarda l'implementazione della legge europea 1082, per le stesse ragioni la responsabilità politica parte dal novembre 2013. Per la mancata zona rossa nella val Seriana è noto che il Ministro aveva firmato il decreto, ma sappiamo che il Premier ha avuto altre idee.

Quali lezioni possiamo apprendere da questo disastro?

“La complessità delle emergenze sanitarie e non va gestita in base a un chiaro quadro istituzionale e normativo che preveda un'unica cabina di regia presso la Presidenza del Consiglio, una struttura che sia

³² [Art. 117 della Costituzione italiana](#): “ Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:..... q) dogane, protezione dei confini nazionali e **profilassi internazionale;**”

la base decisionale a livello nazionale in grado di avvalersi delle capacità delle Amministrazioni e dei vari enti competenti del sistema Paese. L'attuale l'inefficacia della catena di comando lascia spazio a dannose deviazioni, rese evidenti nella sterile competizione e nelle rivalità tra Stato, Agenzie, Dipartimenti e Regioni. Riepilogando, deve essere chiaramente indicato chi guida, chi supporta e le relative responsabilità.”³³

Il Prefetto Franco Gabrielli, ora direttore del DIS, sostiene che “siamo entrati nella pandemia in condizioni che, con un eufemismo, definirei tutt'altro che ottimali. Con amministrazioni locali spesso in contrapposizione con il governo centrale. E con un dipartimento della protezione civile non solo sopraffatto dagli eventi, ma anche preoccupato di tenere distinte le proprie responsabilità da quelle del ministero della Salute, grazie anche a quel baco della legge del 2018 che aveva riclassificato le emergenze non in base alla capacità di gestirle, ma in una mezzadria tra pubbliche amministrazioni necessaria a mantenere sfere di influenza di Ministeri e agenzie gelosi della propria.”³⁴

Le pandemie sono soltanto una delle tante possibili emergenze che possono coinvolgere il nostro Paese nei prossimi decenni. Per questo motivo sin dal 2008 l'OMS e altre organizzazioni^{35 36} hanno ribadito fino alla nausea la necessità di designare un'autorità politica (livello Sottosegretario) che svolga funzioni di coordinamento, cabina di regia per tutte le emergenze poiché condividono gran parte delle stesse risorse per la risposta a livello centrale, regionale e provinciale. Tale autorità dovrebbe incorporare capacità di previsione fondate su scenari, capacità di prevenzione e di organizzazione delle esercitazioni, funzioni ora disperse tra diversi Ministeri e Dipartimenti, ciascuno intimamente geloso delle proprie sfere di influenza.

In fondo, si tratta di realizzare il sogno rimasto nel cassetto del compianto Sen. Zamberletti. La sua splendida intuizione fu quella di designare nel lontano 1992 la Commissione nazionale per la previsione e la prevenzione dei grandi rischi,³⁷ intesa come luogo dove la speculazione teorica si doveva confrontare con la risoluzione concreta dei problemi. La sua funzione principale è proprio quella di fornire pareri di carattere tecnico-scientifico su quesiti e dare indicazioni su come migliorare la capacità di valutazione, previsione e prevenzione dei tanti rischi che dovremmo affrontare nel futuro. E' questa la struttura che dovrebbe supportare le attività del Sottosegretario designato per le emergenze. Se mai riusciremo ad averlo.

Abbiamo dimostrato la tesi di partenza?

La tesi di questo paper era che sia il disastro in termini di vittime nella prima ondata di COVID-19, sia la catastrofe nella val Seriana fossero conseguenza della mancata attuazione del regolamento sanitario internazionale-RSI (2005). Si ritiene che i fatti susseguenti corroborino nella sostanza questa tesi.

³³ [La minaccia biologica, chimica e radiologica: potenziali rischi e possibili risposte, CEMISS-IAI-Mininterno, 2008](#)

³⁴ Prefetto Franco Gabrielli, ora direttore del DIS, Naufragi e nuovi approdi, gennaio 2022, pp. 162 e seg. Intervista a La Repubblica 11 gennaio 2022

³⁵ Nel 2019: [A World at Risk, Annual Report on global preparedness for health emergencies 2019](#), pag. 8

³⁶ Nel 2020: [Press Statement, 2 June 2021](#)

³⁷ [Commissione Nazionale dei Grandi Rischi, Protezione civile](#)

Disclaimer

È chiaro che il diritto d'informazione dei cittadini debba essere tutelato. Il rapporto di cui sopra altro non è che l'espletamento di tale diritto. Il diritto ad informare, nella pratica, si traduce innanzitutto nel binomio cronaca-critica. Con il primo termine si allude alla mera narrazione dei fatti, aliena da qualsivoglia valutazione, aggiunta o omissione, con la nozione di "critica", invece, la notizia si colora di profonde sfumature soggettive, traducendosi nella espressione di un giudizio personale, una scelta valutativa. Il diritto di critica, allora, al contrario della mera cronaca, si esprime in una proposizione valutativa che comporta per sua natura l'esistenza di postulati o proposizioni indimostrabili dei quali non può predicarsi un controllo se non nei limiti della continenza espositiva ossia della adeguatezza alla finalità dialettica perseguita. In sostanza, il cronista espone i fatti oggettivamente, mentre il critico di essi fornisce una interpretazione soggettiva, che sia corredata da una "spiegazione" che renda manifesta al destinatario del messaggio la ragione della critica e dell'eventuale disapprovazione. Per la giurisprudenza, la nozione giuridica di verità (come quella, contraria e parallela, di falso) non coincide perfettamente con ciò che è possibile trarre da altre discipline quali la filosofia o la scienza, proprio perché il giurista condivide con il filosofo e lo scienziato l'incapacità di definire la "verità" in termini del tutto privi di aspetti problematici. In tale prospettiva, la "verità giornalistica" finisce per coincidere con il rispetto dell'obbligo di un rigoroso controllo circa l'attendibilità delle fonti, cioè nel riportare il fatto oggettivamente così come tali fonti lo hanno presentato. In altre parole, la verità che esonera chi fa informazione da responsabilità non è necessariamente quella dei fatti in sé, ma anche quella desumibile da fonti di cui si è scrupolosamente verificata l'attendibilità: per chi svolge attività informativa, di conseguenza, non è vero soltanto ciò che è.