



CENTRO ALTI STUDI  
PER LA DIFESA



ISTITUTO DI RICERCA E  
ANALISI DELLA DIFESA

**Andrea Molle**

**“Emergenza pandemica e Difesa: Analisi  
quantitativa e qualitativa delle criticità e delle  
vulnerabilità emerse in fase di impiego ed  
impatto strategico”**

---

**(Codice AQ SME 08 – AQ SMM 01)**





## **ISTITUTO DI RICERCA E ANALISI DELLA DIFESA**

L'Istituto di Ricerca e Analisi della Difesa (di seguito IRAD), per le esigenze del Ministero della Difesa, è responsabile di svolgere e coordinare attività di ricerca, alta formazione e analisi a carattere strategico sui fenomeni di natura politica, economica, sociale, culturale, militare e sull'effetto dell'introduzione di nuove tecnologie che determinano apprezzabili cambiamenti dello scenario di difesa e sicurezza, contribuendo allo sviluppo della cultura e della conoscenza a favore della collettività e dell'interesse nazionale.

L'IRAD, su indicazioni del Ministro della Difesa, svolge attività di ricerca in accordo con la disciplina di Valutazione della Qualità della Ricerca e sulla base della Programma nazionale per la ricerca, sviluppandone le tematiche in coordinamento con la Direzione di Alta Formazione e Ricerca del CASD.

L'Istituto provvede all'attivazione e al supporto di dottorati di ricerca e contribuisce alle attività di Alta Formazione del CASD nelle materie d'interesse relative alle aree: Sviluppo Organizzativo; Strategia globale e sicurezza/Scienze Strategiche; Innovazione, dimensione digitale, tecnologie e cyber security; Giuridica.

L'Istituto opera in coordinamento con altri organismi della Difesa e in consorzio con Università, imprese e industria del settore difesa e sicurezza; inoltre, agisce in sinergia con le realtà pubbliche e private, in Italia e all'estero, che operano nel campo della ricerca scientifica, dell'analisi e dello studio.

L'Istituto, avvalendosi del supporto consultivo del Comitato scientifico, è responsabile della programmazione, consulenza e supervisione scientifica delle attività accademiche, di ricerca e pubblicistiche.

L'IRAD si avvale altresì per le attività d'istituto di personale qualificato "ricercatore della Difesa, oltre a ricercatori a contratto e assistenti di ricerca, dottorandi e ricercatori post-dottorato.

L'IRAD, situato presso Palazzo Salviati a Roma, è posto alle dipendenze del Presidente del CASD ed è retto da un Ufficiale Generale di Brigata o grado equivalente che svolge il ruolo di Direttore.

Il Ministro della Difesa, sentiti il Capo di Stato Maggiore della Difesa, d'intesa con il Segretario Generale della Difesa/Direttore Nazionale degli Armamenti, per gli argomenti di rispettivo interesse, emana le direttive in merito alle attività di ricerca strategica, stabilendo le linee guida per l'attività di analisi e di collaborazione con le istituzioni omologhe e definendo i temi di studio da assegnare all'IRAD.

I ricercatori sono lasciati liberi di esprimere il proprio pensiero sugli argomenti trattati: il contenuto degli studi pubblicati riflette quindi esclusivamente il pensiero dei singoli autori e non quello del Ministero della Difesa né delle eventuali Istituzioni militari e/o civili alle quali i Ricercatori stessi appartengono.



**CENTRO ALTI STUDI  
PER LA DIFESA**



**ISTITUTO DI RICERCA E  
ANALISI DELLA DIFESA**

**Andrea Molle**

**“Emergenza pandemica e Difesa: Analisi  
quantitativa e qualitativa delle criticità e delle  
vulnerabilità emerse in fase di impiego ed  
impatto strategico”**

---

**(Codice AQ SME 08 – AQ SMM 01)**

# **“Emergenza pandemica e Difesa: Analisi quantitativa e qualitativa delle criticità e delle vulnerabilità emerse in fase di impiego ed impatto strategico”**

---



## **NOTA DI SALVAGUARDIA**

Quanto contenuto in questo volume riflette esclusivamente il pensiero dell'autore, e non quello del Ministero della Difesa né delle eventuali Istituzioni militari e/o civili alle quali l'autore stesso appartiene.

### **NOTE**

Le analisi sono sviluppate utilizzando informazioni disponibili su fonti aperte.

Questo volume è stato curato dall'**Ufficio Studi, Analisi e Innovazione dell'IRAD.**

Direttore

**Col. c. (li) s. SM Gualtiero Iacono**

Capo dell'Ufficio Studi, Analisi e Innovazione

**Col. AArn Pil. Loris Tabacchi**

Progetto grafico

**1° Mar. Massimo Lanfranco – C° 2ª Gianluca Bisanti – Serg. Manuel Santaniello – Ass. Amm. Massimo Bilotta**

Revisione e coordinamento

**Ten. Col. Luigi Bruschi – S.Ten. Elena Picchi – Funz. Amm. Aurora Buttinelli – Ass. Amm. Anna Rita Marra**

Autore

**Andrea Molle**

Stampato dalla Tipografia del **Centro Alti Studi per la Difesa**

**Istituto di Ricerca e Analisi della Difesa**

**Ufficio Studi, Analisi e Innovazione**

Palazzo Salviati

Piazza della Rovere, 83 - 00165 – Roma

tel. 06 4691 3205

e-mail: [irad.usai.capo@casd.difesa.it](mailto:irad.usai.capo@casd.difesa.it)

**chiusa a ottobre 2022**

**ISBN 979-12-5515-033-6**

<b>INDICE</b>	
<b>Sommario</b>	<b>7</b>
<b>Abstract</b>	<b>10</b>
<b>CAPITOLO 1</b>	<b>13</b>
<b>Il quadro generale della crisi: aspetti geopolitici e impatto della pandemia di COVID-19 sulle Forze Armate</b>	<b>13</b>
<b>1.1 L'impatto relativo sulle Forze Armate</b>	<b>16</b>
<b>CAPITOLO 2</b>	<b>21</b>
<b>Pandemia di COVID-19 in Italia: emergenza o crisi sistemica?</b>	<b>21</b>
<b>2.1 L'effetto destabilizzante della pandemia</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Breve presentazione del SSN</b>	<b>22</b>
<b>2.3 Il piano pandemico nazionale</b>	<b>24</b>
<b>2.4 La disorganizzata gestione politica dell'emergenza</b>	<b>26</b>
<b>2.5 Breve quadro quali-quantitativo dell'impatto della pandemia di COVID-19 sulla realtà italiana</b>	<b>27</b>
<b>CAPITOLO 3</b>	<b>33</b>
<b>Criticità, vulnerabilità e punti di forza già esistenti nella realtà italiana</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Le tappe della gestione italiana</b>	<b>33</b>
<b>3.2 La debolezza strutturale della risposta italiana</b>	<b>35</b>
<b>3.3 Le criticità di un "sistema" che non c'è: lo strumento Difesa-sicurezza</b>	<b>38</b>
<b>CAPITOLO 4</b>	<b>41</b>
<b>Gestione delle emergenze e crisi: quadro normativo vigente e prospettive normative</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Il principale quadro normativo di riferimento: l'approccio emergenziale del 2020</b>	<b>41</b>
<b>CAPITOLO 5</b>	<b>47</b>
<b>L'impiego della Difesa in contesti civili di emergenza: costi, vantaggi e limiti</b>	<b>47</b>
<b>CAPITOLO 6</b>	<b>49</b>
<b>Confronto con altre realtà Europee e del bacino del Mediterraneo</b>	<b>49</b>
<b>6.1 L'impatto internazionale della pandemia di Covid-19</b>	<b>49</b>
<b>6.2 La risposta collettiva e presentazione dei parametri dei casi di studio</b>	<b>51</b>
<b>6.2.1 La gestione di epidemie e pandemie</b>	<b>51</b>
<b>6.2.2 La struttura generale di un piano di preparazione per epidemie e pandemie</b>	<b>52</b>

6.2.3 L'esperienza di gestione della Unità Militare di Emergenza spagnola	54
<b>CAPITOLO 7</b>	<b>57</b>
<b>Risposta alla pandemia di Covid-19 e applicazione della dottrina militare: Italia, Francia, Portogallo e Spagna</b>	<b>57</b>
7.1 Italia	57
7.2 Francia	64
7.3 Portogallo	65
7.4 Spagna	66
<b>CAPITOLO 8</b>	<b>68</b>
<b>Le lezioni apprese dal COVID-19 e le proposte finalizzate alla gestione migliorata degli effetti di un evento pandemico di portata simile</b>	<b>68</b>
8.1 Criticità sistemica e difesa-sicurezza post COVID-19: verso una difesa civile e l'integrazione dello strumento militare	69
8.2 La specifica gestione della pandemia in un contesto navale	71
8.3 Dalla Protezione civile alla Difesa civile	73
<b>CAPITOLO 9</b>	<b>75</b>
<b>Conclusioni e <i>lessons learned</i> per la Difesa</b>	<b>75</b>
9.1 <i>Lesson learned 1</i> : Esigenze legislative e normative per un sistema resiliente	78
9.2 <i>Lesson learned 2</i> : L'imprescindibile riorganizzazione della Sanità militare	79
9.3 <i>Lesson learned 3</i> : Un servizio sanitario militare interforze	79
9.4 <i>Lesson Learned 4</i> : contenere le vulnerabilità di ingerenza esterna	80
<b>Bibliografia</b>	<b>84</b>
<b>Sitografia</b>	<b>90</b>
<b>Nota sull'IRAD e Nota sull'Autore</b>	<b>93</b>

## SOMMARIO

### Il contesto di riferimento

La pandemia di COVID-19 è un'emergenza globale senza precedenti che ha comportato milioni di contagiati e centinaia di migliaia di morti. La reazione dei governi, caratterizzata da incertezza e difficili compromessi, evidenzia impreparazione e assenza di coordinamento tra gli attori istituzionali deputati alla gestione dell'emergenza. Le reali implicazioni della pandemia sono ancora ben lungi dall'essere comprese, ma tra queste conseguenze troviamo già un orizzonte socio-economico incerto, l'aumento degli sconvolgimenti politici, le sempre più crescenti tensioni sociali e un aumento dei movimenti di protesta su scala globale. Nell'ambito delle relazioni internazionali, sono evidenti le tensioni geopolitiche alimentate da un'accresciuta competizione tra Stati e blocchi contrapposti che riposano sull'emergere di problemi strutturali e debolezze alimentate dalla pandemia. La pandemia sta inoltre rafforzando tendenze al nativismo in politica estera ed economica che potrebbero portare ad una crisi della *governance* globale, come dimostrato dal conflitto in Ucraina. La stessa incertezza si è anche rivelata particolarmente problematica sul fronte dello strumento militare, sia sotto il profilo dell'impatto diretto sulle attività delle Forze Armate, che in quello dell'impiego in contesti di assistenza alle istituzioni civili. Per tale motivo questo rapporto di ricerca parte dalla consapevolezza che sia necessario riflettere sul ruolo dello strumento militare nel suo compito di sostegno alla gestione delle emergenze o delle crisi che impattano la società civile.

### La ricerca: metodologia e risultati

Il lavoro di ricerca che segue offre una valutazione quali-quantitativa dei risultati ottenuti nello svolgimento dei compiti assegnati alle Forze Armate durante le diverse fasi della pandemia di COVID-19, che dimostrano che lo strumento militare è certamente in grado di assistere la società civile in una vasta gamma di scenari. La ricerca rileva però come l'adempimento di questi compiti abbia influito negativamente sul comparto militare in termini di rischio e diminuzione delle sue capacità operative.

Nella prima parte, il rapporto presenta un'analisi storica della risposta italiana alla pandemia di COVID-19, mettendo in luce l'attività delle Forze Armate ed evidenziando lo *stress* subito dalla Difesa. Sotto il profilo metodologico, questa parte del rapporto impiega un'analisi storica dell'andamento pandemico accompagnata da una valutazione quali-quantitativa dell'impatto sul sistema sanitario e dell'impiego delle Forze Armate. La valutazione dei risultati, dei limiti e delle debolezze strutturali della reazione italiana con

riferimento al piano pandemico nazionale è strutturata sia come un'analisi di tipo sociologico che giuridico ed ha evidenziato l'assenza di un'efficace "condivisione dei poteri amministrativi" e più specificamente dei poteri di regolamentazione amministrativa per le emergenze.

La seconda parte del rapporto si concentra sull'impiego delle Forze Armate valutandone quantitativamente impiego e costi. Il contributo della Difesa al contrasto e contenimento della pandemia di COVID-19, attraverso le operazioni "Igea" ed "Eos" si è configurato nella messa a disposizione di uomini, mezzi e attrezzature. L'analisi di questi studi di caso conclude come le Forze Armate non siano state impiegate come complemento di supporto agli organi preposti alla gestione e attenuazione delle emergenze, ma piuttosto in modo strutturale e sistematico in sostituzione degli stessi comportando una serie di rischi sia sul piano sanitario che di perdita di capacità operative. Si è inoltre valutata qualitativamente la specifica situazione della pandemia in un contesto navale. L'analisi ha messo in evidenza come la Marina Militare sia abituata ad affrontare focolai periodici di epidemie conosciute come l'influenza, e possieda dunque una certa esperienza nella gestione della diffusione di infezioni virali. Tuttavia, il COVID-19 a bordo delle unità navali ha comportato rischi maggiori in termini di capacità di adempiere la propria missione istituzionale nell'attuale contesto geopolitico in cui è di primaria importanza garantire la capacità operativa della Marina. Il rapporto conclude che se l'epidemia fosse stata più letale per la fascia demografica imbarcata sulle navi della Marina, la risposta della Forza Armata non sarebbe stata adeguata e che sarebbe dunque necessario apportare migliorie alla capacità medica di bordo per far fronte alle epidemie di malattie infettive e migliorare le comunicazioni tra le catene di comando mediche e operative di coordinamento al fine di riassegnare rapidamente il personale tra unità navali.

Infine, la ricerca ha confrontato la risposta italiana con i piani messi in atto dai principali *partner* militari europei (Francia, Portogallo e, soprattutto, Spagna) che hanno mostrato un comparabile quadro di criticità sotto il profilo sanitario, ma che hanno evidenziato un uso differente dello strumento militare. Da tale analisi comparata il rapporto conclude che, sebbene l'evoluzione futura della pandemia da COVID-19 o di altre minacce simili non sia nota, i governi nazionali e le organizzazioni sovranazionali devono pianificare e prepararsi per lo scenario peggiore avendo ben chiaro il metodo di intervento, ampliando la capacità di monitoraggio, prevedendo poche e chiare disposizioni legali nel quadro di un rivisto sistema di prevenzione e intervento e infine definendo protocolli operativi che adottino procedure standardizzate di *triage* sanitario basati su macro-dati statistici e analisi comparate.

### Lessons learned e conclusioni

Nella *terza parte*, dedicata alle conclusioni generali e alle proposte, la ricerca identifica la necessità di ripensare radicalmente la Difesa Civile e le seguenti *lesson learned*:

- è necessario adottare quanto prima un piano nazionale di Difesa civile, inquadrato all'interno di una normativa contenente istituzioni specifiche per strutturare un'autorità per la Difesa civile Nazionale;
- è necessario avviare un processo di riforma della Sanità militare mediante l'istituzione di un Servizio sanitario militare unificato interforze;
- è opportuno prevedere l'impiego di questo strumento sanitario militare interforze sia nell'effettuazione di interventi di carattere umanitario all'estero che nell'ambito di operazioni su territorio nazionale a supporto e non in sostituzione delle istituzioni civili in favore della popolazione colpita da calamità naturali, epidemie o pandemie;
- è opportuno valutare tutte le implicazioni di sicurezza nazionale legate ad un'emergenza. L'esperienza dell'operazione "*Dalla Russia con amore*" evidenzia la possibilità di infiltrazione di *intelligence* di Paesi che, a fronte di una disponibilità di aiuto e supporto, possono approfittare delle situazioni di emergenza per acquisire informazioni o indebolire o penetrare il perimetro di sicurezza nazionale.

## **ABSTRACT**

### *The research context*

The COVID-19 pandemic is an unprecedented global emergency that has resulted in millions of infected and hundreds of thousands of deaths. The containment plans by governments show unpreparedness and lack of coordination among the institutional actors in charge of emergency management. The real implications of the pandemic are still far from being understood, but among these, we can anticipate socio-economic uncertainty with growing social and political tensions on a global scale. In international relations, we will experience geopolitical tensions fueled by competition between states and opposing blocs characterized by the emergence of structural problems fueled by the pandemic. The pandemic is also reinforcing nativism in foreign policy and political economy, which could lead to a crisis in global governance, as demonstrated by the conflict in Ukraine. The same uncertainty has also proved particularly problematic for the military as a direct impact on its activities and in the context of assistance to civil institutions. Therefore, this research report considers it necessary to evaluate the military's role in supporting the management of emergencies or crises that impact civil society.

### *Research: methodology and results*

The following research offers a qualitative and quantitative analysis of the outcomes of the activities tasked to the Armed Forces during the several different phases of the COVID-19 pandemic, demonstrating that the military can optimally assist civil society in a wide range of scenarios. However, we note how these tasks have negatively affected the military, posing several health risks and decreasing operational capabilities.

The report's first part presents a historical analysis of the Italian response to the COVID-19 pandemic, highlighting the Armed Forces' activity and the stress they suffered. From a methodological standpoint, this section of the report employs a historical analysis of the pandemic trend and a qualitative and quantitative assessment of its impact on the health system and the Armed Forces. Evaluating its results, limits, and structural weaknesses are structured as a sociological and legal analysis highlighting the absence of an effective "sharing of administrative powers." More specifically, a lack of effective sharing of the regulatory powers for emergencies.

The second part of the report focuses on the role taken by Armed Forces by quantitatively assessing their usage and costs. The contribution of the Defense to the contrast and containment of the COVID-19 pandemic through the "Igea" and "Eos"

operations consisted of the deployment of men, vehicles, and equipment. The analysis of these two case studies concludes that the Armed Forces have not been efficiently used as a complement to support the bodies responsible for managing and mitigating emergencies but instead abused structurally and systematically to replace them. Hence, exposing the military to health risks and loss of operational capabilities. The specific situation of the pandemic in a naval context was also assessed. The research highlighted how the Navy is comfortable in dealing with periodic outbreaks of known epidemics such as influenza, and therefore it has some experience in managing the spread of viral infections. However, COVID-19 aboard naval units presented more significant risks for the Navy in terms of its ability to fulfill its institutional mission in the current geopolitical context. The report concludes that if the epidemic had been more lethal for the specific demographic of naval crews, the branch's response would not have been adequate and that it is necessary to improve the Navy's medical capacity to cope with the epidemics of infectious diseases. It is also paramount to improve communications between medical and operational staff, such as rapidly reassigning personnel between naval units.

Finally, the researchers compared the Italian response with those implemented by its prominent European military partners (France, Portugal, and Spain), which showed a similar context but employed their military quite differently. From this comparative analysis, the report concludes that although the future evolution of the COVID-19 pandemic or other similar threats is unknown, national governments and international organizations must prepare for the worst-case scenario with more straightforward plans. These plans should expand the monitoring capacity, provide few and explicit legal provisions within the framework of a revised prevention and intervention system, and define operational protocols that adopt standardized health triage procedures based on statistical macro-data and comparative analyses.

### Lessons learned and conclusions

In its third part, dedicated to general conclusions and proposals, the research identifies the need to rethink Civil Defense along the following lines:

- Adopting a national civil defense plan as soon as possible is mandatory. Such a plan must be framed within a legislation containing specific institutions to create a national civil defense authority.
- It is necessary to initiate a reform process by establishing a unified joint military health service.

- It is appropriate to provide guidelines to use this joint military health service in carrying out humanitarian interventions abroad and in the context of national emergency operations only to support and not to replace civilian operators.
- It is necessary to account for all the national security implications of an emergency. The lesson learned from the “From Russia with love” operation highlights the possibility of intelligence infiltration by hostile countries that, with the pretext of helping, can take advantage of emergencies to acquire information or otherwise threaten our national security.

## CAPITOLO 1

### IL QUADRO GENERALE DELLA CRISI: ASPETTI GEOPOLITICI E IMPATTO DELLA PANDEMIA DI COVID-19 SULLE FORZE ARMATE

La pandemia di COVID-19, patologia multi-sistemica causata dal virus SARS-CoV-2, è un'emergenza globale senza precedenti la cui la velocità di diffusione ha preso tutti alla sprovvista (Von der Leyen, 2021). Nei primi dieci mesi del 2020, il virus ha colpito quasi tutte le nazioni e contagiato 42 milioni di persone in tutto il mondo, uccidendone oltre un milione. Dati che, solo due anni più tardi, ci consegnano un numero esponenzialmente superiore di 610 milioni di contagiati e oltre sei milioni e mezzo di morti<sup>1</sup>. Per rispondere alla sfida, i governi hanno operato e tuttora operano in un contesto caratterizzato da estrema incertezza, disorganizzazione, impreparazione e assenza di coordinamento tra gli attori istituzionali chiamati ad operare per il contenimento e la gestione dell'emergenza, affrontando difficili compromessi sul piano sanitario, economico, politico, sociale e securitario. La stessa incertezza si è anche rivelata particolarmente problematica sul fronte dello strumento militare, sia sotto il profilo dell'impatto diretto sulle attività delle Forze Armate, che in quello indiretto ovvero tramite il loro impiego in contesti di assistenza alle istituzioni civili demandate alla gestione della pandemia.

Come mostrato dalla letteratura specialistica, molti Paesi hanno imposto severe restrizioni al movimento della popolazione e alle attività produttive per rallentare la diffusione del virus e impedire il collasso dei sistemi sanitari (Koh, D., 2020). Più della metà della popolazione mondiale ha subito forme più o meno estreme di *lockdown*, una misura che nei Paesi anglosassoni viene definita come *shelter in place*, sebbene con tempi e restrizioni qualitativamente differenti (Alfano, Ercolano, 2020). Nella speranza di avere disponibile un vaccino o un trattamento efficace per contenere l'impatto del COVID-19, è evidente come i *lockdown* e le altre restrizioni estreme dal forte costo socio-economico non possano essere considerate sostenibili a lungo termine (Mandel, Veetil, 2020). Ciò è particolarmente evidente sul piano economico, in relazione al quale le proiezioni della Banca Mondiale (World Bank, 2022) indicano la più profonda recessione globale dalla Seconda Guerra Mondiale con milioni di persone afflitte da disoccupazione e da povertà, oltre ad un aumento senza precedenti dell'inflazione. Al di là della tragedia sanitaria e umana provocata dal virus, Allain-Dupré *et. al.* in *The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels*

---

<sup>1</sup> Dati aggiornati al 15 settembre 2022. Fonte Worldometer.

*of government*, rilevano come sia infatti ormai «ampiamente riconosciuto alla pandemia il ruolo di causa della più grave crisi economica dell'ultimo secolo» (Allain-Dupré, Chatry, Michalun, Moisis, 2020); una pandemia globale che è all'origine di crisi strutturali di sistema che richiederanno anni o decenni per poter essere risolte (Stiglitz, 2021).

Le reali implicazioni sociali e politiche della pandemia sono infatti ancora ben lungi dall'essere comprese. Nel loro studio *Why Nations Fail: The Origins of Power, Prosperity and Poverty*, Acemoglu e Robinson individuano nella peste bubbonica (1346-1353) un punto critico nella storia politica europea (Acemoglu, Robinson, 2012). La peste fu infatti capace di cambiare radicalmente il volto dell'Europa del Medioevo, con ripercussioni sui sistemi sociali ed economici che arrivano fino ai giorni nostri. La pandemia di COVID-19 che, presumibilmente, provocherà in totale molte meno vittime dirette rispetto alla peste bubbonica, potrebbe anch'essa rappresentare un punto di svolta nella storia umana, con ripercussioni di vasta portata sia per gli affari interni degli Stati che nelle relazioni internazionali.

Tra queste conseguenze troviamo un orizzonte socio-economico incerto, l'aumento degli sconvolgimenti politici, le sempre più crescenti tensioni sociali e un aumento dei movimenti di protesta su scala globale. Non vi sono ormai dubbi sul fatto che la pandemia di COVID-19 stia avendo serie implicazioni negative per l'economia globale e stia portando incertezza sulle prospettive economiche mondiali (Teng, Wang, Shi, Sun, Wang, Hu, Shi, 2022). Attualmente stiamo già assistendo a una diminuzione tendenziale della crescita economica caratterizzata dall'aumento generalizzato della disoccupazione, inflazione in costante aumento e, soprattutto tra le medie e piccole imprese, un incremento dei fallimenti e dei pignoramenti. L'uso intensivo dello strumento del *lockdown*, unitamente all'impatto negativo che la pandemia ha avuto sui sistemi sanitari nazionali, ha condotto alla stagnazione di molti settori produttivi, provocando secondo la Banca Mondiale la più grave recessione mondiale in quasi un secolo (World Bank, 2022). Nell'ambito delle relazioni internazionali, sono sempre più evidenti i segnali di tensioni geopolitiche alimentate da un'accresciuta competizione tra Stati e blocchi contrapposti, ma che riposano sull'emergere di problemi strutturali e debolezze alimentate dalla pandemia (Cfr. Latal 2020; Ye, 2021). Le crescenti pressioni sulle istituzioni internazionali e la nuova tendenza alla rinazionalizzazione, o tribalizzazione, della politica si accompagnano infatti con il risorgere di mire espansionistiche che vedono nella crisi pandemica una finestra di opportunità per ottenere un aumento di potere relativo nel sistema delle relazioni tra Stati. La pandemia sta inoltre oggettivamente rafforzando le tendenze al nativismo in politica estera ed economica che potrebbero portare ad una crisi, se non un crollo, della *governance* globale, in

particolare nell'ambito del controllo degli armamenti, del commercio internazionale e infine della gestione dei flussi migratori e dei cambiamenti climatici. Tra le maggiori ripercussioni geopolitiche della pandemia vi è certamente anche la ridefinizione delle priorità a breve termine di molte organizzazioni internazionali, in particolare l'Unione Europea (UE) e il Patto Atlantico (NATO) che già prima della pandemia soffrivano di una crisi di identità dovuta alle dinamiche politiche interne di numerosi Paesi tra cui la Gran Bretagna, gli Stati Uniti e la Francia. In questo quadro dominato dall'incertezza è naturale aspettarsi un repentino aumento delle occasioni di conflitto anche militare tra Stati o blocchi contrapposti, peraltro riposanti su tensioni oggi chiaramente esacerbate ma già iniziate prima del 2020 come nel caso della guerra in Ucraina (Kovoor, Bacchi, Gupta, Maddern, 2022).

Guardando all'Italia, l'avvio della fase pandemica nell'evolversi dell'emergenza COVID-19 rappresenta sicuramente l'evento di salute pubblica di maggiore importanza nella storia recente italiana, secondo forse solo all'epidemia di Influenza Spagnola del biennio 1918-20 (Cutolo, 2022). Oggi, mano a mano che prende piede l'idea di "convivere con il COVID" (Gurdasani, Ziauddeen, 2022), stanno anche emergendo con chiarezza alcune delle conseguenze più importanti della pandemia nel lungo periodo.

In primo luogo, dal punto di vista militare, è evidente che il *lockdown* sia una misura insostenibile nel lungo periodo sia sotto il profilo dei costi che di quello dell'operatività. Pertanto, nel contesto di un complessivo piano di indirizzo economico, i governi a venire dovranno affrontare la difficile e comune sfida di coesistenza con il virus alternando chiusure con la progressiva riapertura e allentamento delle restrizioni, dovendo con ciò riuscire a bilanciare le priorità sanitarie con quelle sociali, economiche (Han, *et al.*, 2020) e il mantenimento di *standard* accettabili di difesa e sicurezza collettiva. Modalità e tempistiche di introduzione e allentamento delle restrizioni sono sfide sistemiche a cui debbono contribuire tutte le componenti del sistema nazionale e dei sistemi sovranazionali. Per questo motivo è necessario riflettere sul ruolo dello strumento militare, sia nel quadro di un rinnovato impegno finanziario e di una sua razionalizzazione che in quello, forse meno ponderato, del suo ruolo in chiave di sostegno alla gestione delle emergenze (o delle crisi) che impattano la società civile. Questo sforzo, che combina la riflessione intellettuale e legale con la pianificazione operativa, va prima di tutto indirizzato a individuare la configurazione ideale del rapporto tra realtà civili e militari al fine di evitare in futuro sprechi e sovrapposizioni nel caso di eventi sistemici come le pandemie sul tipo di quella di COVID-19. Questa riflessione deve poi contemplare come una valutazione dei risultati ottenuti nello svolgimento dei compiti assegnati alle Forze Armate durante le diverse fasi della pandemia di COVID-19 dimostri che lo strumento militare è certamente versatile e in

grado di assistere la società civile in una vasta gamma di scenari. Ma lungi dal considerarlo solo una risorsa da impiegare in assenza di una controparte civile, è opportuno valutare in che modo l'adempimento di questi compiti abbia influito negativamente sul comparto militare in termini di rischio e diminuzione delle capacità operative.

### 1.1 L'impatto relativo sulle Forze Armate

Per sua natura il personale militare opera frequentemente in ambienti ad alta prossimità e spazi condivisi, soprattutto nel caso del personale imbarcato su unità navali, aeromobili o altri veicoli da combattimento multi-occupante. In questi ambienti, come del resto anche molto banalmente nell'ambito delle caserme, il distanziamento sociale imposto come misura primaria per il contrasto e la mitigazione dell'infezione virale contrasta con ogni aspetto della vita militare. In aggiunta, il personale in servizio è spesso formato ad anteporre la letalità e la *readiness* al suo stesso benessere individuale, incarnando i principi di solidarietà di corpo e di difesa della patria. Ciò porta a concludere che i militari sono particolarmente esposti al rischio di infezioni virali e allo sviluppo di focolai. Tuttavia, e nonostante questo dato incontrovertibile, la percezione spesso erronea è che il personale militare sia meno esposto al rischio di un decorso catastrofico della malattia rispetto alla popolazione generale. Va detto infatti che il militare è percepito dalla società come mediamente più giovane e in salute e dunque con meno probabilità di contrarre forme gravi del virus. Addirittura, durante le prime fasi della pandemia, c'è chi ha anche suggerito che i soldati avrebbero dovuto essere esposti volontariamente all'infezione al fine di fornire loro un'immediata e robusta risposta immunitaria a rischio zero. Questa considerazione, non fattuale anche per lo stato di invecchiamento del personale militare<sup>2</sup> in diversi Paesi occidentali, ha portato a sottovalutare l'impatto del COVID-19 sul personale in servizio.

Oltre a questioni di carattere immunologico o propriamente medico, il loro ruolo nella gestione della pandemia di COVID-19 ha anche esposto i militari, più che altri soggetti, a problemi di salute mentale. La *European Organisation of Military Associations and Trade Unions* (EUROMIL), organizzazione con più di 500.000 membri che opera a tutela dei diritti del personale militare, ha messo in guardia gli Stati membri sui rischi per la salute mentale connessi allo svolgimento di compiti straordinari e senza una preparazione specifica (EUROMIL, 2020). Ad esempio, è stato fatto notare diverse volte come il personale militare italiano di stanza in Lombardia e incaricato del trasporto delle salme delle vittime di COVID-19 durante la fase acuta della pandemia potrebbe, in futuro, sviluppare forme gravi

---

<sup>2</sup> Una ricerca del Pew Research Center mostra come l'età media del personale militare sia cresciuta stabilmente negli ultimi 40 anni. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/04/13/6-facts-about-the-u-s-military-and-its-changing-demographics/>

di PTSD. Sempre per EUROMIL è inoltre probabile che le interruzioni apportate alle rotazioni programmate nelle missioni all'estero, imposte a causa delle quarantene obbligatorie volute dagli Stati Maggiori, abbiano già avuto ripercussioni sulla salute mentale e sulle relazioni sociali del personale in servizio. Questo è particolarmente vero per il personale imbarcato della Marina Militare, in quanto la quarantena a bordo presenta ulteriori problemi rispetto alla quarantena sulla terraferma a causa della maggiore limitazione di spazi ed esposizione alla luce solare. Diversi studi hanno infatti dimostrato che l'incertezza relativa alla durata del dispiegamento aumenta la tensione familiare, incrementando a sua volta i livelli di *stress* degli operatori e diminuendo infine la *performance* operativa (Knobloch, *et al.*, 2020).

In generale è dunque facilmente dimostrabile che il ruolo assunto dai militari nel contrasto della pandemia, sebbene di alto valore e le dure condizioni di lavoro imposte, abbiano aumentato il rischio di conseguenze mediche per il personale in servizio comportando, oltre a una minaccia per la salute individuale, anche rischi per la sicurezza più ampi legati agli sconvolgimenti geopolitici precedentemente accennati. Al fine di contenere la diffusione del virus tra le Forze Armate, diversi Paesi hanno infatti imposto misure precauzionali (Cfr. Wilén, 2021; Gibson-Fall, 2021), comprese la quarantena prima e dopo il dispiegamento (Oh, Woong, 2020), un aumento delle *routine* igieniche e la sospensione di campagne addestrative ritenute non essenziali. Ciò ha comportato ulteriori effetti negativi sulla capacità operativa dello strumento militare in quanto la pandemia ha indirettamente influito sulle opportunità di formazione e istruzione (Marrone, Credi, 2020). Si tratta di effetti di lungo periodo che potrebbero avere conseguenze negative sulla capacità operativa delle Forze Armate e che non vanno di sicuro sottovalutati. Diverse attività multinazionali sono state infatti cancellate o posticipate. Ad esempio, l'esercitazione Aurora 2020<sup>3</sup> che avrebbe dovuto svolgersi in Svezia con l'obiettivo di aumentare l'inter-operatività tra 16 Paesi membri della NATO è stata posticipata. Oppure la fase finale dell'esercitazione norvegese Cold Response<sup>4</sup>, che ha coinvolto circa 15.000 soldati, e che è stata cancellata a causa di rischi per la salute del personale militare. In aggiunta alle cancellazioni, altre esercitazioni sono state ridotte per scopi o tempi, come, ad esempio, l'esercitazione Defender 2020, che avrebbe comportato il più grande dispiegamento di truppe americane in Europa dalla Guerra Fredda e che è stata anche oggetto di diverse speculazioni complottiste<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Cfr. <https://www.remocontro.it/2020/04/03/covid19-costringe-alla-ritirata-le-armate-nato-in-europa-e-la-portaerei-usa-roosevelt/>

<sup>4</sup> <https://www.thedefensepost.com/2020/03/11/norway-cancels-nato-exercise-cold-response-coronavirus/>

<sup>5</sup> <https://formiche.net/2020/03/covid-19-defender-europe-dibattito-fake-social/>

Sotto il profilo operativo, le esercitazioni, nazionali o internazionali, sono attività complesse che richiedono un alto livello di precisione e interoperabilità, una comunicazione efficace e una pianificazione logistica dettagliata. Queste capacità richiedono una formazione regolare e un costante confronto per mantenere livelli di abilità adeguati. Sebbene sembri improbabile che le esercitazioni annullate abbiano effetti di lungo termine, assumendo che le operazioni di addestramento vengano riprese in piena capacità e in tempi relativamente brevi, le numerose interruzioni hanno già influenzato negativamente la capacità operativa delle Forze Armate nel breve periodo. Questo è particolarmente vero per le interruzioni nell'addestramento di unità altamente specializzate, come le forze speciali, o per quelle che richiedono un'alta capacità tecnica, una manovrabilità rapida e un costante aggiornamento per operare. È inoltre altamente probabile che la necessaria sospensione delle esercitazioni multinazionali avrà un effetto negativo sulla preparazione degli operatori a lavorare in un ambiente internazionale con altre Forze Armate, compromettendo così l'interoperabilità tra alleati.

Infine, la diminuzione dell'attività addestrativa ha ripercussioni negative che vengono generalmente definite nell'ambito del *signaling*, nel senso che comporta una flessione nella capacità di deterrenza. Visti nel contesto dell'evoluzione dell'attuale crisi ucraina, questi esempi suggeriscono inoltre come anche una semplice diminuzione delle attività addestrative possa essere interpretato come un segnale di debolezza e fornire un'opportunità per Paesi ostili di assumere posizioni di vantaggio tattico o strategico.

In aggiunta, mentre molte attività di addestramento sono state rinviate, le operazioni militari in tutto il mondo sono state per la maggior parte mantenute invariate. È il caso, ad esempio, delle operazioni internazionali antiterrorismo e delle missioni di assistenza militare a *partner* terzi in Paesi ad alto rischio. In alcuni casi, gli Stati coinvolti hanno adottato misure che hanno consentito di proseguire l'addestramento (Rosenberger, 2022), anche se tramite l'uso intensivo di DPI, l'uso di sistemi di protezione come gli schermi di *plexiglass* o tramite l'uso di sistemi di videoconferenza. Sebbene tali misure abbiano reso possibile mantenere una certa connettività e consentito la continuazione della formazione, è improbabile che siano risultate efficienti quanto la formazione e l'istruzione in presenza, in particolare nell'interazione tra realtà che hanno barriere linguistiche e culturali che rendono la formazione in persona insostituibile.

A questo si aggiunge il rischio che in molti Paesi lo *stress* finanziario derivante da una pandemia si possa tradurre, soprattutto per ragioni politiche, in una diminuzione dei bilanci della difesa e nella sospensione degli investimenti tecnologici nel settore degli armamenti necessari per far fronte alle crescenti minacce da parte di attori statuali e non statuali ostili

nell'ambito di un sistema delle relazioni internazionali sempre più multipolare e conflittuale (IMF, 2022). Questa conseguenza ha effetti devastanti sulle Forze Armate impegnate in processi di ammodernamento o di acquisizione e manutenzione di *asset* tecnologici all'avanguardia, anche tramite progetti congiunti internazionali come nel caso delle fregate FREMM o dei sistemi di velivoli di sesta generazione TEMPEST.

La pressione sullo strumento militare per il suo impiego in contesti di emergenza e crisi civile, come forza ausiliaria a presunto basso costo, potrebbe in futuro costringere le Forze Armate a rivisitare la propria missione istituzionale e il piano degli investimenti. Da un lato questo potrebbe certamente portare a un miglioramento delle relazioni civili-militari, già avviato durante la fase acuta della crisi pandemica, come è stato messo in evidenza dalla letteratura specialistica (Khorram-Manesh, *et al.*, 2022). L'eventuale necessità di fornire supporto logistico e operativo alle strutture civili, una conseguenza inaspettata dell'ottimo lavoro svolto durante l'emergenza COVID-19 e del conseguente miglioramento delle relazioni civili-militari, finirà potenzialmente per rendere lo strumento militare desueto, per creare tensioni e aumentare i *deficit* operativi portando necessariamente ad una diminuzione delle capacità di *readiness* e di combattimento. Ad esempio, l'impiego dei militari in attività di pattugliamento, o presso i posti di blocco e controllo documenti, la cui natura in contesto civile differisce in modo radicale da quella necessaria in un ambiente ostile tipica del teatro operativo, può nel lungo periodo risolversi in un abbassamento degli *standard* necessari al personale al fine di garantire il corretto svolgimento dei compiti di missione e persino comportare un aumento del rischio per l'incolumità del personale. In altre parole, in caso di impiego prolungato in attività non operative sul piano militare, gli operatori perdono quella capacità operativa essenziale (capacità RAI, i.e. di Reazione Automatica Immediata) che si acquisisce e mantiene con addestramento e impiego *combat* che invece, per regole di ingaggio e impiego in funzione di pubblica sicurezza, si perde se non periodicamente applicata nei cicli addestrativi di base e di approntamento all'immissione in teatri operativi<sup>6</sup>.

Infine, a lungo termine, la crescente richiesta di svolgere compiti di protezione civile o di supporto alle Forze dell'Ordine potrebbe anche sfociare in una possibile crisi di identità per il personale con prevedibili problemi di reclutamento. In assenza di una riflessione sulla gestione di future pandemie, per l'Italia questo quadro aumenta il rischio di ridurre la capacità operativa necessaria a svolgere funzioni critiche nel settore della difesa, comportare un aggravio finanziario e nel complesso determinare un sostanziale passo

---

<sup>6</sup> Un altro tema da menzionare brevemente riguarda l'uso di tipologie di armamento e di calibri inadatti in contesti di pubblica sicurezza e che possono invece presentare un rischio di impiego all'interno di infrastrutture civili come le stazioni ferroviarie, le metropolitane, ecc.

indietro rispetto alla traiettoria di aumento della partecipazione NATO e della modernizzazione e professionalizzazione delle Forze Armate. A meno che non si vogliano ridurre maggiormente le risorse a disposizione dell'area operativa del comparto Difesa, per indirizzarle verso l'area sanitaria delle Forze Armate o continuare nella controproducente politica di sotto-impiego delle Forze Armate utilizzate come operatori sanitari o a supporto di attività sanitarie, le raccomandazioni contenute in questo rapporto implicano la creazione di un vero e proprio sistema di Difesa civile.

## CAPITOLO 2

### PANDEMIA DI COVID-19 IN ITALIA: EMERGENZA O CRISI SISTEMICA?

In questa sezione avanziamo la proposta di distinguere tra emergenza e crisi sistemica nel valutare l'impatto della pandemia in Italia e le misure prese al fine di mitigarne gli effetti sulla popolazione.

#### 2.1 L'effetto destabilizzante della pandemia

Nel prosieguo di questo rapporto vogliamo pertanto presentare una breve analisi della risposta italiana alla pandemia di COVID-19, concentrandoci soprattutto sulle sue fasi iniziali, fino cioè al conseguimento della relativa stabilità epidemiologica precedente al nuovo focolaio di ottobre 2020, mettendo in luce l'attività delle Forze Armate ed evidenziando lo *stress* subito dalla difesa. La scelta di limitare questa presentazione a una precisa finestra temporale si deve al fatto che riteniamo questa fase come determinante per comprendere le future necessità del Paese, e della Difesa, in relazione a una eventuale nuova pandemia.

Solo nei due mesi seguenti all'inizio della prima ondata di infezioni nel gennaio del 2020, la stima dei decessi in Lombardia, la regione più colpita del Paese, ha raggiunto l'impressionante cifra di oltre 23.000 casi, pari a un eccesso di mortalità del +118% rispetto al tasso di mortalità medio per lo stesso periodo nel quadriennio 2015-19. Ad oggi, il numero totale dei morti approssima velocemente l'impressionante cifra di 180.000 mentre il numero dei ricoveri continua a presentare problemi per il SSN. Oltre al dato dei decessi, sono da considerare le conseguenze economiche e sociali della pandemia. Nella sua relazione annuale del 2020, la Banca d'Italia presentava un quadro decisamente pessimistico per il Paese. Le stime riportate dal Fondo Monetario Internazionale (FMI, 2020) vedevano una diminuzione del PIL mondiale pari al 4,9%, la più forte contrazione dalla Seconda Guerra Mondiale, con un valore per l'Italia pari a -12,8%. Lo stesso rapporto metteva in luce come la pandemia avesse colpito soprattutto le fasce deboli della popolazione promuovendo un tendenziale aumento delle disuguaglianze e invertendo, per la prima volta da oltre due decenni, la tendenziale riduzione del numero di persone considerate in uno stato di estrema povertà. Sebbene i successivi rapporti del 2021 (FMI, 2021) e del 2022 (FMI, 2022) presentino un quadro di breve periodo più ottimista, evidenziando un aumento del PIL italiano del 6,6%, permangono anche ad oggi forti dubbi sulla capacità del Paese di esprimere una crescita duratura nel tempo che non sia unicamente la conseguenza delle

misure straordinarie di sostegno varate dalla comunità internazionale. In particolare, nel rapporto 2022 viene osservato che gli effetti negativi della pandemia di COVID-19 si sono manifestati nella riduzione della mobilità, nella contrazione dei consumi e degli investimenti delle imprese causati dai provvedimenti di restrizione alle attività economiche. Si tratta di indicatori molto importanti che evidenziano tendenze di lungo periodo in grado di indebolire il Paese ben oltre le fluttuazioni annuali di PIL. Infine, va considerato che tali conseguenze avranno grandi ripercussioni anche sulla futura struttura demografica della popolazione, con effetti depressivi della natalità e un aumento dei flussi migratori da Paesi economicamente deboli. In questo caso, si tratta di fattori in grado di alterare in modo permanente il quadro economico italiano.

La pandemia di COVID-19 ha dunque comportato e comporterà per lungo tempo una pressione straordinaria sul sistema sanitario e quello economico del nostro Paese. Si tratta di una pluralità di conseguenze che hanno avuto un effetto complessivamente destabilizzante. Tuttavia, dobbiamo chiederci se essa abbia rappresentato per l'Italia un'emergenza, e cioè una combinazione imprevedibile di circostanze o lo stato da esse risultante che richiedono un intervento immediato ma con un decorso limitato nel tempo, oppure una crisi sistemica, che è definibile come il blocco completo o il crollo del sistema stesso a causa di un concatenarsi di eventi negativi che impattano diversi settori in modo irreparabile.

Per rispondere a questa domanda, la seguente sezione del rapporto è organizzata come segue. Per prima cosa presenteremo brevemente l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale italiano, con particolare attenzione ai meccanismi previsti per far fronte alle emergenze sanitarie. In seguito offriremo una rassegna dell'attività di *governance* del Governo in carica all'epoca della prima ondata pandemica. Infine, presenteremo una prima valutazione degli effetti che la pandemia di COVID-19 ha avuto sul sistema sanitario sia sotto il profilo dell'offerta che della domanda di servizi al fine di determinare cosa non abbia funzionato e come si possano approntare meccanismi di resilienza maggiormente efficaci ed efficienti senza gravare troppo sullo strumento militare.

## **2.2 Breve presentazione del SSN**

Il SSN italiano viene istituito ufficialmente solo nel 1978 ed è basato su principi cardine, sanciti dalla Costituzione della Repubblica Italiana, di accesso universale e di assistenza sanitaria gratuita per tutti i cittadini. Il SSN viene finanziato principalmente attraverso la tassazione dei redditi e rappresenta uno tra i capitoli di spesa più importanti del bilancio dello Stato. Pur trattandosi di un sistema misto, in cui operano soggetti pubblici e privati,

la componente pubblica del SSN domina il mercato dei servizi sanitari. Per fare un esempio, nel 2019<sup>7</sup> la spesa sanitaria totale si attestava a circa l'8,8% del PIL, in linea con la media dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), ma circa l'1% al di sotto della media dell'Unione Europea. La spesa sanitaria pubblica si attestava invece a circa il 74% della spesa sanitaria totale, traducendosi nel 6,5% del PIL. Il restante comprendeva i pagamenti diretti dei cittadini, con uno dei dati più alti dell'Unione Europea di circa il 23% del totale della spesa sanitaria, mentre solo il 3% era coperto da assicurazioni sanitarie private.

A differenza di altri sistemi sanitari nazionali a gestione totalmente centralizzata (come ad esempio la Francia), il SSN italiano vede un modello amministrativo decentrato, varato nei primi anni '90, dove la gestione della rete sanitaria è suddivisa secondo il principio di sussidiarietà tra il governo centrale e le amministrazioni regionali. In questa struttura pseudo-federalista, il governo centrale stabilisce i requisiti complessivi di finanziamento e gli obiettivi e le priorità del SSN, principalmente attraverso la pubblicazione periodica di "livelli essenziali di assistenza", assicurando che la spesa sanitaria di ciascuna regione non superi il *budget* allocato dalla legge finanziaria.

Le regioni e le province autonome sono invece responsabili dell'organizzazione delle proprie strutture sanitarie e dell'erogazione dei servizi sanitari sul territorio. Ciò si traduce in un alto grado di autonomia amministrativa, politica e fiscale. Ad esempio, le regioni possono imporre tasse aggiuntive per finanziare l'assistenza sanitaria, decidere se distribuire le infrastrutture e i servizi in modo capillare o centralizzato, o creare sottostrutture provinciali o locali. Questo modello, nato per modulare l'erogazione dei servizi sulla base delle esigenze territoriali, ha di fatto portato allo sviluppo di decine di diversi sottosistemi sanitari a livello regionale e provinciale, con differenze significative sia in termini di modelli organizzativi che di *governance* e anche di qualità delle prestazioni offerte. Una prima conseguenza, come notato dalla letteratura specialistica (Accetturro, *et al.*, 2022), è sicuramente quella di aver acuito ulteriormente la disparità tra le regioni economicamente sviluppate del Nord Italia e quelle arretrate del Sud della penisola (Regionale, 2022).

Il SSN italiano ha inoltre subito pesanti tagli finanziari nel corso degli ultimi vent'anni, ispirati al principio della sostenibilità finanziaria. Nonostante l'intento di razionalizzare la spesa, in parte garantito dal sistema della *spending review*, questi tagli attuati in modo spesso indiscriminato hanno comportato una serie di effetti negativi sulla reattività del sistema e la sua capacità di reggere nel caso di emergenze sanitarie. Per offrire qualche

---

<sup>7</sup> Dati completi sono disponibili sul sito della Ragioneria Generale dello Stato: [https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita\\_istituzionali/monitoraggio/spesa\\_sanitaria/2019/index.html](https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_sanitaria/2019/index.html)

esempio, nel 2004 (Regionale, 2022) venne imposto un tetto nazionale ai costi del personale. Alcune Regioni si videro pertanto costrette a varare dei piani di riallineamento dei costi che portarono, nel triennio successivo, al ridimensionamento massiccio della capacità operativa ospedaliera sia in termini di posti letto, con la chiusura di ospedali e reparti, che di personale, tramite il blocco del *turnover*. Inoltre, si è spesso resa necessaria l'introduzione di sistemi di contribuzione dei pazienti alla spesa, i cosiddetti *ticket* sanitari, volti a disincentivare l'uso delle strutture e a contenere la spesa farmaceutica.

Il meccanismo di contenimento della spesa ha pertanto creato una spirale tale da disincentivare i cittadini al mantenimento della salute. Il conseguente abbassamento dei livelli di salute della popolazione, come evidenziato dall'aumento di patologie croniche non trattate come, ad esempio, il diabete e l'ipertensione, ha portato il Governo a decidere di aumentare nuovamente le risorse disponibili per SSN, come indicato nell'ultimo Piano sanitario nazionale "Patto per la salute 2019–2021"<sup>8</sup>. Il provvedimento fu ironicamente approvato nel Dicembre 2019, solo pochi giorni prima dell'inizio dell'epidemia di COVID-19.

### **2.3 Il piano pandemico nazionale**

L'inserimento della pandemia nel quadro di una molteplicità dei livelli organizzativi e di nodi e processi decisionali, accompagnato dalla sistemica mancanza di risorse, ha dunque colto la popolazione, ma soprattutto le amministrazioni locali e il Governo nazionale, completamente impreparati. Si tratta di un risultato per certi versi sorprendente in quanto il rischio di una pandemia viene considerato "concreto e duraturo" almeno a partire dal 2003 con il verificarsi dell'emergenza legata al virus H5N1 (influenza aviaria). Nel 2005, a seguito della potenziale pandemia di aviaria, l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva infatti prodotto un elenco di raccomandazioni<sup>9</sup> dirette ai Paesi membri con lo scopo di facilitare la creazione o l'aggiornamento dei piani pandemici nazionali. Per una trattazione dei principi espressi in queste raccomandazioni si rimanda alla sezione 6.2.1. di questo rapporto.

In seguito al recepimento delle raccomandazioni dell'OMS, il Ministero della Salute italiano ha puntualmente prodotto un "Piano nazionale per la preparazione e la risposta a una pandemia influenzale"<sup>10</sup>, concordando obiettivi e attività con le Regioni. Tali misure erano da implementare sia per prevenire che per far fronte a una potenziale emergenza pandemica sul territorio nazionale. Il piano preparato dall'Italia si proponeva prima di tutto di impostare meccanismi di monitoraggio specifici per identificare e confermare rapidamente

---

<sup>8</sup> Testo completo consultabile presso <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/>

<sup>9</sup> Elenco delle raccomandazioni consultabile presso <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68998>

<sup>10</sup> Testo completo disponibile presso [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_501\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_501_allegato.pdf)

i casi di contagio causati da nuovi sottotipi influenzali al fine di riconoscere tempestivamente l'insorgenza di una pandemia. Il piano era inoltre volto a implementare misure per minimizzare il rischio di impatto sulla popolazione, limitando la mortalità di una pandemia, ridurre l'impatto sull'erogazione dei servizi sanitari e sociali per garantire il mantenimento dei servizi essenziali. Tra gli obiettivi del piano vi era anche quello di assicurare un adeguato livello di formazione per il personale coinvolto nella risposta alla pandemia e assicurare un flusso di informazioni tempestive destinato ai decisori civili e militari, agli operatori sanitari, ai *media* e al pubblico. Infine era esplicitamente citata la necessità di monitorare l'efficienza e l'efficacia degli interventi sul territorio.

Al fine di raggiungere gli obiettivi definiti dal piano pandemico nazionale, erano previsti diversi interventi sul SNN e la creazione di strutture intermedie volte ad armonizzare tra loro i sistemi regionali e integrarli con l'azione della *governance* nazionale e internazionale. Purtroppo con l'inizio della pandemia di COVID-19, ci siamo resi conto di come questi obiettivi non fossero mai stati raggiunti soprattutto perché gran parte del piano pandemico non si era mai tradotto in una realtà operativa.

Una prima ragione del fallimento del piano pandemico può essere attribuita al fatto che la maggior parte degli investimenti strutturali previsti non si siano mai realizzati. Ad esempio, gli incrementi di bilancio per la prevenzione, che comprende anche tutte le attività di preparazione ad una pandemia, non sono mai stati attuati e il livello di risorse allocate è rimasto al 5% medio dal 2001 a fronte di una spesa ospedaliera in costante crescita che nel 2019 si era attestata al 44%. In questo quadro di scarsità di risorse per la prevenzione, l'aggiunta impossibilità di attivare non specificati protocolli di emergenza ha portato la Presidenza del Consiglio a minacciare, nel febbraio del 2020, di congelare la *governance* locale, rievocando il potere decisionale a livello centrale sulla base dell'attestata incapacità ad affrontare un'emergenza sanitaria nazionale. In questo quadro si è anche fatto riferimento diverse volte allo strumento militare, spesso considerato erroneamente dalla politica e dalla società come un sostituto automatico delle realtà civili (*last resort*) qualora queste non riescano ad adempiere ai compiti loro assegnati. In questo senso, l'analisi storica dell'impiego delle Forze Armate in contesti di emergenza consente di affermare che la politica e la società considerano le Forze Armate come uno strumento da impiegare in qualunque contesto, senza interrogarsi sulla reale opportunità e sugli eventuali vincoli, limitazioni e costi di impiego.

Recentemente il Ministero della Salute ha aggiornato il suo approccio alle pandemie e sviluppato un nuovo Piano nazionale di preparazione (PanFlu 2021–2023)<sup>11</sup>, che individua

---

<sup>11</sup> Testo completo consultabile presso

tutte le azioni necessarie da seguire per evitare che il sistema sanitario venga nuovamente sopraffatto sulla base di quanto imparato dalla gestione della pandemia di COVID-19. Esso comprende anche le possibili risposte da adottare in caso di una futura epidemia, come un'adeguata catena di comando e misure di prevenzione e controllo. Il nuovo piano prevede inoltre un'esplicita funzione di monitoraggio dell'attuazione del piano stesso. Tuttavia, il piano non affronta né risolve in modo innovativo il quesito del ruolo più appropriato per le Forze Armate.

## **2.4 La disorganizzata gestione politica dell'emergenza**

Al fine di attivare il piano pandemico e gli strumenti giuridici e operativi volti ad affrontare la situazione di emergenza ed evitare, per quanto possibile, il passaggio verso uno stato di crisi sistemica, in data 31 gennaio 2020 il Governo ha dichiarato lo stato di emergenza nazionale. La prima conseguenza di questa dichiarazione è stata l'attribuzione al Dipartimento della Protezione Civile, organo operativo della Presidenza del Consiglio dei Ministri, la cui esperienza risiede principalmente nella gestione delle calamità naturali, di quei compiti di coordinamento ed esecuzione degli interventi necessari a fronteggiare l'emergenza sanitaria sotto il profilo operativo. All'interno della struttura sono stati pertanto creati diversi comitati con l'obiettivo di affrontare e gestire specifici aspetti della pandemia. Il 3 febbraio fu istituito, ad esempio, il Comitato tecnico scientifico composto da alti funzionari del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, delle amministrazioni regionali e locali e da esperti di sanità pubblica, virologi ed epidemiologi con l'obiettivo di fornire supporto scientifico all'attività di governo. Il 17 marzo, la Presidenza del Consiglio ha inoltre deciso di nominare un commissario incaricato di coordinarne gli appalti per le forniture straordinarie di dispositivi di protezione individuale (DPI) e ventilatori ospedalieri.

La mancanza di esperti in materie economiche e sociali ha inizialmente caratterizzato l'azione di governo, con la scelta politica di basare tutte le decisioni solo su elementi clinici ignorando le conseguenze sul sistema economico e industriale italiano, comportando un effetto sistemico devastante che ha avviato il Paese sul binario della crisi sistemica. Tuttavia, per far fronte al collasso di altri sistemi sociali, il 10 aprile, la Presidenza del Consiglio ha almeno deciso di nominare un comitato di esperti in materie economiche e sociali per elaborare linee guida e piani con l'obiettivo di gestire il passaggio dalla fase di *lockdown* a quella di riapertura del Paese.

Dal punto di vista dei processi politici, le scelte del Governo hanno consentito all'esecutivo di *bypassare* il Parlamento nella definizione degli interventi legislativi. Il Governo ha fatto infatti massicciamente ricorso alla decretazione d'urgenza (tramite principalmente i decreti del Presidente del Consiglio o DPCM), travalicando i confini tra potere esecutivo e legislativo. Una scelta, giustificata dall'emergenza, ma che molti esponenti politici ed esperti giuridici hanno visto come un congelamento *de facto* del quadro delle tutele costituzionali (Miconi, 2022), soprattutto in occasione del continuo prolungamento dello stato di emergenza: prima fino al 31 ottobre 2020 e poi fino al 31 gennaio 2021. Inoltre, la dichiarazione dello stato di emergenza e la nomina di un commissario straordinario per gli approvvigionamenti hanno visto una riduzione quantitativa delle prerogative regionali, in violazione del principio di sussidiarietà, e introducendo la possibilità di derogare alle rigide norme vigenti sugli appalti suscitando dubbi sul possibile aumento della corruzione e delle infiltrazioni mafiose (Vacchiano, 2022).

Infine, data la natura multilivello dell'amministrazione pubblica italiana, anche le amministrazioni regionali, in particolare quelle di Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Piemonte, decisero di creare delle *task-force ad hoc* con il risultato di sovrapporsi in modo purtroppo non efficiente alla struttura creata dallo Stato centrale<sup>12</sup>. La reazione apparentemente scomposta delle regioni si deve al fatto che la pandemia non ha colpito l'Italia in modo uniforme, ma ha presentato un evidente divario tra il Nord e il Sud della penisola e pertanto ha visto almeno all'inizio una differenziazione delle misure di contenimento. Vi sono diverse ragioni accertate per questo fenomeno, ma le differenze sono dovute principalmente a vari ingressi indipendenti del virus avvenuti nelle regioni della pianura padana, alla presenza di un tessuto urbano e di profili sanitari molto diversi tra loro, a questioni legate al clima e all'alimentazione, e infine alle politiche sanitarie attuate a livello regionale.

## **2.5 Breve quadro quali-quantitativo dell'impatto della pandemia di COVID-19 sulla realtà italiana**

In questa sottosezione offriamo dunque una prima valutazione degli effetti sul sistema sanitario provocate dallo *shock* pandemico, seguendo l'intuizione di Pichler e Farmer (2022) sia sotto il profilo della domanda che dell'offerta di servizi sanitari, senza entrare troppo nel dettaglio delle singole situazioni regionali, ma evidenziando le conseguenze dell'aumento di *stress* sul sistema italiano nel suo complesso. Le prime misure di contenimento previste dal

---

<sup>12</sup> Per un commento esaustivo su questo aspetto particolare della sovrapposizione tra autorità centrale e governi locali si veda <https://tesi.univpm.it/handle/20.500.12075/8383>

Governo italiano sono state pensate sia per aumentare la capacità di assorbimento dell'impatto da parte delle infrastrutture che per far fronte alla carenza di risorse umane necessarie a soddisfare la crescente domanda di prestazioni sanitarie. Si è trattato di un aumento complessivo dell'offerta infrastrutturale e della capacità produttiva di dispositivi medici. Nel dettaglio si è cercato di attuare una rapida conversione di strutture già esistenti o una costruzione di nuove strutture ospedaliere, incluse numerose unità di terapia intensiva (ICU) per la cura dei pazienti COVID-19, la cui mancanza ha rappresentato una delle principali criticità nel modulare una risposta adeguata all'emergenza. Inoltre si è proceduto all'approvvigionamento di ingenti quantità di dispositivi di protezione individuale (DPI) e altri dispositivi medici. Infine si è provveduto rapidamente a mettere in organico numerosi nuovi operatori sanitari, coadiuvati massicciamente laddove possibile da personale appartenente alle Forze Armate. In questo senso va notato come sia estremamente difficile attuare tali misure nel breve termine e va pertanto dato merito al Paese di essere riuscito nello sforzo di aumentare l'offerta in un modo senza precedenti. Tuttavia, ancora una volta, questo ha coinciso con una cannibalizzazione delle risorse della Difesa.

Per fornire alcune cifre, riportiamo quanto riscontrato da Bosa *et al.* (2022) che notano come durante il periodo temporale in oggetto del presente studio, ovvero durante la fase acuta della risposta italiana, il numero totale di posti letto in terapia intensiva disponibili è stato aumentato di quasi il 65%, pari a circa 3360 posti letto aggiuntivi, rispetto ai circa 5300 disponibili in precedenza. Questo grazie anche alla realizzazione di diversi ospedali da campo ad opera delle Forze Armate. È stata inoltre pianificata un'ulteriore espansione del 30% (ammontante a quasi 2400 posti letto) che, se completata, si tradurrà in una capacità di gestione di eventuali pandemie più che raddoppiata rispetto agli anni precedenti il 2020. DPI, test rapidi, e sistemi di tracciamento dei contagi si sono invece rivelati essenziali per consentire una risposta efficace e un'efficace prevenzione alla diffusione del virus. Dall'inizio della pandemia, il Dipartimento della Protezione Civile ne ha coordinato l'approvvigionamento e la distribuzione alle regioni grazie anche all'attività di distribuzione sul territorio coadiuvata dall'Esercito Italiano. Nonostante un'iniziale carenza di DPI, grazie all'intervento del Governo, nella fase acuta della pandemia sono stati siglati 52 contratti con venditori nazionali e internazionali, per un importo totale di circa 357 milioni di euro, riguardanti l'acquisto di oltre 350 milioni di mascherine, 7,2 milioni di guanti, oltre 107.000 tute protettive, oltre 100.000 occhiali protettivi, oltre 2500 ventilatori meccanici e 400 flussimetri di ossigeno. Le gare sono state anche aggiudicate in tempi *record*. Oltre alle forniture nazionali, regioni, amministrazioni locali e singoli ospedali hanno provveduto ad acquisire direttamente i dispositivi necessari attraverso altri canali (come ad esempio le

donazioni). Infine, nello specifico della produzione di respiratori e ventilatori, la Marina Militare ha supportato lo sforzo di acquisizione sia a livello di progettazione che di manifattura di diversi dispositivi.

La crescita del numero di posti ICU e della disponibilità di materiale sanitario ha riguardato tutte le regioni, ma non in modo omogeneo, poiché spesso caratterizzata da un approccio meramente reattivo e non strategico. Essa è infatti dipesa unicamente dall'andamento epidemiologico di breve periodo e dalla gravità immediata dei casi di COVID-19 riscontrati in ciascuna regione senza ulteriori valutazioni di *trend* o comunque senza alcuna riflessione ispirata a considerazioni logistiche e logiche di *operation management* nella distribuzione di risorse limitate e non facilmente riallocabili. L'andamento generale dei contagi da COVID-19 ha evidenziato infatti come un virus di questo tipo evolva in modo imprevedibile, magari veicolato dai flussi pendolari o vacanzieri. Mettendo in luce altresì come gli sforzi per aumentare le capacità di terapia intensiva in modo non pianificato abbiano finito per determinare situazioni descrivibili come “collo di bottiglia” in aree geografiche non interessate da ondate precedenti lasciate impreparate, mentre l'aumento indiscriminato di posti ICU e DPI in aree impattate ma pronte ad una rapida discesa dei contagi sia evidentemente risultata uno spreco di risorse.

Lo sforzo per espandere le risorse volte a gestire il crescente numero di pazienti affetti da COVID-19 è poi risultato nella necessità di interrompere l'erogazione della maggior parte delle attività di assistenza sanitaria, soprattutto quella priva del carattere di urgenza (i.e. elettiva) ma anche parzialmente di alcuni servizi essenziali. Ciò al fine di riallocare le risorse, in particolare il personale sanitario alle ICU. Inoltre si è resa necessaria anche l'estensione degli orari di lavoro e conseguentemente della durata dei turni del personale medico e infermieristico in servizio. L'emergenza ha dunque introdotto un effetto moltiplicatore delle conseguenze negative sotto-finanziamento del sistema sanitario italiano e in particolare del blocco del *turnover* a cui si accennava in precedenza. Va precisato inoltre che l'Italia soffre da tempo della carenza di forza lavoro nel settore sanitario a causa del suo costante invecchiamento causato dalla mancanza di investimenti nella formazione e pianificazione nel reclutamento del personale medico. Secondo il rapporto *Health at a Glance Indicators* (OCSE, 2019), nel 2017 in Italia si registrava la quota maggiore di medici di età pari o superiore a 55 anni tra tutti i Paesi OCSE (55% vs 34% della media OCSE). Lo stesso rapporto mette in evidenza come tale quota era aumentata del 36% tra il 2000 e il 2017. Un altro importante contenuto nel rapporto riguarda la proporzione di personale medico per abitante, che in Italia si situava a soli 95 lavoratori (57 infermieri, 19 medici e 19 altro personale tecnico) ogni 10.000 abitanti. È vero che ad oggi l'Italia ha un rapporto di

4 medici ogni 1.000 abitanti, rispetto alla media UE di 3,6, ma ha il rapporto medico-infermiere più basso dell'OCSE (1,4 infermieri per medico). Inoltre, secondo i numeri diffusi dall'OCSE, l'Italia vede soli 5,8 infermieri ogni 1.000 abitanti, rispetto alla media europea di 8,5. È evidente che il Paese disponga di meno personale infermieristico di quasi tutti i Paesi dell'Europa occidentale con l'eccezione della Spagna.

Allo scoppio della pandemia, questa carenza cronica di infermieri, cui dobbiamo aggiungere la scarsa presenza di medici specializzati in medicina d'emergenza, unita all'elevato numero di operatori risultati positivi durante la prima ondata di COVID-19, ha costretto il Governo a pensare a diversi provvedimenti d'emergenza per far fronte alla domanda di personale. Tra le misure approvate, che verranno presentate in ordine cronologico in una sezione successiva di questo rapporto, troviamo la redistribuzione del personale sanitario tra diverse regioni, il reintegro in organico di medici, infermieri e altri operatori sanitari in pensione, l'assunzione straordinaria di studenti provenienti dalle facoltà di medicina, la creazione di percorsi di reclutamento più rapidi e infine la possibilità di assumere personale a contratto a tempo determinato per un totale di circa 20.000 persone. Ulteriori misure hanno poi incluso lo stanziamento di 250 milioni di euro a copertura degli straordinari, la possibilità per le strutture sanitarie di posticipare il pensionamento del personale avente diritto, la possibilità per medici e infermieri in pensione di tornare su base volontaria (al culmine della crisi in Lombardia, oltre 300 medici in pensione e 500 infermieri in pensione ne hanno fatto uso) e la messa temporanea ad organico del SSN di medici e infermieri delle Forze Armate. Va notato che la richiesta alle Forze Armate di fornire personale sanitario (richiesta che è stata esaudita) ha messo in luce le criticità imposte dalla recente tendenza a depotenziare la sanità militare preferendole alternative civili in regime di *outsourcing*. Inoltre, gli ospedali si sono visti riconoscere la possibilità di assumere medici e infermieri non ancora iscritti all'Albo dei Medici in regime di libero professionista. Infine, medici e infermieri che esercitavano all'estero sono stati ammessi a lavorare in Italia su base temporanea.

Veniamo adesso al lato della domanda di servizi sanitari. Come abbiamo visto, l'aumento rapido dei pazienti COVID-19 necessitanti di cure mediche importanti, e in particolare quelli destinati alla terapia intensiva, ha imposto una rapida riallocazione delle risorse improntata alla gestione dell'emergenza. Una riorganizzazione di tale portata ha impattato drammaticamente sull'erogazione dei servizi sanitari. Ad esempio, gran parte dei sistemi sanitari regionali hanno visto diminuire drasticamente la propria capacità e abilità di erogare servizi di base e prestazioni mediche, incluse quelle chirurgiche considerate, in base alla decretazione governativa d'urgenza, come elettive o altrimenti non sottoposte a

criterio di urgenza. Durante il picco delle interruzioni, circa dodici settimane, è stimato che 50.552 interventi chirurgici siano stati annullati settimanalmente. Gristina (2022) sottolinea l'impatto di questa conseguenza indiretta della pandemia. Per dare un'idea di massima dell'impatto della gestione dell'emergenza dovuta alla pandemia di COVID-19, si stima che nel periodo di riferimento di questo rapporto tra il 70% e il 90% degli interventi chirurgici per patologie benigne, come ad esempio interventi all'apparato muscolo-scheletrico, e tra il 20 e il 30% di quelli rivolti a patologie a decorso maligno o invalidante, siano stati cancellati. Allo stesso modo, diverse procedure ambulatoriali (o in regime di *day hospital*) sono state sospese imponendo severi cambiamenti di stile di vita e impattando la prognosi a lungo termine per individui affetti da malattie croniche. Infine, la riorganizzazione delle risorse ha avuto un effetto depressivo sull'accesso alle strutture di primo soccorso e ai successivi ricoveri di emergenza per patologie diverse dal COVID-19. L'analisi dei flussi di ingresso delle unità di Pronto Soccorso mostra, ad esempio, come il numero dei pazienti ricoverati per sindrome coronarica acuta in 15 ospedali delle regioni maggiormente impattate dall'ondata di COVID-19 sia sceso a una media di 13,3 ricoveri al giorno rispetto ai 18,9 ricoveri nello stesso periodo dell'anno precedente.

Va anche aggiunta una riflessione sull'emergenza silenziosa rappresentata dalle persone che, pur avendo necessità di cure ospedaliere o legate alla salute mentale aggravata dalle misure di *lockdown*, non ne abbiano voluto o potuto fare uso. Purtroppo non disponiamo di stime attendibili, ma è probabile che in futuro essa possa rivaleggiare con l'impatto diretto del COVID-19. Si tratta di un danno collaterale ancora difficilmente quantificabile, dovuto al ritardo di cure considerate non urgenti, migliaia di diagnosi mancate e in generale di un aumento delle condizioni invalidanti. Tutto questo, assieme a problemi strutturali più profondi, rappresenta un'ipoteca sulla capacità del sistema di sostenere un altro *shock* esogeno della stessa portata qualora o quando dovesse ripresentarsi in futuro. Nello specifico delle considerazioni relative alla Difesa una diminuzione del livello di salute generale del Paese potrà anche influire sui processi di reclutamento, limitando il numero di individui abili o altrimenti in possesso delle caratteristiche psico-fisiche richieste dal servizio.

Capitolo a parte è il numero di decessi nelle case di cura. Analogamente a molti altri Paesi europei, le case di cura (Residenza Sanitaria Assistenziale, RSA) sono state particolarmente colpite dalla pandemia di COVID-19<sup>13</sup>. L'eccesso di mortalità registrato nelle RSA sembra aver seguito il modello regionale di esposizione e incidenza del virus, ma sono evidenti le conseguenze quantitative di alcuni errori decisionali. In Lombardia, ad esempio,

---

<sup>13</sup> Per un'ottima disamina di questo aspetto si veda <https://www.valoreinrsa.it/letteratura/428-panoramica-impatto-della-pandemia-sulle-strutture-di-lungodegenza-in-tutto-il-mondo.html>

per alleggerire la pressione sugli ospedali già operativi oltre capacità, fu scelto di utilizzare i letti RSA per il trattamento di pazienti non critici COVID-19, a condizione che questi pazienti potessero essere adeguatamente isolati, potenzialmente contribuendo allo scoppio di focolai tra una popolazione anziana e più esposta a forme severe a decorso infausto. Ciò è ascrivibile alla mancanza di strutture adeguate, alla massiccia carenza di DPI e a una diffusa mancanza di formazione alla gestione dell'emergenza oltre che alla mancanza di un coordinamento anche solo a livello regionale tra strutture private, pubbliche e autorità sanitarie. In molti casi la gestione delle RSA è stata affidata alle Forze Armate, principalmente Esercito e Marina Militare, comportando un aumento del rischio di esposizione per il personale in servizio<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> <https://www.corrierecesenate.it/Dall-Italia/Coronavirus-Esercito-italiano-medici-e-infermieri-a-supperto-delle-Rsa-in-provincia-di-Piacenza>

## CAPITOLO 3

### CRITICITÀ, VULNERABILITÀ E PUNTI DI FORZA GIÀ ESISTENTI NELLA REALTÀ ITALIANA

Di seguito si mettono in luce le diverse fasi della gestione della prima ondata della pandemia di COVID-19, presentandone punti di forza e debolezza al fine di identificare i percorsi più adatti a fornire un *outcome* migliore nel caso di eventi simili.

#### 3.1 Le tappe della gestione italiana

Il primo paziente identificato come positivo al COVID-19 viene registrato a Codogno, in provincia di Lodi, in data 20 febbraio 2020. Nei giorni seguenti, vengono segnalati diversi altri casi in zone limitrofe dell'Emilia-Romagna e del Veneto. Il 21 febbraio si registra inoltre il primo decesso italiano per COVID-19. Il 23 febbraio, il Governo avvia pertanto la prima fase della risposta pandemica, limitando l'accesso e l'uscita dagli *hotspot* dell'infezione, noti al pubblico come "zone rosse". Il 25 febbraio queste misure restrittive alla circolazione vengono estese a tutte le regioni del Nord Italia (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria e Piemonte).

All'inizio di marzo 2020, il governo italiano dichiara lo stato di emergenza nazionale<sup>15</sup> per la pandemia COVID-19, seguito da misure sempre più restrittive volte a rallentare e contenere la diffusione del virus e a mitigare gli effetti della pandemia secondo il noto imperativo "appiattare la curva". L'ultimo di questi provvedimenti istituisce la "chiusura" nazionale (il cosiddetto *lockdown*), estendendo le regole dell'emergenza a tutto il territorio nazionale per sei mesi e, più in generale, prevedendo quello che è stato definito il "modello italiano di lotta al COVID-19", ovvero: "diminuire i contagi virali attraverso la quarantena, aumentare la capacità delle strutture mediche, adottare pacchetti di risanamento sociale e finanziario per affrontare la crisi economica indotta dalla pandemia". Il 4 marzo, ad esempio, viene imposta la chiusura di scuole e università su tutto il territorio nazionale, seguita dalle misure di distanziamento sociale introdotte il 9 marzo per tutta la cittadinanza. L'11 marzo, il Governo vara un primo blocco nazionale parziale delle attività economiche che colpisce bar, ristoranti e strutture ricreative, mentre il 22 dello stesso mese inizia il blocco completo delle attività non considerate essenziali. Il 25 marzo vengono inoltre introdotte ulteriori restrizioni agli spostamenti delle persone, tra le quali il divieto per i cittadini di uscire dalla

---

<sup>15</sup> Per le fonti normative si rimanda alla sezione *ad hoc* di questo rapporto.

propria residenza salvo che per motivi essenziali (es. lavoro, salute e approvvigionamento) e documentati da relativo permesso emesso in regime di autocertificazione.

Il 26 aprile 2021 entra in vigore il decreto legge n. 52 del 22 aprile 2021<sup>16</sup>, introducente misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali, in conformità con la necessità di contenere la diffusione della pandemia. Il testo delinea il calendario per la ripresa delle attività economiche e sociali attraverso una graduale eliminazione delle restrizioni necessarie a limitare il contagio del virus SARS-CoV-2, alla luce dei dati scientifici sull'epidemia e dei progressi della campagna di vaccinazione.

Il 3 maggio dello stesso anno si conclude la prima fase della risposta italiana all'emergenza pandemica a cui fa seguito la cosiddetta fase 2 (attiva dal 4 maggio al 2 giugno) durante la quale la maggior parte dei settori produttivi primari e secondari, inclusi professionisti e cliniche private e la maggior parte dei negozi al dettaglio, aziende e servizi alla clientela, riprende gradualmente la propria attività rimanendo soggetta a specifici protocolli di contenimento e mitigazione che vengono differenziati per ogni settore. Ulteriori normative di allentamento delle misure di *lockdown* esistenti vengono adottate a livello nazionale e locale in data 17 maggio. Con la fase 2 vengono pertanto revocate anche le precedenti restrizioni alla libera circolazione dei cittadini, che però rimane limitata alla propria regione di residenza, salvo permessi speciali. Inoltre, in questa fase, le regioni ottengono dal governo centrale la facoltà di definire specifiche linee guida regionali a integrazione di quelle nazionali. In alcuni casi le amministrazioni regionali abusano di questa facoltà con provvedimenti poi impugnati dal Governo in sede giudiziaria volti a limitare le restrizioni alle attività commerciali, soprattutto nel settore turistico e della ristorazione.

A partire dal 3 giugno, con l'uscita dalla fase 2, quasi tutte le attività economiche hanno facoltà di riprendere la propria attività; ovviamente nel rispetto dei protocolli previsti e delle regole di distanziamento sociale. Rimane obbligatorio l'uso delle mascherine per i cittadini con più di 6 anni sui mezzi pubblici, nei negozi/attività commerciali, ed in generale al di fuori della propria abitazione anche all'aperto. Scuole e università rimangono chiuse ancora per qualche mese, ma operano attraverso le piattaforme di didattica a distanza. Viene ripristinata la libera circolazione interregionale, sebbene rimangano in essere le restrizioni relative ai viaggi all'estero.

---

<sup>16</sup> Decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52: Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19. (21G00064), Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 96 del 22 aprile 2021.

### 3.2 La debolezza strutturale della risposta italiana

La risposta del Paese alla pandemia è stata oggetto di numerose critiche, ma si può affermare con certezza che l'Italia fosse davvero impreparata a gestire un'emergenza come quella presentata dalla pandemia di COVID-19? Nonostante sia chiaro nelle pagine precedenti che il piano pandemico stilato in seguito alle raccomandazioni dell'OMS fosse per la maggior parte non implementato e per quanto ne sappiamo mai realmente testato (*battle tested*), rispondere a questa domanda non è né semplice né immediato.

La prima cosa da tenere in considerazione è che l'Italia è stata il primo Paese dell'UE ad essere colpito massicciamente dal COVID-19 in un quadro di generale incredulità e sostanziale negazione dell'emergenza da parte di molti altri Paesi e persino delle organizzazioni internazionali preposte a coordinare una risposta globale. Ciononostante, dobbiamo ammettere che l'Italia non ha risposto prontamente. Ciò è da imputare alla mancanza di un robusto sistema di identificazione della minaccia sanitaria delegata alle unità territoriali, lasciate senza un vero e proprio coordinamento. Mancando un tale meccanismo, il Paese ha dunque optato per una postura attendista che ha sostanzialmente condotto all'inazione e all'attivazione tardiva dei meccanismi previsti per la gestione di un'emergenza sanitaria di questo tipo. Tale postura si deve in primo luogo al tradizionale approccio reattivo del nostro Paese derivato da una cultura *risk-averse* nel trattamento delle emergenze come è messo, purtroppo in luce, dalla passata gestione dei disastri naturali.

Un secondo problema riguarda la capacità dell'esecutivo di prendere decisioni rapide stante la presenza di vincoli decisionali tipici di un sistema democratico. La dichiarazione di uno stato di emergenza, che ha consentito al Governo di prendere decisioni immediate per affrontare l'emergenza sanitaria, non si è rivelata semplice e ha comportato, secondo alcuni, una sospensione delle garanzie democratiche simile a quella che potrebbe rendersi necessaria in caso di conflitto armato. La decisione di imporre gradualmente misure sempre più rigorose di *lockdown*, per molti versi simili a quelle draconianamente imposte dalla Cina, è stata un esercizio difficile in quanto ha richiesto compromessi senza precedenti tra l'applicazione di misure restrittive delle libertà individuali in un sistema democratico e la necessità di contenere, o almeno mitigare, la diffusione del virus per garantire la sicurezza della popolazione. Ritardi nella risposta si sono dovuti, ad esempio, alla necessità di acquisire il consenso sia delle imprese industriali che delle rappresentanze sindacali.

Un terzo elemento di crisi, di natura prettamente sociologica, risiede nel fatto che la prima fase dell'emergenza è stata caratterizzata da un basso livello di *compliance* della cittadinanza alle misure di sanità pubblica intese a mitigare o rallentare la diffusione della

pandemia. Un esempio eclatante è stata la fuga di massa dalle zone più colpite dal COVID-19, avvenuto prima dell'introduzione del *lockdown* nazionale a marzo, che ha sicuramente avuto un impatto negativo sulla diffusione dei focolai in aree della penisola precedentemente non colpite. È inoltre emerso con rapidità il problema della disobbedienza civile contro il distanziamento e l'uso di DPI attuata dai vari movimenti di cittadini comprendenti la galassia NoVax.

Un quarto elemento di debolezza, questa volta sistemica, è insito nella struttura di *governance* multilivello e il sistema amministrativo e sanitario decentralizzato dell'Italia. Essi hanno sicuramente consentito alle autorità locali di modulare la risposta alle esigenze del territorio e della popolazione, permettendo di adottare proattivamente misure più restrittive di quelle imposte a livello nazionale in funzione dello sviluppo epidemiologico. Tuttavia, è possibile sostenere sulla base dei dati epidemiologici che tale pluralismo abbia esacerbato le debolezze preesistenti nei modelli di organizzazione ed erogazione della sanità a livello locale. La mancanza di un efficace coordinamento nazionale ha dunque ostacolato risposte più rapide e integrate, oltre ad aver alimentato tensioni organizzative tra i diversi livelli dell'amministrazione statale.

Infine, altre debolezze nei processi decisionali come la mancanza o la parziale implementazione di un piano nazionale di emergenza, il ritardo nel riconoscere la minaccia, l'insufficiente trasparenza nella comunicazione e un sistema di sorveglianza inadatto a consentire il coordinamento centrale dell'emergenza nazionale, hanno fatto ricadere il peso della pandemia unicamente sulle strutture ospedaliere locali che, essendo carenti nell'ambito della terapia intensiva, si sono rivelate subottimali rispetto alle necessità senza che alcun tipo di intervento di supporto interregionale sia civile che militare fosse immediatamente disponibile. A questo livello, sempre per la mancanza di pianificazione delle operazioni di mitigazione, la risposta si è inizialmente limitata ad essere di tipo reattivo, incrementando in realtà il livello di crisi complessiva del sistema a fronte di interventi atti a ridurre criticità immediate. Ad esempio, l'urgenza di sopperire alla cronica mancanza di posti e personale di terapia intensiva in ambito ospedaliero, che ha visto il raddoppio dei posti letto in terapia intensiva nel Nord del Paese nell'arco di soli 15 giorni anche grazie al supporto delle Forze Armate, ha inibito e lasciato esposta, per mancanza di risorse, la "prima linea" e cioè il livello primario di assistenza rappresentato dalla medicina di famiglia e territoriale. Il numero dei medici generici contagiati, più alto rispetto a tutti gli operatori sanitari, serve ad indicare il livello inferiore di attenzione che questa componente del sistema sanitario ha ricevuto nella strategia complessiva di risposta all'emergenza COVID-19. A ulteriore riprova di quanto affermato, sebbene fin dall'inizio della fase acuta della

pandemia nel marzo 2020, il Governo abbia incentivato la creazione di unità speciali per garantire la gestione dei pazienti COVID-19 che non necessitavano di cure ospedaliere, e garantire il monitoraggio delle persone in isolamento domiciliare, la loro introduzione da parte delle regioni non è stata uniforme e poche regioni hanno raggiunto il numero minimo previsto dai decreti.

Riassumendo, lo studio delle politiche italiane per la gestione della pandemia dimostra l'importanza di un'efficace "condivisione dei poteri amministrativi" – e più specificamente dei poteri di regolamentazione amministrativa per le emergenze – basata su una valutazione del rischio (non sempre coerente e coordinata a livello nazionale) attraverso i diversi livelli di governo e mediante la partecipazione nominale, la ricerca di cooperazione e coordinamento di tutti gli attori istituzionali coinvolti nel processo di pianificazione e decisionale di emergenza: il Governo nazionale, le Regioni, gli enti locali e le Forze Armate. Questo, almeno nelle intenzioni, avrebbe dovuto garantire un'efficace applicazione delle decisioni decretate d'urgenza dalla Presidenza del Consiglio, sebbene con applicazioni spesso non coerenti o parziali tra regioni.

Almeno sul piano teorico e tenuto conto delle criticità sostanziali dovute all'effettivo funzionamento degli strumenti periferici e locali di applicazione e controllo delle disposizioni adottate a livello di governo centrale, l'analisi del caso italiano riafferma dunque l'importanza della condivisione dei poteri amministrativi e ha messo in luce due aspetti principali: In primo luogo, l'"approccio incrementale" alla gestione dell'emergenza, basato su un uso proporzionato dei poteri ma fortemente limitante per l'attività produttiva e per la fornitura di servizi a livello nazionale, ha confermato di essere largamente inefficace o addirittura dannoso in assenza di cooperazione tra tutti gli attori coinvolti. In secondo luogo, si è rilevata l'esigenza di una riorganizzazione strutturale e di un'effettiva cooperazione tra Governo, Regioni ed enti locali per l'attuazione efficace ed efficiente di un piano sanitario pandemico a livello nazionale.

Ciò che si evidenzia, in merito al riscontro delle criticità sistemiche e formali nella gestione pandemica, è l'esigenza di applicare piani d'intervento di gestione delle emergenze e delle crisi partendo dalla definizione di un quadro d'azione fondato su una prospettiva costituzionale per proporre alcune possibili soluzioni. Da questa prospettiva, i problemi di un'efficace condivisione dei poteri amministrativi tra i diversi livelli di governo e l'impiego dei suoi strumenti su territorio nazionale potrebbero essere risolti attraverso un'interpretazione sistematica della Costituzione e l'attuazione di specifici strumenti costituzionali previsti dall'ordinamento giuridico.

In tale valutazione deve trovare spazio il dibattito sull'effettivo impiego delle Forze Armate come complemento di supporto agli organi preposti alla gestione e attenuazione delle emergenze e non, come l'analisi storica dell'impiego delle stesse sul territorio nazionale conferma, con un ruolo crescente, sempre più strutturale e sistematico in sostituzione degli stessi. L'Italia, il cui strumento militare non ha una specifica unità per le gestioni delle emergenze, in occasione della pandemia ha delegato dapprima il supporto al contenimento dei contagi e, successivamente, il coordinamento dell'attività vaccinale al COVI, il Comando Operativo di Vertice Interforze, la cui *mission* non ha nulla a che fare con le emergenze naturali o di salute pubblica e viene anzi definito nell'ordinamento militare come *“l'organo di staff del capo di stato maggiore della Difesa deputato alla pianificazione, coordinazione e direzione delle operazioni militari, delle esercitazioni interforze nazionali e multinazionali e delle attività a loro connesse. Il Covi fornisce un contributo all'elaborazione della dottrina Nato e di altre organizzazioni Internazionali; sviluppa le metodologie per la simulazione degli scenari strategici ed operativi; analizza le attività traendone ammaestramenti ed elaborando correttivi e, inoltre, rappresenta l'entry point per tutte le richieste di concorsi operativi forniti dalle Forze Armate alle altre autorità istituzionali sul territorio nazionale, in occasione di calamità naturali e in casi di straordinaria necessità ed urgenza. Per tali operazioni è responsabile della direzione, coordinamento e controllo delle attività”*<sup>17</sup>.

### **3.3 Le criticità di un “sistema” che non c'è: lo strumento Difesa-sicurezza**

Affinché le società possano ritornare in sicurezza ad una condizione di normalità, è necessario che tutti gli attori istituzionali, quelli privati così come la società civile, siano pienamente e consapevolmente coinvolti nell'applicazione delle strategie nazionali e internazionali affinché le strutture e le infrastrutture vitali per la nazione siano sempre protette, per garantire l'azione di governo e la sicurezza della popolazione<sup>18</sup>; così come è necessario che tali strategie siano articolate in modo tale da realizzare una capacità di risposta sistemica e strutturata che sappia rispondere e compensare gli effetti delle crisi e le vulnerabilità collettive. La salvaguardia della collettività indica come necessario un approccio “di sistema” che sia capace di far rispondere efficacemente a minacce ed emergenze che potrebbero sfociare in crisi sistemiche che lo Stato, inteso come soggetto accentratore, potrebbe essere non in grado di gestire. La capacità di saper fornire una risposta efficace presuppone la predisposizione di piani e misure di risposta chiari e definiti

---

<sup>17</sup> Covi: la missione e i compiti. Fonte: Ministero della Difesa, in [https://www.difesa.it/SMD\\_/COI/Pagine/Cosa.aspx](https://www.difesa.it/SMD_/COI/Pagine/Cosa.aspx)

<sup>18</sup> Ministero dell'Interno, *Difesa civile*, in <https://www.interno.gov.it/it/temi/prevenzione-e-soccorso/difesa-civile>.

con ampio anticipo e che prevedano un chiaro margine d'azione, una tempestività d'intervento e le specifiche responsabilità delegate a tutti gli attori chiamati a fornire uno specifico e definito supporto e un contributo preventivo.

In tale quadro di riconosciuta necessità di approccio sistemico, sebbene i due settori della Difesa e della Sicurezza siano sempre maggiormente interconnessi, rimangono però due elementi tra di loro distinti e con specifiche competenze. Come evidenziato da C. Bertolotti nel suo contributo *“Covid-19: serve un sistema di Difesa civile”* pubblicato dallo IAI - Istituto di Affari internazionali, *“le Forze Armate, impegnate in attività di ordine pubblico, in supporto e in sostituzione alle Forze di polizia, o nell’allestimento di ospedali da campo e l’impiego di personale sanitario militare, o ancora la disponibilità della logistica militare per il trasferimento delle salme dei deceduti a causa del COVID-19, o per la produzione di strumenti medici, o infine per la distribuzione delle attrezzature scolastiche, sono indicatori di assenza di sistema più che di capacità. È la dimostrazione di una gestione emergenziale non pianificata in cui alcuni specifici settori istituzionali vengono distratti dal loro compito primario e chiamati a garantire la funzionalità di altri apparati pubblici in stato di paralisi operativa, senza una pianificazione strategica, né una concreta capacità strutturale”*. Al contrario di quanto sarebbe stato ottimale, e sebbene apprezzata sul campo, la risposta italiana appare scomposta, scoordinata e fondamentalmente incerta.

L'incertezza è certamente una causa e un elemento che deve essere tenuto in considerazione nella gestione operativa delle emergenze al fine di rafforzare la fiducia del pubblico e massimizzare l'efficacia della *governance* e della conseguente azione di risposta. Durante la pandemia di COVID-19, oltre agli aspetti legati alla dimensione virologica dell'emergenza, l'incertezza si è manifestata in modo critico soprattutto nel sistema di ripartizione dei poteri tra gli attori rilevanti all'interno del sistema italiano multilivello, in particolare riguardo all'uso dello strumento militare nell'adozione e avvio operativo delle misure di risposta.

Sappiamo che le emergenze sono di norma caratterizzate da una tendenza a centralizzare il potere decisionale. Questo aspetto che si ritrova in letteratura (Turnbull, Bernier, 2022), non è tuttavia sempre considerato un'opzione adeguata per modellare gli sforzi operativi. Al contrario, il coinvolgimento delle realtà territoriali nei processi decisionali appare un metodo più efficace per affrontare l'evoluzione dell'emergenza in contesti spesso diversificati come appare evidente nel caso italiano. Allo stesso modo, tuttavia, la mancanza di un'adeguata struttura di coordinamento centrale può comportare conflitti o paralisi decisionali dovute alla mancanza di una visione complessiva a livello statale e internazionale che caratterizza le amministrazioni locali.

In altre parole, la razionalità limitata dei decisori politici locali può influenzare negativamente le politiche pubbliche territoriali poiché la mancanza di informazioni o attenzione verso esigenze altrui non consente loro di compiere scelte pienamente razionali in un regime di complessità operativa che deve necessariamente tenere conto del livello macro-geografico.

La presenza di incertezza non deve tuttavia tradursi nella scusante di una mancanza di pianificazione. Tralasciando gli aspetti politici e amministrativi, la domanda che dobbiamo inevitabilmente porci è se a livello operativo tale compito di pianificazione e di coordinamento operativo può e debba essere assolto dalle Forze Armate. O se al contrario si ravvede il bisogno di costruire uno strumento di difesa civile in grado di gestire future emergenze armonizzando le realtà locali con le necessità nazionali. Qualora la risposta fosse di provvedere alla creazione di un sistema di difesa civile, resta da chiarire quale spazio lo strumento militare dovrà avere nel nuovo contesto.

In conclusione di questa sezione del rapporto, le politiche italiane per la gestione della pandemia hanno evidenziato le criticità connesse a un'efficace "condivisione dei poteri amministrativi" – e più specificamente dei poteri di regolamentazione amministrativa delle emergenze – basata su un'adeguata e accurata valutazione del rischio, attraverso i diversi livelli di governo, con la partecipazione, la cooperazione e il coordinamento di tutti gli attori istituzionali coinvolti nel processo di pianificazione e decisionale dell'emergenza: dal Governo nazionale, alle Regioni, agli enti locali e allo strumento militare. In questo quadro appare ancora più ambiguo il ruolo riservato allo strumento militare. Le sezioni che seguono intendono partire da questa osservazione per analizzare il possibile scenario partendo da una valutazione del quadro normativo vigente e delle attività svolte fino a ora dalle Forze Armate in contesti civili di difesa e gestione emergenziale.

## CAPITOLO 4

### GESTIONE DELLE EMERGENZE E CRISI: QUADRO NORMATIVO VIGENTE E PROSPETTIVE NORMATIVE

Le sezioni seguenti illustrano il quadro normativo in vigore al momento dell'inizio della pandemia, i provvedimenti presi in seguito e le eventuali prospettive normative atte a creare migliori condizioni di base per una maggior resilienza sistemica con particolare attenzione all'uso futuro dello strumento militare.

#### 4.1 Il principale quadro normativo di riferimento: l'approccio emergenziale del 2020

Di seguito si riporta una lista degli atti normativi che hanno informato l'approccio italiano alla pandemia di COVID-19.

##### ***a) Atti normativi***

- Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 – Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili - GU Serie Generale n.26 del 01-02-2020;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 febbraio 2020, 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 [abrogato];
- Decreto-Legge 23 febbraio 2020, n. 6 – Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 convertito in Legge n. 13 del 05/03/2020 – GU n. 45 del 23-02-2020;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020 – 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 – GU n.47 del 25-02-2020;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 marzo 2020 – 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 – GU n.52 del 01-03-2020;

- Decreto-Legge 2 marzo 2020, n. 9 – Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 – GU n. 53 del 2-3-2020;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2020 – 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, applicabili sull'intero territorio nazionale” – GU n.55 del 04-03-2020;
- Delibera del Consiglio dei Ministri del 5 marzo 2020 – Ulteriore stanziamento per la realizzazione degli interventi in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili – GU n.57 del 6-03-2020;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 8 marzo 2020 – 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 - GU n.60 del 8-03-2020;
- Decreto-Legge 8 marzo 2020, n. 11 – Misure straordinarie ed urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenere gli effetti negativi sullo svolgimento dell'attività giudiziaria - GU n.59 del 8-03-2020;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 9 marzo 2020 – 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, applicabili sull'intero territorio nazionale - GU n.62 del 09-03-2020;
- Decreto-legge 9 marzo 2020, n. 14 – Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19 – GU n. 62 del 9-3-2020;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 marzo 2020 – 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, applicabili sull'intero territorio nazionale - GU n.64 del 11-03-2020;
- Decreto-Legge n. 18 del 17 marzo 2020 Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 – GU n. 70 del 17-03-2020 (“Decreto Cura Italia”);
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 marzo 2020 – 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, applicabili sull'intero territorio nazionale n. 76 del 22-3-2020;

- Decreto-Legge del 25 marzo 2020, n. 19 – Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 – GU n.79 del 25-03-2020;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 marzo 2020 – Criteri di formazione e di riparto del Fondo di solidarietà comunale 2020 - GU n. 83 del 29-03-2020;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'1 aprile 2020 – Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 applicabili sull'intero territorio nazionale – GU n.88 del 2-04-2020;
- Decreto-Legge dell'8 aprile 2020, n. 22 – Misure urgenti sulla regolare conclusione e l'ordinato avvio dell'anno scolastico e sullo svolgimento degli esami di Stato – GU n. 93 dell'08-04- 2020;
- Decreto-Legge dell'8 aprile 2020, n. 23 Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali (“Decreto Liquidità”) – GU n. 94 dell'08-04.2020;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2020 Disposizioni attuative del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale – GU n. 97 dell'11-04-2020;
- Decreto-Legge del 20 aprile 2020, n. 26 Disposizioni urgenti in materia di consultazioni elettorali per l'anno 2020 – GU n. 103 del 20-04-20;
- Legge n. 27 del 24 aprile 2020, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, recante misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Proroga dei termini per l'adozione di decreti legislativi (“Legge di Conversione del Decreto Cura Italia”) – GU n. 110 del 29- 04-20;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020 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, applicabili sull'intero territorio nazionale – GU n. 108 del 27-04-20;

- Ordinanza del Commissario Straordinario Presidenza del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020, Disposizioni urgenti per la vendita al consumo di mascherine facciali;
- Decreto-Legge del 30 aprile 2020, n. 28 – Misure urgenti per la funzionalità dei sistemi di intercettazioni di conversazioni e comunicazioni, ulteriori misure urgenti in materia di ordinamento penitenziario, nonché disposizioni integrative e di coordinamento in materia di giustizia civile, amministrativa e contabile e misure urgenti per l'introduzione del sistema di allerta COVID-19;
- Decreto-Legge del 19 maggio 2020, n. 34 – Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 ("Decreto Rilancio") – GU n.128 del 19-05-2020;

***b) Ministero dell'Economia e delle Finanze***

- Decreto 24 febbraio 2020 - Sospensione dei termini per l'adempimento degli obblighi tributari a favore dei contribuenti interessati dall'emergenza epidemiologica da COVID-19 - GU n.48 del 26-02-2020;
- Comunicato Stampa dell'Agenzia delle Entrate del 3 marzo 2020 – Nuove scadenze fiscali 2020;
- Agenzia delle entrate – Riscossione: FAQ sul Decreto Legge n. 18/2020 del 19 marzo 2020;
- Direttive Operative della Guardia di Finanza dell'11 marzo 2020;
- Bollettino Ufficiale del 20 marzo 2020;
- Comunicato della Direzione regionale dell'Agenzia delle Entrate – Regione Lombardia del 22/03/2020 Chiusura di alcuni Uffici o riduzione dell'Orario di Apertura al pubblico;
- Linee Guida MEF del 22 marzo 2020 – La moratoria per microimprese e Pmi, cosa c'è da sapere. Le disposizioni sulla sospensione dei prestiti contenute nell'articolo 56 del D.L. "Cura Italia";
- Decreto 25 marzo 2020 - Fondo di solidarietà per i mutui per l'acquisto della prima casa, ai sensi dell'articolo 54 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 (20A01918) (GU Serie Generale n.82 del 28-03-2020);
- Modulo Richiesta sospensione mutui del 30 marzo 2020.

### ***c) Ministero dell'Interno***

- Circolare del Ministro dell'Interno n. 15350/117(2)/Uff IIIProt.Civ;
- Direttiva del Ministero dell'Interno ai prefetti dell'8 marzo 2020;
- Circolare del Ministero dell'Interno del 12 marzo 2020 Polmonite da nuovo corona-virus (COVID-19);
- Circolare del 22 marzo 2020 – Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale;
- Decreto 16 aprile 2020 – Riparto del contributo, previsto dall'art. 115 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, c.d. "Cura Italia" per l'importo complessivo di 10 milioni di euro;
- Decreto 16 aprile 2020 - Riparto del contributo, previsto dall'art. 114 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, c.d. "Cura Italia" per l'importo complessivo di 70 milioni di euro;
- Circolare del 4 maggio 2020 - Emergenza epidemiologica da COVID-19. Misure urgenti in materia di accesso al credito delle imprese.

### ***d) Ministero dello Sviluppo Economico***

- Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico del 25 marzo 2020 – Modifiche al Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 marzo 2020;
- Direttiva del Ministero dello Sviluppo economico del 15 aprile 2020 – Utilizzo delle risorse finanziarie destinate dalla legge di bilancio 2020 e dal decreto-legge «Cura Italia» alla concessione delle agevolazioni a valere sullo strumento dei Contratti di sviluppo;
- Circolare del 23 aprile 2020 – Misure temporanee di supporto alle imprese per l'attuale fase di emergenza sanitaria da COVID-19 con riferimento ai nuovi obblighi di etichettatura alimentare;
- Decreto del 4 maggio 2020 - Modifica degli allegati 1, 2 e 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 aprile 2020.

### ***e) Ministero della Giustizia***

- Comunicato Urgente del Ministero della giustizia del 08.03.2020 Decreto Legge 8 marzo 2020 n. 11;
- Provvedimento DGSIA del 10.03.2020 - Svolgimento delle udienze civili e penali da remote.

- Provvedimento DGSIA del 21.05.2020 – Individuazione degli strumenti di partecipazione a distanza.

***f) Ministero della Pubblica Amministrazione***

- Direttiva 1/2020 – Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale – GU n. 75 del 22-03-2020;
- Direttiva 2/2020 – Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- Circolare esplicativa su norme contenute nel decreto legge 17 marzo 2020 n. 18 del 2 aprile 2020.

***g) Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti***

- Protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del COVID-19 nel settore del trasporto e della logistica del 14 marzo 2020.

## CAPITOLO 5

### L'IMPIEGO DELLA DIFESA IN CONTESTI CIVILI DI EMERGENZA: COSTI, VANTAGGI E LIMITI

Nel complesso il contributo della Difesa italiana al contrasto e contenimento della pandemia di COVID-19, attraverso le operazioni "Igea" ed "Eos" – di cui nel dettaglio si tratterà oltre – si è attuato nella messa a disposizione di uomini, mezzi e attrezzature della Difesa. per la realizzazione di n. 200 *Drive Through* della Difesa per la rilevazione del SARS Cov2 per un totale di 429 unità sanitarie (Igea)<sup>19</sup>, nonché per la ricezione, deposito e trasporto di dosi vaccinali per il SARS Cov2, per un totale di 417 unità sanitarie, 1 Hub nazionale dell'Aeronautica Militare, 21 Centri di smistamento militari, 4 velivoli ad ala fissa (1 E.I., 1 M.M., 2 A.M.), 45 elicotteri (41 E.I., 3 M.M., 1 A.M.), 361 mezzi pesanti e sanitari (347 Esercito, 3 Marina, 11 Aeronautica) (Eos)<sup>20</sup>.

Alla fine del 2021, le Forze Armate hanno registrato l'impiego di 23.016 militari e 1.717 mezzi terrestri a cui si somma la disponibilità di 73 mezzi aerei per il trasporto di bio-contenimento e per il trasporto di personale e materiali. Altri 285 mezzi terrestri sono invece stati utilizzati per il trasporto di materiale sanitario e dispositivi di protezione individuale. Personale e mezzi gestiti e coordinati dal Comando Operativo di Vertice interforze attraverso la Sala Monitoraggio Emergenza COVID.

L'impegno complessivo dello strumento militare a supporto dell'azione di contenimento e contrasto alla pandemia è costato al contribuente, limitatamente agli stipendi e alle indennità operative accessorie per i 23.574 militari impegnati, circa €160,00 per ogni operatore per giorno di impiego, per un totale teorico giornaliero variabile da € 185.000 a € 3.700.000<sup>21</sup>. Nel calcolo non sono compresi i costi di gestione e movimentazione dei veicoli, terrestri, navali e aerei, e l'allestimento e impiego di infrastrutture fisse e temporanee.

A questi costi relativi al personale, vanno a sommarsi le spese relative all'acquisto di materiali di protezione e sanificazione, le attività di disinfezione a favore della Difesa e a delle esigenze esterne al dicastero e di tutte le attività connesse con le operazioni della

---

<sup>19</sup> Senato della Repubblica, XVIII Legislatura, Doc. CLXIV n. 31, "Relazione sullo stato della spesa, sull'efficacia nell'allocazione delle risorse e sul grado di efficienza dell'azione amministrativa svolta dal ministero della Difesa, corredata del rapporto sull'attività di analisi e revisione delle procedure di spesa e dell'allocazione delle relative risorse in bilancio", (Anno 2020), pp. 24-25.

<sup>20</sup> *Ivi.*

<sup>21</sup> Cfr. Ministero della Difesa, *Personale a tempo indeterminato Esercito, 2020 Periodo di riferimento 1 gennaio 2020 - 31 dicembre 2020*, in Amministrazione trasparente: [https://www.difesa.it/Amministrazionetrasparente/bilandife/Documents/bilanci\\_consuntivi/2020\\_120\\_2\\_Finanziario.pdf](https://www.difesa.it/Amministrazionetrasparente/bilandife/Documents/bilanci_consuntivi/2020_120_2_Finanziario.pdf)

Difesa a supporto dello sforzo nazionale di contenimento e contrasto della pandemia, per un totale (esclusi gli oneri per l'addestramento e gli stipendi) di € 261.952.936 nel 2020, così suddivise per capitoli di spesa<sup>22</sup>:

- (cap. 4153/14) Spese relative alla sanificazione e disinfezione di uffici, ambienti e mezzi, connesse con l'emergenza epidemiologica da COVID-19. Tot. € 11.520.517.
- (cap. 4153/15) Spese per l'acquisto di dispositivi di protezione individuale e di idoneo equipaggiamento per l'operatività del personale impiegato nell'emergenza epidemiologica da COVID 19. Tot. € 31.974.006.
- (cap. 7126) Spese per il potenziamento dei servizi sanitari militari e per l'acquisto di dispositivi medici e presidi sanitari mirati alla gestione dei casi urgenti e di bio-contenimento. Tot. € 217.041.413.
- (cap.1234) Contributo allo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze per la distribuzione di disinfettanti e sostanze ad attività germicida o battericida. Tot. € 1.408.000.

---

<sup>22</sup> Ministero della Difesa, Bilancio consuntivo, Rendiconto della Difesa - Anno 2020. In [https://www.difesa.it/Amministrazionetrasparente/bilandife/Documents/bilanci\\_consuntivi/2020\\_120\\_2\\_Finanziario.pdf](https://www.difesa.it/Amministrazionetrasparente/bilandife/Documents/bilanci_consuntivi/2020_120_2_Finanziario.pdf)

## CAPITOLO 6

### CONFRONTO CON ALTRE REALTÀ EUROPEE E DEL BACINO DEL MEDITERRANEO

In questa sezione e nella seguente si vuole confrontare la risposta italiana con i piani messi in atto dai principali *partner* militari europei che hanno mostrato un comparabile quadro di criticità sotto il profilo sanitario.

#### 6.1 L'impatto internazionale della pandemia di Covid-19

Come abbiamo avuto modo di menzionare, la pandemia COVID-19 ha generato un impatto multilivello e multidimensionale in tutti i Paesi. Data la portata e il suo impatto globale senza precedenti, ha posto sfide considerevoli alle autorità nazionali e ha accentuato le fragilità già presenti, imponendo l'adozione di risposte politiche coordinate tra le amministrazioni all'interno degli Stati e tra i governi di Stati diversi (Greer, *et al.*, 2020). Gli effetti accumulati, tuttavia, non si sono limitati alle aree e Paesi in cui all'inizio furono registrati i punti di maggiore intensità o gravità. Infatti, mentre l'Italia è stata identificata come uno dei principali epicentri dell'intera Comunità internazionale, con la Spagna che ha registrato un analogo livello di contagio dopo poco tempo, sul piano statistico i dati aggregati hanno messo in evidenza come l'estensione del fenomeno sia stato coerente con le dimensioni delle popolazioni nazionali dei Paesi appartenenti all'Unione europea (di cui quattro appartenenti alla Nato) presi qui in esame: Italia, Francia, Portogallo, Spagna, Malta.

I decessi e i casi di infezione forniscono la rappresentazione più immediata e lampante del costo umano associato alla pandemia. Alla fine di aprile 2021, la Francia aveva raggiunto un totale di 5,37 milioni di casi di infezione e 102.000 decessi; l'Italia un totale di 3,9 milioni di casi di infezione e 117.997 decessi; la Spagna un totale di 3,44 milioni di casi di infezione e 77.000 decessi; il Portogallo un totale di 832.000 casi di infezione e 16.952 decessi; e Malta un totale di 30.063 casi di infezione e 411 decessi. Questi numeri rimangono comprensibilmente provvisori mentre l'epidemia continua a diffondersi in tutto il mondo continuando a sottoporre a *stress* i servizi sanitari nazionali e le loro capacità di fronte alle ondate consecutive di picchi nei tassi di infezione cercando, al contempo, di garantire cure e assistenza rientranti nelle attività di *routine*. L'impatto a livello sanitario è stato rilevante e come abbiamo visto in precedenza ciò ha avuto riflessi, diretti e indiretti, sulla riduzione della capacità di trattamenti e sull'aumento significativo di decessi per malattie non diagnosticate

a causa dei ritardi imposti dal reimpiego di personale sanitario a favore dell'azione di contenimento del virus COVID-19.

La pandemia ha avuto un notevole impatto anche a livello politico. Ciò è meglio rappresentato dal ritardo o dal rinvio di diversi appuntamenti elettorali in tre dei cinque Paesi analizzati, a causa del rischio di ulteriore contagio attraverso la concentrazione di grandi assembramenti. In Francia, ad esempio, il secondo turno delle elezioni locali originariamente previsto per il 22 marzo 2020 è stato spostato al 28 giugno 2020. L'Italia, da parte sua, ha visto il rinvio di un *referendum* nazionale oltre a numerose elezioni regionali e locali. Anche le elezioni regionali in Spagna, in particolare in Euskadi/Basilea e Galizia, inizialmente previste per il 5 aprile 2020, sono state posticipate al 12 luglio 2020.

Tuttavia, oltre al dato elettorale, l'impatto politico può essere valutato anche in termini di crescenti livelli di euroscetticismo, data l'interconnessione tra le risposte dei cinque Paesi e l'approccio collettivo promosso dall'Unione Europea per affrontare la pandemia. L'Italia, in particolare, si è distinta fin dall'inizio, con sondaggi che accreditano il 55% della popolazione a ritenere "inadeguato" il sostegno dell'Unione all'Italia durante la crisi Covid-19 (Fontana, 2020) e il diffondersi di movimenti "cospiratori", anche di matrice eversiva, che puntavano il dito sul presunto egoismo di Francia e Germania. I problemi sorti in seguito alla vaccinazione dall'inizio del 2021, inclusa l'azione dei movimenti NoVax, hanno ugualmente contribuito a un diffuso biasimo nei confronti dell'Unione per le molteplici carenze legate alla distribuzione del vaccino, portando così a una diminuzione complessiva dell'approvazione delle prestazioni dell'Unione in tutti e cinque i Paesi (Eurobarometro, 2021).

La perdita generalizzata di fiducia (*trust*) nei confronti delle istituzioni e della *leadership* politica è quindi emersa come una conseguenza chiave in questi particolari Paesi. Anche l'impatto economico complessivo è stato estremamente grave, con conseguenze ed effetti indiretti ancora non del tutto definiti. Il PIL della Spagna si è ridotto del 10,8% nel 2020, la recessione più profonda degli ultimi 80 anni e la più dura in Europa, mentre la disoccupazione è salita al 16,2% (Chislett, 2021). Nel frattempo, il PIL del Portogallo ha subito una contrazione del 7,6% a causa di un calo significativo della domanda interna e dei consumi privati, ma anche a causa dell'intensa riduzione delle esportazioni e delle importazioni di beni e servizi, con particolare attenzione al turismo (INE, 2021). Allo stesso modo, la Francia ha registrato una contrazione di quasi il 9%, con il governo che ha lanciato piani fiscali completi per il 2020-22, per un totale di circa il 26% del PIL in misure di emergenza e di recupero (FMI, 2021). Anche l'economia maltese ha registrato una contrazione senza precedenti del 6,6% nel 2020 (CBM, 2020). Inoltre, le prospettive di

ripresa sono state costantemente rinviate alla luce degli effetti persistenti della pandemia a livello mondiale.

Infine, tutti e cinque i Paesi stanno vivendo tensioni sociali, che mettono a dura prova i servizi pubblici e aumentano i costi politici dell'omissione e dell'inefficienza, dando spazio alle opinioni più estreme nelle frange di ciascuna società e aumentando ulteriormente la percezione generale di crisi. Oltre a rappresentare un problema di ordine pubblico, tali tendenze possono inserirsi in un quadro geopolitico già precario andando ad aggravare situazioni di tensione internazionale, magari grazie all'intervento di azioni di propaganda (*information warfare*) e campagne volte a influenzare i processi decisionali operate da attori statali ostili come Russia e Cina.

## **6.2 La risposta collettiva e presentazione dei parametri dei casi di studio**

Questa sottosezione intende proporre elementi specifici della dottrina militare e della capacità di risposta da parte dello strumento militare che possono essere impiegati in attività di cooperazione tra le agenzie all'interno di uno Stato e tra gli organi appartenenti a Stati differenti. La prima parte valuta la dottrina esistente in alcuni Paesi appartenenti all'Unione europea e alla Nato in materia di gestione delle epidemie e delle pandemie. La seconda parte valuta gli attuali strumenti di cooperazione tra questi Paesi in tema di gestione e contenimento delle pandemie/epidemie, mentre la terza parte si concentra sulle specificità della gestione delle crisi di COVID-19.

### *6.2.1 La gestione di epidemie e pandemie*

A seconda della loro tipologia, le epidemie sono a insorgenza graduale, colpiscono solo le persone senza causare danni materiali o sono strutturali. Il denominatore comune di queste entità nosologiche è la sproporzione tra i mezzi disponibili e quelli necessari per la loro gestione. Ogni epidemia attraversa tre fasi cronologiche successive: prima, durante e dopo la sua comparsa. La prima fase – prima dell'epidemia – corrisponde alla fase della vita normale durante la quale è necessario gestire il rischio di insorgenza, a seconda del tipo di epidemia/pandemia. La fase pre-epidemica è uno stadio che non richiede misure strutturali; la preparazione può limitarsi a misure igieniche individuali e collettive e a misure mediche preventive.

Il contesto microbico e virale è complesso, dinamico e in continua evoluzione. Microbi e virus cercano di sopravvivere in ogni circostanza, proliferano, mutano, resistono e sviluppano reazioni all'ambiente come se sfidassero la specie umana e animale. Come la storia ci insegna, le malattie infettive emergenti e riemergenti possono evolversi sotto forma

di epidemie devastanti tali da costituire una minaccia per la popolazione umana e da mettere in crisi le infrastrutture sociali, da cui deriva la sfida per la sicurezza nazionale. In seguito allo sviluppo dell'epidemia e alla crescita dei trasporti e del commercio internazionale, la pandemia si è estesa, mettendo in crisi gli organismi internazionali, compresa l'OMS. Questo stato di cose che si basa sulla natura globale del fenomeno impone l'implementazione di sistemi di prevenzione e gestione che siano in grado di affrontare i rischi di epidemie e pandemie, la cui evoluzione nello spazio e nel tempo è imprevedibile.

Lo sviluppo di mezzi di sorveglianza delle patologie infettive, la creazione di mezzi affidabili di rilevamento e di allarme, la garanzia di una risposta efficiente ai focolai epidemici e il rafforzamento delle capacità di difesa e di prevenzione costituiscono i quattro principali pilastri della preparazione ad affrontarli.

In un contesto così dinamico, si colloca l'utile strumento rappresentato dal Regolamento sanitario internazionale (ISR), sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che fornisce un quadro giuridico essenziale per lo scambio di informazioni epidemiologiche urgenti sulla diffusione internazionale delle malattie.

### *6.2.2 La struttura generale di un piano di preparazione per epidemie e pandemie*

Nonostante le differenti capacità di risposta all'epidemia accessibili nei singoli Paesi, le criticità emerse dalla gestione e dall'azione di sorveglianza della diffusione del virus hanno evidenziato la necessità di un approccio unitario che enfatizzi la sinergia di tutti i mezzi disponibili al fine di limitare le conseguenze in termini di morbilità, mortalità e impatto socio-economico.

Lo sviluppo del focolaio epidemico dipende classicamente dai tre elementi fondamentali della dinamica delle malattie infettive: l'agente infettivo, l'ospite (umano o animale) e l'ambiente. Questi tre determinanti sono interconnessi dalla trasmissione dell'agente infettivo all'ospite attraverso l'ambiente in cui operano, predisponendoli a cambiamenti globali imprevedibili, che aprono la strada al focolaio epidemico. L'insorgenza dell'epidemia inizia con l'introduzione dell'agente infettivo in una popolazione, poi la sua diffusione o disseminazione, quindi la sua sostenibilità in uno spazio più o meno limitato, se non vengono adottate misure di reazione.

In tale quadro, le azioni di sanità pubblica operano coerentemente con le tre fasi di sviluppo dell'epidemia:

Prima fase: sorveglianza e indagine epidemiologica. Prevede l'istituzione di una sorveglianza epidemiologica sanitaria capace di monitorare attentamente lo stato di salute della popolazione e di allertare le autorità pubbliche su eventuali minacce alla salute della

popolazione, in termini di patologie infettive e di studiare, in un'ottica di supporto alle decisioni, i fattori determinanti delle variazioni di tendenza e dell'insorgere di minacce alla salute. Si tratta, infatti, della gestione del rischio di infezione per la salute pubblica, che è un processo dinamico, permanente e in evoluzione. Per questa sorveglianza, abbiamo, nell'area dell'Unione europea, centri di riferimento nazionali, per le loro competenze microbiologiche (banche dati), infettivologiche (sorveglianza sindromica), epidemiologiche (report delle malattie) e zoologiche (sorveglianza in medicina veterinaria). È emersa la necessità di inserire all'interno delle attività di registrazione anche il monitoraggio bibliografico.

Seconda fase: rilevamento dei segnali di allarme. Il sistema di allarme studia le informazioni sulle epidemie, sia informali (media, ONG, testimoni, ecc.) che formali (laboratorio dell'OMS, Ministero della Sanità, agenzie delle Nazioni Unite, ecc.) determinando a) l'insorgenza di una malattia infettiva sconosciuta; b) un aumento anomalo del numero di casi di patologie monitorate; c) un aumento del tasso di morbilità e/o mortalità a seguito di una malattia infettiva.

Il rilevamento di una malattia infettiva prevede anche lo studio del rischio di diffusione della stessa oltre i confini nazionali, nonché il probabile impatto sulle attività produttive e sul commercio internazionale. Questa situazione ha di fatto imposto il superamento del ricorso alle sole capacità nazionali di assistenza e gestione (pensiamo all'approvvigionamento delle dosi vaccinali), tanto da incentivare una cooperazione internazionale sia a livello di infrastrutture, sia di equipaggiamenti medici e, ancora di più, della condivisione delle informazioni e dei risultati della ricerca scientifica; in tale quadro si è imposto il ruolo di rilievo dell'Oms.

Coerentemente con le suddette linee guida, tutti i Paesi dell'Unione europea hanno attuato un piano di risposta nazionale, a cui si sono aggiunte le misure e le indicazioni condivise a livello internazionale e previste dal Regolamento sanitario internazionale al fine di contenere la diffusione dell'epidemia con l'obiettivo primario di prevenirne l'evoluzione in pandemia.

Nonostante il contenimento non si sia realizzato, lasciando spazio a una pandemia fuori dal controllo, le misure adottate avrebbero comunque consentito di mitigarne la diffusione. Dopo aver verificato le informazioni relative all'evoluzione epidemica e valutato il rischio di diffusione della patologia infettiva, il piano di risposta attiva avrebbe trovato applicazione, sebbene in un quadro non coerente, attraverso un insieme di azioni finalizzate al contenimento dei casi identificati, successiva applicazione della quarantena a cui sono seguiti specifici protocolli, qui sintetizzati:

- 1) Indagine epidemiologica: ricerca dei casi e dei contatti, ricerca diagnostica e terapeutica.
- 2) Assistenza ai soggetti infetti, trattamento, isolamento, nonché i funerali dei defunti e la protezione della popolazione nei confronti dei cadaveri.
- 3) Attivazione della logistica necessaria al funzionamento di ospedali e laboratori, la comunicazione relativa all'infezione e l'impegno di risorse per la sicurezza della popolazione.
- 4) Mobilitazione sociale, medica e sanitaria e dei ministeri dell'Interno e della Difesa per sensibilizzare e informare i cittadini.
- 5) Coordinamento tecnico e operativo delle capacità nazionali di sanità pubblica, della Protezione Civile, delle Forze Armate e dei mezzi di comunicazione, ma anche delle capacità finanziarie da impegnare.

Il contributo delle Forze Armate, insieme alle Forze di Polizia, si è concentrato particolarmente sul rafforzamento degli strumenti già esistenti fornendo capacità mediche, logistiche e di sicurezza nelle aree colpite dall'epidemia, con l'obiettivo di ridurre la progressione della malattia anche attraverso la limitazione dello spostamento delle popolazioni e al fine contenere episodi di disagio sociale e protesta collettiva in conseguenza di informazione incompleta o incoerente da parte degli organi di governo, o informazione malevola (errata informazione, *fake-news*, propaganda, disinformazione,) da parte di soggetti terzi intenzionati a indebolire la fiducia nei confronti delle istituzioni.

### *6.2.3 L'esperienza di gestione della Unità Militare di Emergenza spagnola*

Come più volte sottolineato, la pandemia di COVID-19 è la peggiore registrata della storia contemporanea, sia in termini di effetti diretti, morti per malattia, sia per gli effetti indiretti, in particolare per le ripercussioni mediche, sociali ed economiche in tutto il mondo. Su scala globale, dal 1° gennaio al 1° giugno 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha registrato 6.057.853 pazienti infetti e 371.166 morti a livello globale; dati che, come abbiamo visto, sono saliti a 610 milioni di contagiati e oltre sei milioni e mezzo di morti a settembre 2022. Inserita nell'ampio contesto globale, l'Unione Europea ha dovuto affrontare difficoltà crescenti e repentine durante le fasi di diffusione della malattia. La reazione alla pandemia all'interno dei Paesi dell'Unione presenta elementi di somiglianza, ma anche interessanti differenze. Di seguito riportiamo, a titolo di esempio, il caso spagnolo, un Paese che peraltro presenta diverse similitudini con l'Italia.

A causa della pandemia di Covid-19, il governo spagnolo ha dichiarato lo stato di allarme, che è il grado più basso dello stato di emergenza previsto dall'articolo 116.2 della

Costituzione spagnola. Lo stato di allarme è stato dichiarato con il Decreto Reale 463/2020 il 14 marzo 2020 ed è stato esteso fino al 21 giugno 2020. La seconda ondata di Covid-19 ha comportato una nuova dichiarazione di stato di allarme il 25 ottobre 2020, ma più blanda rispetto alla prima. Il Regio Decreto 926/2020 ha autorizzato il secondo stato di allarme che è rimasto in vigore fino al 9 maggio 2021. Le Forze Armate sono state uno degli strumenti al servizio dello Stato utilizzati nella situazione di allarme con l'obiettivo principale di sostenere la popolazione nella lotta alla pandemia di COVID-19, in stretta collaborazione con il resto delle Forze e degli Organi di Sicurezza dello Stato, degli organi istituzionali e delle pubbliche amministrazioni. Per questo motivo, la FAS (Fuerzas Armadas de España) ha lanciato l'operazione "Balmis" a cui hanno partecipato l'Esercito, la Marina, l'Aeronautica e l'UME (Unità Militare di Emergenza), guidati dal Comando operazioni (MOPS) dello Stato Maggiore della Difesa (EMAD) sotto il comando del Ministro della Difesa.

L'UME, creata nel 2005 come unità di primo intervento delle Forze Armate spagnole, è uno strumento utile per fornire servizi di soccorso in caso di catastrofe o emergenza nazionale. L'obiettivo dichiarato con la creazione di tale unità è quello di ottenere un migliore utilizzo delle capacità militari in caso di eventi complessi ed estremi come contaminazioni batteriologiche, chimiche o nucleari e altre situazioni di emergenza in condizioni difficili. L'UME ha schierato in questa emergenza sanitaria personale e mezzi di tutte le sue unità per contribuire al suo contenimento e minimizzarne le conseguenze. La sua elevata disponibilità e specializzazione ad agire nelle emergenze biologiche ne ha favorito il rapido dispiegamento a seguito dello stato di allarme, in particolare in attività di decontaminazione (disinfezione) sia delle persone che dei materiali, in particolare delle strutture critiche o particolarmente vulnerabili come aeroporti, principali stazioni ferroviarie e porti, istituti penitenziari, ospedali, centri di assistenza per persone con disabilità o case di cura, dove ha rivolto uno dei suoi maggiori sforzi e ha promosso – in collaborazione con altre agenzie – un piano d'azione nazionale per la gestione degli spazi, l'istituzione di zone rosse, verdi e di transito e la riorganizzazione delle attività per ridurre i contagi, favorire l'efficacia della disinfezione e contenere la diffusione del contagio.

Inoltre, l'UME ha contribuito al trasferimento di pazienti tra i diversi ospedali civili e l'ospedale da campo IFEMA o gli alberghi destinati ad attività medica; questo ha permesso di liberare le unità di terapia intensiva degli ospedali per poter assistere in questi centri i casi più gravi. Ancora, l'UME si è occupata dell'organizzazione e della gestione dei tre obitori intermedi che sono stati installati nella capitale Madrid, nonché del trasferimento dagli ospedali e della custodia dei corpi fino alla loro consegna ai servizi funebri. L'UME è stata infine impegnata nell'opera di condivisione e messa a sistema delle differenti esperienze

fatte e sistematizzate dagli altri organi istituzionali (Vigili del Fuoco, Protezione Civile, agenti forestali, ecc.), collaborando all'organizzazione e progettazione di attività di formazione sulle tecniche di sicurezza e di azione per le squadre di primo intervento nella disinfezione di spazi ed edifici.

## CAPITOLO 7

### RISPOSTA ALLA PANDEMIA DI COVID-19 E APPLICAZIONE DELLA DOTTRINA MILITARE: ITALIA, FRANCIA, PORTOGALLO E SPAGNA

I Paesi dell'Unione europea hanno avviato cooperazioni bilaterali per far fronte agli effetti della pandemia. Queste attività di cooperazione sono avvenute in particolare nel campo della logistica per le forniture mediche, della donazione di materiale e dello scambio di *équipe* mediche tra Paesi vicini. In analogia tra di loro, benché con diversi livelli di coinvolgimento e responsabilità, tutti i Paesi dell'Unione hanno impiegato le proprie Forze Armate come elemento di supporto alle agenzie civili e per lo più con funzionalità logistiche e sanitarie (costruzione di ospedali militari da campo, test e tracciamento dei contatti, fornitura logistica di maschere o materiale medico, trasferimenti di pazienti, ecc.). In alcuni Paesi, tra i quali l'Italia, sono state inoltre utilizzate come supporto alle Forze di Polizia, al fine di applicare le misure di restrizione alla libertà di movimento, del confinamento o di coprifuoco così come, in altri casi, hanno contribuito ad attivare o organizzare servizi di pattugliamenti e controlli alle frontiere. Tutti i Paesi europei hanno dottrine specifiche sull'uso dello strumento militare in caso di disastri naturali, epidemie e pandemie e la maggior parte delle forze militari europee sono costituzionalmente tenute ad aiutare e sostenere le istituzioni civili, quando e se insufficienti, e hanno unità specifiche dedicate a tale missione. Il Genio militare e i servizi sanitari, in particolare, sono stati particolarmente interessati alla gestione delle crisi. Di seguito presentiamo alcuni elementi di queste dottrine e alcuni esempi operativi per i Paesi presi in esame.

#### 7.1 Italia

Tra le missioni descritte nel *Libro Bianco per la sicurezza internazionale e la difesa*<sup>23</sup>, le Forze Armate italiane hanno il dovere di intervenire in compiti specifici se necessario in caso di calamità pubblica e di emergenza straordinaria. In tale quadro normativo di riferimento, il contributo fornito dal Ministero della Difesa è stato pianificato e coordinato dal Comando Operativo di vertice Interforze (COI, poi COVI), diretto dallo Stato Maggiore della Difesa, in stretto contatto con Istituzioni, autorità sanitarie locali e il Dipartimento della Protezione Civile.

---

<sup>23</sup> *Libro Bianco per la sicurezza internazionale e la difesa*, Ministero della Difesa, 2015. In [https://www.difesa.it/Primo\\_Piano/Documents/2015/04\\_Aprile/LB\\_2015.pdf](https://www.difesa.it/Primo_Piano/Documents/2015/04_Aprile/LB_2015.pdf)

L'Esercito, inizialmente incaricato di fornire supporto logistico, a partire dal 17 marzo 2020 ha dispiegato e gestito quattro ospedali da campo, tre in Lombardia e uno in Emilia-Romagna, creando la disponibilità di 300 posti letto. Inoltre, ha consegnato attrezzature mediche e trasferito pazienti, personale e materiali attraverso la mobilitazione di aerei ed elicotteri e ha partecipato direttamente alla somministrazione di cure mediante l'impiego di propri infermieri e medici. Il 7° Reggimento di difesa chimica, biologica, radiologica e nucleare "Cremona" (NCBR) è stato impiegato sino al 7 maggio 2020 in supporto alle attività di decontaminazione dei centri di accoglienza delle persone provenienti dall'estero e alla sanificazione di oltre 180 strutture in Lombardia, in netta prevalenza RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), congiuntamente al contingente di operatori inviati in concorso dalla Federazione Russa il precedente 22 marzo, con le quali hanno costituito 9 *task force* miste italo-russe nel contesto dell'operazione "*Dalla Russia con amore*". Successivamente (16-28 maggio), il reparto ha svolto attività di sanificazione specialistica in 78 infrastrutture in Kosovo, dove è schierato il contingente della Nato, all'interno del quale è presente una significativa presenza italiana. Per tutte le esigenze connesse all'emergenza COVID19, il reparto, in collaborazione con Vigili del Fuoco, Croce Rossa Italiana e Protezione Civile, è stato spesso impiegato sul territorio nazionale<sup>24</sup>. Le problematiche connesse con la presenza di operatori militari russi in Italia sono evidenziate nella sezione "*Lesson learned 4: contenere le vulnerabilità di ingerenza esterna*".

Due laboratori mobili sono stati inviati a supporto dell'ospedale militare di Roma (Policlinico militare del Celio). In seguito, attraverso le operazioni "Igea" e "Eos" ha contribuito a fornire supporto, prima, alla fase operativa e, successivamente, in quella di coordinamento delle attività connesse con la pianificazione e condotta della campagna vaccinale.

Allo stesso modo, la Marina Militare ha partecipato attivamente alla gestione dell'emergenza fin dal suo inizio (Capretto, 2020). In primo luogo fornendo personale medico impiegato nelle regioni maggiormente colpite dalla pandemia, e in particolare all'ospedale da campo di Jesi allestito e operato dal 3° battaglione logistico "Golametto". In aggiunta, si deve rilevare l'impiego dei Fucilieri della Brigata Marina "San Marco" che hanno assistito la Prefettura di Brindisi nell'attività di controllo relativa al rispetto delle norme contenute nei DPCM. Inoltre, il Centro di Supporto e Sperimentazione Navale (CSSN) e il COMSUBIN sono stati coinvolti nella sperimentazione e nella produzione di DPI. In questo

---

<sup>24</sup> Senato della Repubblica, XVIII Legislatura, Doc. CLXIV n. 31, "*Relazione sullo stato della spesa, sull'efficacia nell'allocazione delle risorse e sul grado di efficienza dell'azione amministrativa svolta dal ministero della Difesa, corredata del rapporto sull'attività di analisi e revisione delle procedure di spesa e dell'allocazione delle relative risorse in bilancio*", (Anno 2020), p. 85.

contesto, le competenze offerte dalla Marina si sono rivelate fondamentali. Ad esempio, le conoscenze tecniche del GOS (Gruppo Operativo Subacquei) nell'ambito delle tecnologie di distribuzione dell'ossigeno e nella rianimazione hanno permesso lo sviluppo e la distribuzione di nuovi dispositivi in breve tempo e con costi decisamente ridotti rispetto alle alternative commerciali. È stato inoltre allestito un reparto COVID presso l'ospedale militare di Taranto e durante la fase acuta si è anche parlato della possibilità di reistituire lo strumento delle navi quarantena per isolare i pazienti di COVID-19. Fortunatamente, anche sulla base dell'esperienza americana (come le navi quarantena in rada al largo di Los Angeles) rivelatasi fallimentare, si è optato per non attivare questo scenario in quanto avrebbe comportando costi ingenti e un calo delle unità navali a disposizione della Marina Militare a fronte di un minimo beneficio.

Va precisato che, come abbiamo discusso in precedenza, il virus ha avuto un notevole impatto sulle attività operative delle Forze Armate. Nel febbraio 2020, il COI (Comando operativo di vertice interforze) ha recepito tale criticità e valutato l'impatto dell'emergenza COVID-19 sull'attività delle Forze Armate stabilendo alcune linee guida. In particolare, la direttiva ha disposto il blocco dell'invio e il rientro del personale dai teatri operativi. Il blocco si è reso necessario al fine di determinare le procedure di *screening* e i processi da attivare in caso di esito positivo o negativo, stabilendo anche la durata di eventuali quarantene per il personale militare. Il COI ha inoltre reso disponibili, tra le altre, le basi logistiche di Colle Isarco (Bz) e di Roccaraso (Ri), la Scuola volontari di Taranto e la base aerea di Decimomannu (Ca), mentre ha identificato nella base di Pratica di Mare l'aeroporto di imbarco per le missioni estere presso il quale effettuare il prelievo di tamponi per i militari in partenza. Relativamente alle missioni all'estero, la direttiva ha istruito i Comandanti di contingente ad individuare e allestire strutture e procedure *ad hoc* sia per il personale militare che per quello civile autoctono/*contractor* impiegato nei teatri operativi in supporto ai contingenti. Tutto ciò comportando ingenti ritardi, aumenti di spesa e innalzamento dei livelli di *stress* operativi. In aggiunta all'allungamento dei tempi di *deployment*, le limitazioni imposte alle interazioni umane (distanziamento) hanno imposto vincoli alle attività addestrative comportando conseguenze sia sul piano della sicurezza che della *readiness* delle nostre Forze Armate. In Italia, fortunatamente, non si sono verificati casi estremi come l'incidente avvenuto alla base americana di Camp Pendleton dove, nel luglio 2021, hanno perso la vita otto *marines* a causa degli aggiustamenti imposti dalle misure anti-COVID che sono state poi giudicate come controproducenti dai vertici del Corpo. Tuttavia questo tragico evento deve servire da monito circa la necessità di conciliare la salvaguardia del personale

da una minaccia di tipo sanitario con le esigenze addestrative che compongono il *wellbeing* del militare da un punto di vista olistico.

Va anche precisato come l'emergenza COVID-19 abbia incapacitato la Marina Militare forse più di altre Forze Armate, come dimostrato dal focolaio scoppiato a bordo della "Amerigo Vespucci" nel luglio 2021 e dalla successiva messa in quarantena a Brindisi delle navi anfibe "San Giorgio" e "San Giusto", cui si è poi aggiunta la Fregata "Margottini", ferma al porto di La Spezia con alcuni membri dell'equipaggio risultati positivi al COVID-19. Come accaduto alle Marine Militari di altri Paesi NATO (USA e UK in primis), la diffusione del virus a bordo delle unità navali ha comportato non solo la necessità di provvedere a *test* rapidi ma anche un rischio maggiore di diffusione e di letalità del virus a causa della presenza di ambienti chiusi e dall'areazione limitata difficilmente adattabili alle esigenze ambientali necessarie per operare in sicurezza durante la pandemia. L'impatto sulla Forza Armata è stato particolarmente acuto a causa della sua complessa natura operativa. In aggiunta ai normali controlli sul personale, comuni a tutti i militari, l'applicazione della direttiva COI ha previsto per la Marina che, prima di ogni missione, tutto l'equipaggio delle navi venisse testato con tampone rapido e laddove si fosse riscontrato un solo caso positivo, la nave fosse soggetta a una quarantena della durata di due settimane. Ciò ha imposto gravi ritardi alle operazioni e un aumento dello *stress* operativo per molte unità navali. Per questo motivo, in molti vedono nella pandemia una delle cause principali dei ritardi accumulati dall'UE per rendere operativa la missione aeronavale "Irin". Le misure adottate rispondono a *standard* internazionali e cosiddette *best practices* impiegate dalle Forze Armate di altri Paesi membri della NATO. Sotto questo profilo, a meno di innovazioni tecnologiche, non si possono intravedere spazi di miglioramento futuro che possano in qualche modo garantire un aumento dell'efficienza operativa, e un contenimento dei costi, a parità di riduzione del rischio.

Va poi necessariamente apprezzato, come abbiamo già avuto modo di menzionare, come la riduzione forzata del numero e della capacità navali e terrestri dei Paesi colpiti dalla pandemia, avvenuta sia direttamente che tramite l'incertezza legata all'imprevedibilità del virus, abbiano determinato un generale squilibrio in diversi teatri geopolitici. La necessaria rimodulazione degli impieghi militari e la diminuzione della *readiness* hanno aumentato il rischio relativo alla possibilità che attori ostili, come Cina e Russia, possano acquisire posizioni di vantaggio in teatri strategicamente rilevanti. Stante l'esistenza di un rischio di esercizio legato alle caratteristiche dell'ambiente militare il modo migliore per salvaguardare le capacità operative delle Forze Armate è di esporle il meno possibile a rischi non

necessari, anche qualora ciò comporti una riduzione del loro impiego a sostegno delle strutture di resilienza civili del Paese.

Tornando ora alla dimensione domestica, su richiesta, le Forze Armate italiane contribuiscono a situazioni di pubblico interesse e alla tutela dell'ambiente, sotto il coordinamento della Protezione Civile. Nella fattispecie della gestione dell'emergenza pandemica, le Forze Armate italiane, tipicamente l'Esercito, ma anche la componente di fanteria della Marina Militare, sono state anche utilizzate per mantenere l'ordine attraverso l'operazione "Strade Sicure", creata nel 2008 e da allora ininterrottamente attiva "in relazione alle straordinarie esigenze di prevenzione e contrasto della criminalità e del terrorismo"<sup>25</sup> che di fatto si sono trasformate in attività di *routine*, venendo meno il carattere di straordinarietà. Con uno *status* giuridico speciale per la conduzione di azioni sul territorio nazionale, i militari, in qualità di agenti di pubblica sicurezza, sono stati incaricati di effettuare controlli sugli spostamenti su territorio nazionale al fine di far rispettare le limitazioni di movimento imposte dall'autorità politica. In virtù di quanto disposto dalla Legge di Bilancio 2021, il Contingente militare in concorso e congiuntamente alle Forze di Polizia, posto a disposizione dei Prefetti per esigenze relative alla prevenzione e al contrasto alla criminalità e del terrorismo, mediante la vigilanza a siti e obiettivi sensibili si attesta a: 6.000 unità dal 1° luglio 2021 al 30 giugno 2022; 5.000 unità dal 1° luglio 2022. Inoltre, stante l'emergenza COVID-19, all'intero Contingente sono stati assegnati compiti aggiuntivi connessi al contenimento della diffusione della pandemia e il Contingente è stato temporaneamente incrementato di 753 unità nel periodo dal 31 luglio 2020 al 31 marzo 2022. Tale operazione rappresenta l'impegno più oneroso dell'Esercito Italiano in termini di uomini, mezzi e materiali, per un costo complessivo annuo superiore ai 7 miliardi di Euro. In particolare, per l'anno 2022, la funzione sicurezza del territorio è costata al comparto Difesa € 7.292.640.000 sul totale del bilancio della Difesa di € 25.956.007.000 (figura 1 e figura 2); di cui € 6.564.330.000 destinati al personale, € 509.190.000 al settore esercizio e € 219.120.000 al settore investimento<sup>26</sup>.

Nel complesso, con il diffondersi dell'epidemia COVID-19, l'operazione è stata oggetto di rimodulazioni su scala nazionale, incrementi nelle aree focolaio, riconfigurazioni dei servizi su scala locale e adeguamento dei servizi in atto, tutto al fine di implementare le misure di contrasto al COVID-19 adottate dalle autorità di Governo<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Documento programmatico pluriennale della Difesa per il triennio 2022-2024, Ministero della Difesa, Edizione 2022, p. 26.

<sup>26</sup> Ministero della Difesa, Ufficio Centrale del Bilancio e degli Affari Finanziari, Legge 30 dicembre 2021, n.234 (legge di bilancio), ripartizione degli stanziamenti per funzioni di programmazione. In [https://www.difesa.it/Amministrazionetrasparente/bilandife/Documents/Bilancio\\_prev\\_2022/Rappresentazione\\_grafica\\_del\\_bilancio\\_della\\_Difesa\\_E\\_F\\_2022.pdf](https://www.difesa.it/Amministrazionetrasparente/bilandife/Documents/Bilancio_prev_2022/Rappresentazione_grafica_del_bilancio_della_Difesa_E_F_2022.pdf).

<sup>27</sup> Documento programmatico pluriennale della Difesa per il triennio 2022-2024, Ministero della Difesa, Edizione 2022, p. 27.

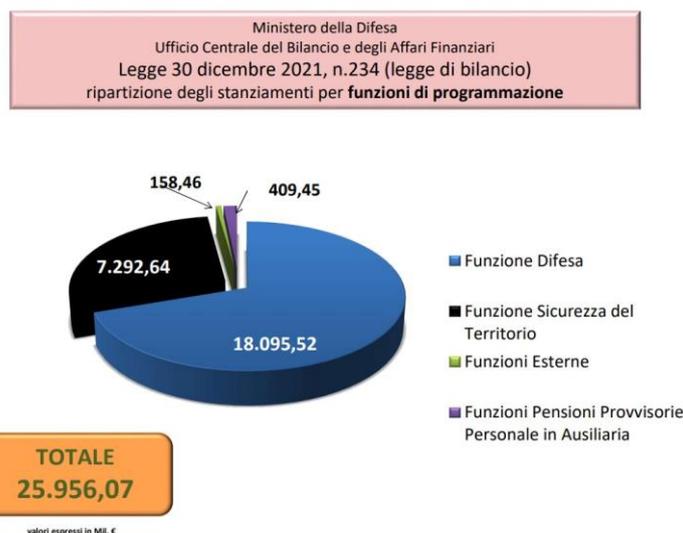


Figura 1. Ripartizione degli stanziamenti per funzioni di programmazione (Fonte: Ministero della Difesa).

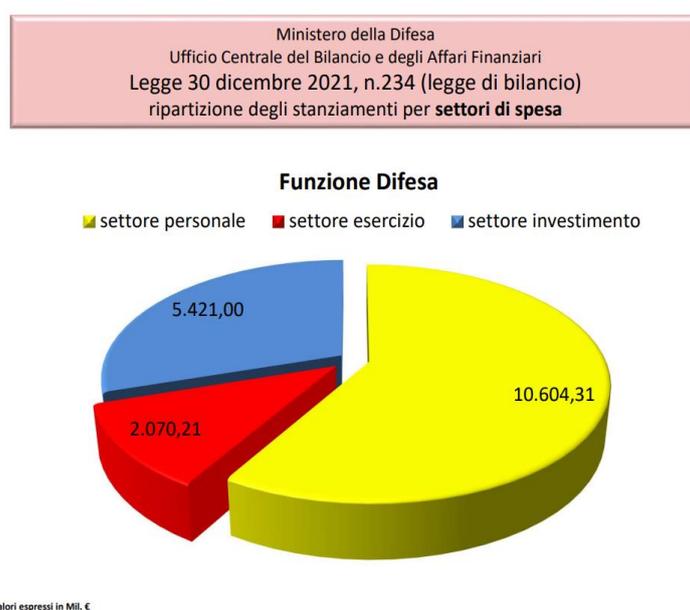


Figura 2. Ripartizione degli stanziamenti per settori di spesa (Fonte: Ministero della Difesa).

In aggiunta all'attività all'interno del quadro di "Strade Sicure", l'Operazione "Igea"<sup>28</sup>, avviata il 21 ottobre 2020, è consistita nel concorso delle Forze Armate nel fronteggiare l'emergenza sanitaria nazionale e si è concretizzata nella realizzazione di 200 *Drive Through* Difesa (DTD) iniziali su tutto il territorio nazionale, con una capacità teorica di 30.000 tamponi, in aggiunta a quelli effettuati dal Sistema Sanitario Nazionale. I DTD, sotto il coordinamento del Comando Operativo di Vertice Interforze, sono stati gestiti da personale delle quattro Forze Armate.

<sup>28</sup> *La Difesa per l'emergenza Covid 19*, Ministero della Difesa, 26 novembre 2020. In [https://www.difesa.it/Primo\\_Piano/Pagine/Difesa\\_per\\_emergenza\\_Covid.aspx](https://www.difesa.it/Primo_Piano/Pagine/Difesa_per_emergenza_Covid.aspx).

Nell'Operazione "Igea" sono stati complessivamente impiegati 422 sanitari interforze (144 medici e 278 infermieri), distribuiti su tutto il territorio nazionale nei 144 *Drive Through* Difesa operativi che, alla data del 26 novembre 2020, hanno eseguito oltre 310.500 tamponi. La disponibilità complessiva dei nuclei sanitari Difesa in concorso al Servizio Sanitario Nazionale, compresa l'operazione "Igea", è stata di 458 medici e 879 infermieri di tutte le Forze Armate. Messa a disposizione anche 6 laboratori sanitari stanziali a Padova, Milano, Roma, Taranto, Ancona, Augusta e 3 mobili a Caserta, Civitavecchia e Cosenza. 18 le strutture logistiche rese disponibili per ospitare i soggetti risultati positivi al Covid, con oltre 2.300 posti per pazienti in quarantena/isolamento. Al momento sono 6 quelle utilizzate in Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Valle D'Aosta, Emilia Romagna, Toscana, Veneto.

Le Forze Armate sono state poi impiegate massicciamente nella campagna di vaccinazione, avviata il 26 dicembre 2020 con l'attuazione del piano predisposto dal Comando operativo di vertice interforze della Difesa (COI, poi COVI), su richiesta del commissario straordinario all'emergenza pandemica. Concepita dal Ministero della Difesa e in coordinamento con i dipartimenti civili, l'operazione "Eos"<sup>29</sup> ha sostenuto gli aspetti logistici associati al vaccino – ricezione, stoccaggio e distribuzione – e ha dato il via alla campagna vaccinale, dal 27 dicembre (*Vaccine day*), in concomitanza agli altri Paesi dell'Unione.

In una prima fase, i mezzi e gli aeromobili militari hanno contribuito a consegnare 9.750 dosi di vaccino Pfizer, mentre l'Arma dei Carabinieri ha fornito il servizio di scorta via terra. Le dosi, prima stoccate presso l'ospedale Spallanzani di Roma e poi distribuite nelle altre Regioni, sono in parte state trasportate all'aeroporto militare di Pratica di Mare dove 5 aerei (due C27J dell'Aeronautica, due Dornier Do. 228 dell'Esercito e un P-180 della Marina) hanno raggiunto le zone più lontane della penisola. I restanti vaccini hanno raggiunto le destinazioni via terra con un impegno complessivo di 60 autoveicoli e circa 250 militari. Le successive dosi del vaccino Pfizer sono state consegnate direttamente dalla casa farmaceutica ai 300 siti di somministrazione dal Commissario straordinario in accordo con le Regioni, con ciò evidenziando una non concreta necessità di impiego dello strumento militare al fine di contribuire alla distribuzione del vaccino stesso, la cui consegna è stata gestita dalle stesse case farmaceutiche.

---

<sup>29</sup> *Operazione EOS. Somministrazioni vaccinali a favore della popolazione civile*, Ministero della Difesa, 9 giugno 2021. In [https://www.difesa.it/SMD\\_/Avvenimenti/Operazione\\_EOS/Pagine/default.aspx](https://www.difesa.it/SMD_/Avvenimenti/Operazione_EOS/Pagine/default.aspx); e *Al via operazione Eos della Difesa per trasporto vaccini*, Ministero della Difesa, 23 dicembre 2020. In [https://www.difesa.it/Primo\\_Piano/Pagine/Al-via-operazione-EOS-della-Difesa-per-trasporto-vaccini.aspx](https://www.difesa.it/Primo_Piano/Pagine/Al-via-operazione-EOS-della-Difesa-per-trasporto-vaccini.aspx).

La seconda fase dell'operazione ha visto impiegate le Forze Armate, sulla base delle indicazioni del Commissario Straordinario, nel trasporto su tutto il territorio nazionale dei vaccini prodotti dalle altre case farmaceutiche (AstraZeneca, Moderna, etc). L'*hub* principale per lo stoccaggio delle dosi è stato allestito ancora una volta presso l'Aeroporto di Pratica di Mare, dal quale si è poi avviata la distribuzione ai 21 *sub-hubs* militari dislocati in tutte le Regioni. Le Forze Armate hanno anche garantito le necessarie misure di sicurezza, per la distribuzione capillare sul territorio nazionale. Il piano ha previsto l'utilizzo di 11 aerei, 73 elicotteri e oltre 360 autoveicoli e di *shelter* frigo della Difesa. In accordo alle richieste delle Regioni, la Difesa ha offerto postazioni vaccinali fisse e mobili (Presidi Vaccinali Difesa, PVD) attraverso la riconversione dei "*Drive Through Difesa*", operativi in tutta Italia per effettuare tamponi<sup>30</sup>. Su richiesta, il personale sanitario delle Forze Armate è stato reso disponibile per eventuali somministrazioni anche con nuclei mobili nelle Rsa o a domicilio per i cittadini con difficoltà motorie. Da rilevare, in questa seconda fase, il contributo del Policlinico Militare del Celio, uno dei tre ospedali militari, che è stato riconvertito in Covid Hospital ed inserito nella rete nazionale anti Covid quale riferimento delle strutture sanitarie del Centro Italia<sup>31</sup>. Il Policlinico, costituito da 90 unità tra medici, biologi, ricercatori e tecnici è da 10 anni inserito nella rete di laboratori europei che si occupano di biodifesa per il tracciamento di aggressivi biologici e virus rari<sup>32</sup>.

Alla fine del 2021, le Forze Armate hanno raggiunto l'impiego di 23.016 militari e 1.717 mezzi terrestri a cui si somma la disponibilità di 73 mezzi aerei per il trasporto di bio-contenimento e per il trasporto di personale e materiali. Altri 285 mezzi terrestri sono invece stati utilizzati per il trasporto di materiale sanitario e dispositivi di protezione individuale. Personale e mezzi gestiti e coordinati dal Comando Operativo di Vertice interforze attraverso la Sala Monitoraggio Emergenza COVID<sup>33</sup>.

## 7.2 Francia

Il 25 marzo 2020, il Presidente francese Emmanuel Macron ha lanciato l'operazione militare "*Résilience*" il cui ambito di azione si è principalmente concretizzato nel garantire il supporto logistico al settore sanitario. Supporto che è stato fornito in termini di trasferimento di pazienti (20% dei trasferimenti totali nella prima ondata epidemica) e di personale medico, al fine di alleggerire le unità di terapia intensiva degli ospedali.

---

<sup>30</sup> *La Difesa per l'emergenza Covid 19...*, cit.

<sup>31</sup> *Ivi.*

<sup>32</sup> *Ivi.*

<sup>33</sup> *Ivi.*

Dal punto di vista sanitario, il Servizio Sanitario della Difesa francese è stato coinvolto attivamente con la mobilitazione del proprio personale medico all'interno degli Ospedali Militari di Formazione e della Componente Militare di Terapia Intensiva (*Élément militaire de réanimation*, EMR), costruiti appositamente per gestire la pandemia. L'esercito, in particolare, ha contribuito a bilanciare l'onere conseguente all'emergenza tra i territori, nonché a dare una risposta complessiva attraverso il coordinamento e la mobilitazione delle autorità locali. Le Forze Armate, nel complesso, hanno inoltre fornito supporto materiale attraverso la distribuzione di attrezzature mediche e la protezione dei siti di stoccaggio dei medicinali.

Nella dottrina militare, il coinvolgimento e le missioni delle Forze Armate francesi sono specificati nel *Livre Blanc pour la Défense et la Sécurité nationale*<sup>34</sup> (SGDSN) del 2013. Il documento definisce i vari rischi e le minacce affrontati dalla strategia di difesa e include le "crisi maggiori, derivanti da rischi naturali, sanitari, tecnologici, industriali o accidentali", con riferimento diretto alla gestione dei fenomeni epidemiologici. Gli interventi militari sul territorio nazionale sono regolati dalla legge, e in condizioni rigorose qualificate come "stato di necessità", il quale può essere invocato "quando i mezzi a disposizione delle autorità civili sono ritenuti inesistenti, insufficienti, inadatti o non disponibili". L'impiego delle Forze Armate è solo a supporto dei mezzi civili, messi a disposizione delle autorità civili che devono requisirli preventivamente. Questo approccio è frutto dell'attività di dialogo e collaborazione tra autorità civili e militari, meglio noto come "cooperazione civile-militare" (COCIM, o CIMIC).

### 7.3 Portogallo

Il *Concetto Strategico di Difesa Nazionale* del 2013 individua tra i rischi principali i "cambiamenti climatici, i rischi ambientali e sismici", nonché le "pandemie e altri rischi sanitari"<sup>35</sup>. Quando l'epidemia da Covid-19 si è trasformata in pandemia, il governo portoghese ha ritenuto opportuno procedere con celerità con l'interessamento della Difesa e l'applicazione della dottrina militare, con ciò implicando l'immediato impiego delle Forze Armate nazionali, comprese le unità operative da combattimento poste sotto la tradizionale catena di comando, utilizzandone le capacità e competenze in materia di supporto logistico e gestione delle operazioni. Un risultato ritenuto molto soddisfacente dal governo portoghese e imprescindibile per ottenere un'efficace azione di contrasto e prevenzione della diffusione del virus e del trattamento dei soggetti contagiati.

---

<sup>34</sup> *Livre Blanc*, Ministère de la Défense, 29 aprile 2013. In [http://education-defense.fr/IMG/pdf/livre\\_blanc.pdf](http://education-defense.fr/IMG/pdf/livre_blanc.pdf)

<sup>35</sup> *Strategic Concept for Portuguese Development Cooperation*, 2013. In [https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/concetestratg\\_eng\\_v2.pdf](https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/concetestratg_eng_v2.pdf)

L'Ospedale delle Forze Armate (HFA) ha fornito supporto agli sforzi generali del Servizio Nazionale di Sanità Pubblica (SNS) contribuendo all'allestimento di strutture e posti letto per il ricovero e per i *test* rapidi, mentre il Laboratorio Chimico e Farmaceutico Militare (LMPQF) ha aumentato la produzione di componenti per la disinfezione. A febbraio 2021, gli ufficiali militari hanno costituito unità di operatori per il monitoraggio della piattaforma COVID-19 TRACE, con un totale di 169.148 indagini e 303.775 contatti, oltre ad aver intrapreso 2075 iniziative di sensibilizzazione, disinfezione e formazione nelle case di riposo in tutto il Paese. Altri Ufficiali militari sono stati temporaneamente distaccati presso il Ministero della Salute e l'SNS, con l'obiettivo di fornire ulteriore supporto operativo e logistico.

Il coordinamento centralizzato di questi diversi sforzi è stato assicurato dal Comando congiunto per le operazioni militari (CCOM) – la stessa struttura di comando utilizzata per il dispiegamento *standard* di forze a livello nazionale e internazionale – all'interno dello Stato Maggiore delle Forze Armate (EMGFA), che ha garantito un contatto permanente con l'Autorità nazionale per le emergenze e la protezione civile (ANPC) e ha semplificato le successive richieste di ulteriore supporto. Tuttavia, il ruolo delle Forze Armate portoghesi ha assunto una visibilità particolarmente elevata con lo sviluppo del piano nazionale di vaccinazione.

#### **7.4 Spagna**

Come abbiamo avuto modo di accennare in precedenza, anche il governo spagnolo, in conseguenza della pandemia, ha dichiarato lo stato di allarme, scandito da fasi successive. Durante il primo stato di allarme, una delle autorità competenti delegate ai sensi del Regio Decreto 463/2020 è stato il Ministro della Difesa. La Legge 17/2015 sul Sistema Nazionale di Protezione Civile regola il contributo nazionale al Meccanismo Europeo di Protezione Civile e alle missioni di cooperazione internazionale. Il Centro per il Controllo della Generazione (CECOGEN) è responsabile della generazione delle capacità e delle forze adeguate per le operazioni di contingenza e le missioni all'estero, seguendo le linee guida del Comando delle Operazioni (MOPs).

A livello operativo, l'Unità Militare di Emergenza (UME, dall'acronimo spagnolo), è stata creata come unità di primo intervento delle Forze Armate spagnole al fine di fornire servizi di soccorso in caso di catastrofe o emergenza nazionale. L'obiettivo è quello di ottenere un migliore utilizzo delle capacità militari in caso di eventi complessi ed estremi come contaminazioni batteriologiche, chimiche o nucleari e altre situazioni di emergenza in

condizioni difficili. L'UME è stata un modello pionieristico e la prima unità militare completa a ottenere la classificazione delle Nazioni Unite per la ricerca e il soccorso urbano (USAR).

Le procedure per la richiesta di intervento delle Forze Armate sono state conformi alla Legge di Difesa Nazionale 5/2005 e il comando, e la conseguente responsabilità di coordinamento dei compiti assunti dalle Forze Armate, è stato attribuito in via esclusiva al Capo dello Stato Maggiore della Difesa (JEMAD, dall'acronimo spagnolo). Le Forze dispiegate dall'Esercito hanno compreso l'UME, le unità di fanteria e altre unità dell'Esercito e della Marina (tra gli altri, Legione Spagnola, Brigata Aerea, *Marines*, Guardia Reale, Farmacia Militare).

Subito dopo la dichiarazione dello stato di allarme, il Ministero della Difesa ha dato il via all'Operazione "Balmis", durata fino al 21 giugno 2020, la più grande operazione dispiegata dalle Forze Armate di Spagna in tempo di pace. Il coordinamento dell'Operazione "Balmis" è stato guidato dal Comando delle Operazioni (MOPs, dall'acronimo spagnolo) con sede nel centro di Retamares (Madrid). Sono stati effettuati più di 21.000 interventi in 2.250 località a sostegno delle istituzioni pubbliche nella lotta contro la pandemia per un coinvolgimento complessivo massimo di 171.000 militari.

I compiti svolti nell'ambito dell'Operazione "Balmis" hanno riguardato la disinfezione delle infrastrutture pubbliche, la sicurezza nelle strade e il controllo delle frontiere, il supporto logistico, compreso l'approvvigionamento e la distribuzione di cibo e materiale medico, il trasporto dei pazienti e il trasferimento dei deceduti, nonché la progettazione e l'installazione di ospedali da campo in diverse città. A questo proposito, merita particolare attenzione il macro-ospedale installato a Ifema (Madrid), allestito dall'UME in collaborazione con operatori civili e funzionari, nel tempo *record* di 5 giorni e con la capacità di 5.500 posti letto e 96 posti di terapia intensiva, oltre a un laboratorio e a stazioni di disinfezione. L'ospedale è stato chiuso il 1° maggio 2020 dopo aver fornito assistenza medica a 4.000 pazienti di Covid-19. Dalla fine dell'operazione "Balmis", le Forze militari hanno fornito un supporto puntuale durante l'estate. Durante questo periodo, 7.500 militari sono stati addestrati per seguire i casi di Covid-19. Il 25 luglio 2020 è stata creata una nuova struttura sotto la direzione del Segretariato generale per la politica di difesa (Segenpol), il Nucleo Covid-19, con il compito di rispondere alle richieste delle autorità competenti per contrastare la diffusione del Covid-19.

Infine, l'Operazione "Baluarte" è stata lanciata nell'ottobre 2020 ed è tuttora in corso. Nell'ambito dell'Operazione "Baluarte" sono stati effettuati più di 1.300 interventi da parte del personale militare (principalmente disinfezioni e distribuzione di vaccini) insieme ad attività di tracciamento e protezione della *cybersecurity*.

## CAPITOLO 8

### LE LEZIONI APPRESE DAL COVID-19 E LE PROPOSTE FINALIZZARE ALLA GESTIONE MIGLIORATA DEGLI EFFETTI DI UN EVENTO PANDEMICO DI PORTATA SIMILE

Sebbene l'evoluzione futura della pandemia da COVID-19 o di altre minacce simili non sia nota, i governi nazionali e le organizzazioni sovranazionali devono pianificare e prepararsi per lo scenario peggiore. Non è troppo tardi per applicare le lezioni apprese nel corso della prima pandemia globale del millennio.

In primo luogo, la scelta del metodo: i governi possono adottare, per analizzare e contrastare il fenomeno pandemico, un approccio esclusivamente epidemiologico o, in alternativa, epidemiologico in combinazione con altre metodologie scientifiche; tuttavia, è essenziale un piano chiaro e definito che descriva quali fattori di analisi debbano essere presi in considerazione. Teoricamente, questi piani dovrebbero dichiarare esplicitamente i livelli o le fasi di introduzione e allentamento delle restrizioni, i criteri a premessa di un passaggio da un livello/fase a quello/a successivo/a e le misure di contenimento che ogni livello o fase comporta (Han, *et al.*, 2020). In secondo luogo, la capacità di monitoraggio. I governi dovrebbero allentare le restrizioni solamente quando in possesso di efficaci sistemi di monitoraggio del fenomeno (Han, *et al.*, 2020). Terzo, è necessario prevedere poche e chiare disposizioni. I governi debbono rendere esplicito fin da subito che per periodi di tempo definiti potranno essere necessarie misure di contenimento (restrizioni) per limitare la diffusione del virus. Possono essere misure necessarie la creazione di bolle sociali attraverso la riduzione delle interazioni a pochi contatti, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale (ad esempio l'uso delle maschere filtranti tipo *filtering facepiece particles*, FFP1, FFP2 e FFP3, che hanno dimostrato di contenere la diffusione di *virus* del 85/90% rispetto alla tipologia "chirurgica", efficace al 40/60%) e, ancora, attraverso l'educazione, il coinvolgimento e la responsabilizzazione della società (Han, *et al.*, 2020). Quarto, va rivisto il sistema di prevenzione e intervento. Ogni Paese dovrebbe disporre di un efficace sistema di ricerca, verifica, tracciamento, isolamento e supporto. La più recente letteratura suggerisce che l'identificazione e l'isolamento di casi lievi e asintomatici può ridurre significativamente il carico sanitario e la mortalità complessiva (Han, *et al.*, 2020). Quinto, è necessario definire i protocolli operativi adottando procedure standardizzate di *triage* sanitario basati su macro-dati statistici e analisi comparate; ciò consentirebbe un *turnover*

dei pazienti molto più rapido che, a sua volta, potrebbe alleviare la pressione sull'infrastruttura sanitaria (Gjerstad e Molle, 2020).

Fondamentalmente, questo sistema di ricerca, verifica, tracciamento e isolamento deve essere supportato da investimenti sostenuti nella capacità di sanità pubblica, nella collaborazione sinergica con il settore privato e nella capacità del sistema sanitario complessivo (pubblico e privato) in termini di strutture, forniture e risorse umane.

## **8.1 Criticità sistemica e difesa-sicurezza post COVID-19: verso una difesa civile e l'integrazione dello strumento militare**

L'emergenza COVID-19 ha impresso uno *stress* straordinario sulla capacità di gestione di alcuni strumenti dello Stato, *in primis* la sanità, imponendo significative vulnerabilità al livello di sicurezza collettiva. Un'emergenza che si è particolarmente acuita data l'assenza di una effettiva capacità di resilienza da parte del cosiddetto "sistema Paese", le cui conseguenze si sono poste e si imporranno in maniera dirompente a causa dell'onda lunga di un fenomeno caratterizzato da ampiezza ed estensione temporale che avrà effetti persistenti sul piano sociale e politico e su quello economico-finanziario e che rischia di creare una vera e propria crisi sistemica di difficile gestione. L'ipotesi più preoccupante che si pone all'orizzonte è quella di uno scenario di crisi che lo Stato potrebbe non essere in grado di gestire, a causa di crescenti vulnerabilità economiche, portando a una condizione di incapacità di risposta alle esigenze di sicurezza collettiva (Bertolotti, 2020).

I punti deboli della resilienza del "Sistema Paese", hanno conseguenze, dirette e differite sulla concreta capacità di prontezza civile dell'Italia, i cui ambiti di criticità si possono sintetizzare in:

- Compartimentazione, incoerenza e assenza di coordinazione. Le emergenze e le crisi sono di norma un'opportunità per avviare un processo di miglioramento dei sistemi nazionali e per migliorare i rapporti collaborativi; è però vero che emergenze e stati di crisi o pre-crisi possono indurre le singole istituzioni, agenzie o dipartimenti, non inserite all'interno di un processo collaborativo a sviluppare e adottare peculiari approcci metodologici autonomi e non aperti alla condivisione (Bertolotti e Trenta, 2017);
- Divergenza di interessi. I soggetti istituzionali, così come anche quelli privati, hanno diverse priorità e interessi che possono ostacolare la concettualizzazione e l'implementazione di una collaborazione costruttiva (Bertolotti e Trenta, 2017);

- Mancanza di fiducia tra soggetti istituzionali. In generale, si rileva un'assenza di fiducia tra le parti chiamate a operare in collaborazione tra di loro al fine della resilienza e vi è un'ampia divergenza culturale tra i soggetti del settore pubblico e privato. I vari dicasteri non hanno compensato il radicato quanto deleterio approccio autonomo, con ciò dando vita a duplicazioni, *empasse* burocratiche, dispersione e sottoimpiego di risorse umane e materiali. Sull'altro fronte, quello del settore privato, prevale il timore di un processo di regolamentazione, vincolo, direzione o diretto controllo del governo che porti a una limitazione della creatività e della libertà d'azione sul mercato (Bertolotti e Trenta, 2017). Criticità evidenziate, in particolare, in occasione del progetto di sviluppo concettuale denominato "Duplice uso delle capacità della Difesa per scopi non militari ed a supporto della resilienza nazionale"<sup>36</sup> che, di fatto, si è concluso senza risultati a fronte di significative e rilevate assenze da parte degli attori chiamati a contribuirvi;
- Condivisione delle informazioni e delle capacità (Information sharing). La necessità di condividere le informazioni sulle minacce e sulle vulnerabilità si scontra spesso con la volontà di farlo: questo è lo scoglio principale alla realizzazione di una piena collaborazione tra gli attori pubblici e privati. Per quanto i tentativi di superare tale ostacolo culturale siano innegabili, va però preso atto che questi siano tutt'ora parziali e inefficaci. Le istituzioni pubbliche, così come gli attori privati sostengono, a ragione, le loro legittime preoccupazioni nel condividere informazioni, dati, procedure; il settore privato, in particolare, teme la diffusione illecita o la divulgazione delle informazioni sensibili che li riguardano - in genere a causa delle limitate capacità di sicurezza della rete informatica della Pubblica Amministrazione – e i vantaggi che gli attori in concorrenza potrebbero trarre dalla condivisione o, addirittura, il rischio di condividere informazioni con le istituzioni pubbliche, pur a favore della sicurezza collettiva, che però sono comprese all'interno di accordi di non divulgazione tra imprese e società. Infine, aspetto rilevante sul piano della percezione così come su quello sostanziale, la condivisione di informazioni – sia quelle private a favore delle istituzioni pubbliche che viceversa - tende ad essere recepita come disequilibrata e svantaggiosa per una delle due parti<sup>37</sup>.

La pandemia da COVID-19 è stata, e ancora è, un estremo *test* di tenuta e risposta per le istituzioni statali e per le organizzazioni sovranazionali; un'esigenza recepita anche

---

<sup>36</sup> *Il duplice uso delle capacità della Difesa per scopi non militari ed a supporto della resilienza nazionale. Integrazione Linee programmatiche del Ministro della Difesa.* Ministero della Difesa. In: [https://www.difesa.it/Content/Documents/2018\\_Ministero\\_Difesa\\_integrazione\\_linee\\_programmatiche.pdf](https://www.difesa.it/Content/Documents/2018_Ministero_Difesa_integrazione_linee_programmatiche.pdf)

<sup>37</sup> *Ivi.*

dalla NATO che, come confermato dal nuovo “concetto strategico” (del 2010) dell’Alleanza Atlantica, è da tempo impegnata sulla “necessità di una preparazione civile volta a garantire la funzionalità di governo, dei trasporti, della sanità, durante le emergenze anche al fine di garantire la continuazione delle operazioni militari e la *readiness*. Lo sancisce lo stesso articolo 3 del trattato Nord Atlantico”<sup>38</sup>, che impegna i membri dell’Alleanza a implementare un piano di resilienza nazionale (Bertolotti e Trenta, 2017).

## 8.2 La specifica gestione della pandemia in un contesto navale

Un trattamento specifico deve essere menzionato per la Marina Militare. Come nel resto del mondo, la Marina Militare italiana si è impegnata fin dai primi mesi dell’emergenza per mitigare gli effetti diretti della pandemia di COVID-19, adottando diverse misure per ridurre l’impatto a breve e a lungo termine, compatibilmente con il mantenimento degli obiettivi istituzionali della Forza Armata. Va subito precisato che la Marina Militare, a causa del suo ambiente operativo, è abituata ad affrontare focolai periodici di epidemie conosciute come l’influenza, e possiede dunque una certa esperienza nella gestione della diffusione di infezioni virali. La diffusione di malattie causate da virus noti viene normalmente ridotta al minimo mediante procedure *standard* di controllo delle infezioni e non ha un impatto determinante sulle operazioni navali. Non si è trattato dunque di un evento che la Forza Armata ha affrontato del tutto impreparata.

Tuttavia, lo Stato Maggiore ha dovuto rivalutare le proprie procedure dato il timore che il COVID-19 a bordo delle unità navali potesse portare a risultati molto più devastanti in termini di capacità di adempiere la propria missione istituzionale. Ciò ha fatto sì che le linee guida generali predisposte dalla Difesa fossero integrate con protocolli *ad hoc* atti a recepire le particolari esigenze dell’ambiente operativo navale. La base logica di una postura più aggressiva di altre Forze Armate alla mitigazione della pandemia è stata di tipo medico. Il SARS-CoV-2 è un virus altamente contagioso capace di diffondersi molto rapidamente attraverso gli ambienti affollati e spesso difficili da igienizzare completamente delle navi della Marina. Come dimostrato anche in contesti civili (i.e. croceristici), una persona infetta, asintomatica o che presenti sintomi lievi è in grado di diffondere velocemente il virus su una nave in quanto i sistemi di ventilazione non forniscono particolari protezioni. Non può dunque sorprendere che quando un soggetto infetto sale a bordo, il virus finisca poi per colpire ampie porzioni dell’equipaggio. Di norma, gli equipaggi imbarcati sono generalmente composti da giovani adulti in buono stato di salute, il cui grado di suscettibilità e gravità può variare notevolmente. Nelle prime fasi della pandemia, si è generalmente ritenuto che

---

<sup>38</sup> NATO, *Resilience and Article 3*, in [https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics\\_132722.htm](https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_132722.htm).

soggetti giovani e in buona salute fossero meno suscettibili a contrarre forme gravi di COVID-19 o che addirittura rimanessero asintomatici. Tuttavia, a partire dall'estate 2020, studi scientifici avevano già indicato l'inesattezza di questa supposizione. Ricerche sulla distribuzione per età della mortalità in diversi Paesi, e l'utilizzo di modelli matematici previsionali, avevano subito suggerito che non vi fosse una grande differenza di suscettibilità al virus su base anagrafica (Gjerstad e Molle, 2020). Sebbene la maggior parte dei membri di un equipaggio positivi al COVID-19 non fosse generalmente a rischio di ricovero in ospedale, essa avrebbe comunque presentato vari gradi di sintomatologia e gravità della malattia che in diversi casi avrebbero reso incapaci i membri dell'equipaggio di svolgere il proprio lavoro. Inoltre, sebbene l'equipaggio di una nave sia generalmente giovane, gli Ufficiali superiori sono generalmente più anziani e presentano condizioni di salute che, pur non pregiudicando lo stato di servizio, sono tali da renderli più suscettibili alle conseguenze più gravi della malattia (ad esempio l'ipertensione). La perdita anche momentanea di Ufficiali superiori o personale tecnico specializzato può creare un *vulnus* nella *leadership* che è certamente dannoso per la prontezza e la continuità delle missioni. La perdita di un elemento di una squadra, ad esempio, può poi potenzialmente rendere l'intera squadra incapace di svolgere i suoi compiti, influenzando negativamente le operazioni della nave. Siccome si è ritenuto che un focolaio infettivo potesse causare l'indisponibilità di diversi membri di un equipaggio, inclusi Ufficiali superiori con compiti di *leadership*, impedendo l'effettuarsi delle necessarie rotazioni di servizio, sono state disposte misure di *testing* e quarantena particolarmente restrittive.

Tra queste ricordiamo la disinfezione, il mantenimento della distanza sociale e l'isolamento. La Marina Militare ha posto un forte accento sulla pulizia e la disinfezione degli spazi. Essendo altamente probabile la persistenza delle condizioni che favoriscono la diffusione del COVID-19, tali misure aggiuntive di pulizia dovrebbe essere considerate come un cambiamento permanente piuttosto che una misura temporanea.

Quanto al distanziamento sociale, sebbene esso si sia dimostrato efficace nel limitare la diffusione del virus nella popolazione generale, si è rivelato estremamente impegnativo nell'ambiente di bordo, dove decine di militari vivono e lavorano necessariamente a stretto contatto, respirando aria riciclata e condividendo spazi di lavoro, di svago e servizi igienici. I tentativi di limitare fisicamente la trasmissione di virus a bordo di determinate classi navali sono quasi impossibili. Infine, l'isolamento a bordo di una nave comporta la creazione di un'area di quarantena predesignata con rigorose misure di controllo degli accessi. Questo approccio è impegnativo e richiede molte risorse, oltre a comportare l'identificazione di

un'area a bassa priorità di utilizzo che spesso è impossibile da trovare in quanto le unità navali sono artefatti tecnologici estremamente complessi a bassa ridondanza.

Va inoltre aggiunto che in un'ottica squisitamente medica o nell'ambito delle operazioni di terraferma, la capacità del personale medico di rilevare la sintomatologia o gli altri segnali che possono indicare l'inizio di un focolaio infettivo è estremamente importante al fine di rallentarne la diffusione. Ciò deve avvenire in tempi ancora più brevi su una nave. Tuttavia, una unità navale militare ha capacità mediche organiche limitate, che possono essere integrate come è avvenuto in alcuni casi, ma che più spesso per mancanza di spazi non possono essere aumentate senza compromettere le altre funzioni necessarie dell'unità navale come nel caso dei sommergibili attualmente in servizio.

Ciò ha naturalmente comportato un effetto a cascata sull'addestramento, la manutenzione e le riparazioni programmate interessando numerose aree di *readiness*. Dato che la Marina Militare ha applicato protocolli per limitare l'esposizione considerati come *best practices* dalle diverse marine alleate, è chiaro che queste stesse procedure di mitigazione hanno parimenti influito su diversi livelli della *readiness* delle unità navali, inclusa la manutenzione, il morale e la salute mentale dell'equipaggio. Il potenziale effetto di una quarantena sulla salute mentale del personale della Marina è difficile da valutare ma non va ignorato. Vivere in un ambiente confinato per mesi è una parte consistente della vita del personale della Marina, ma le separazioni e l'incapacità di impegnarsi in attività giornaliera per lunghi periodi non hanno precedenti.

Al fine di evitare il ripetersi e il cronicizzarsi di questa situazione, è pertanto necessario giungere ad un opportuno livello di coerenza tra le priorità operative e quelle mediche, una considerazione che chiaramente non era presente nelle fasi iniziali della pandemia. Se l'epidemia fosse stata letale per la fascia demografica imbarcata sulle navi della Marina, è lecito dire che la risposta della Forza Armata non sarebbe stata adeguata. Va inoltre rilevato uno scarso coordinamento tra le catene di comando mediche, oggi esternalizzate, e quelle operative.

### **8.3 Dalla Protezione civile alla Difesa civile**

Per le situazioni ordinarie di "emergenza" esistono piani integrati. Ciò non è previsto per le situazioni eccezionali di "crisi": tenuto conto di questo stato di cose e, in particolare, della capacità d'intervento nella gestione di minacce crescenti, si impone l'esigenza strutturale di dar vita a una specifica e ben definita organizzazione di Difesa civile nazionale che dovrà essere integrata a livello europeo e con l'Alleanza atlantica. Assunta questa necessità, va posto l'accento su un aspetto terminologico e di impiego che è primario ed

essenziale: la Difesa civile non è la Protezione civile, poiché quest'ultima si occupa di rischi naturali e antropici e, per propria natura, competenza e organizzazione, non è deputata né strutturata per gestire efficacemente un'epidemia o una pandemia.

Come evidenzia G. Ferrari nel suo contributo *Difesa civile e gestione crisi*, per il Giornale dell'Osservatorio Mediterraneo di Geopolitica e Antropologia: «*Le situazioni di crisi sono potenziali minacce che mettono in discussione la sicurezza dello Stato e rendono necessaria l'adozione di strumenti per garantire la continuità dell'azione di governo, la salvaguardia degli interessi vitali dello Stato, la protezione della popolazione e delle capacità economica, produttiva, logistica e sociale*» (Ferrari, 2014). Tutti aspetti che sono compresi nello scenario che ha caratterizzato e sta caratterizzando l'emergenza critica COVID-19, ma che sono stati sottoposti a un processo di gestione non omogeneo, spesso incoerente e mediante l'azione di attori non coordinati, dalla Protezione civile – di cui si sono accennati i limiti e la differente missione – ai vari dicasteri.

Ne deriva la necessità, come evidenzia C. Bertolotti nel suo contributo *Covid-19: serve un sistema di Difesa civile*, di un'organizzazione di Difesa Civile nazionale dotata di un piano che riconosca e definisca priorità, fasi e azioni che devono interessare e coinvolgere i cittadini e l'apparato statale: una definizione di compiti e linee d'azione di cui la Difesa civile dovrà assumere la responsabilità non in termini di intervento successivo a un evento, bensì nell'organizzazione preventiva che includa la sinergia dei settori pubblici e privati al fine di ridurre, contenere e gestire le conseguenze di tali eventuali eventi (Bertolotti, 2020).

## CAPITOLO 9

### CONCLUSIONI E LESSONS LEARNED PER LA DIFESA

Per resilienza si intende la capacità di sopravvivenza dello Stato, adattamento e capacità di miglioramento in risposta a *stress* e cambiamento e, al tempo stesso, prontezza di risposta positiva agli *shock*, riorganizzazione e ricostruzione di fronte alla necessità. Per implementare questa capacità di resilienza - evidenziano Bertolotti e Trenta - «*occorre mettere insieme le capacità, le abilità, le possibilità e le risorse dei settori pubblico e privato e della società civile per attivare un cambiamento sociale che vada oltre la semplice innovazione tecnologica. Un sistema sociale è resiliente se lo sono le sue componenti, inclusa la comunità, la quale si dice ‘resiliente’ quando è capace di rispondere ad eventi improvvisi e sfavorevoli, in un modo che permetta ai gruppi e agli individui di lavorare insieme per minimizzare le conseguenze avverse delle crisi*». Pertanto - rilevano gli autori - «*una comunità è resiliente quando è, in primo luogo, flessibile*». In tale chiave di lettura, il concetto di ‘Sistema Paese’ resiliente si pone come realtà in cui l’infrastruttura statale, la capacità di *governance* e i servizi a favore della collettività sono strutturati per fornire un’adeguata risposta alle esigenze di una collettività afflitta da stati di emergenza, pre-crisi e crisi mediante la pianificazione e l’adozione di una strategia sistemica basata sulla collaborazione, intesa a spingere a supportare il sistema e i suoi attori (Bertolotti e Trenta, 2017).

Le capacità caratterizzanti un sistema resiliente sono due: 1) l’auto-organizzazione 2) l’apprendimento e adattamento. Tali capacità poggiano sulla collaborazione tra i diversi attori, e nello specifico, le due macro realtà “civile” e “militare”, che comprende, nella sua complessità, anche il settore “informativo”, con particolare riferimento ai “dati” (*big-data*), intesi come strumento in grado di implementare nuove capacità di risposta, così come per consentire una valutazione circa l’utilizzo di tali *dataset* ai fini delle esigenze della collettività e di *governance* (Bertolotti e Trenta, 2017).

In questa prospettiva si inserisce un processo di implementazione di un *data repository* su cui impegnare le disponibilità in termini di esperti, *policy maker*, accademici e ricercatori, così come giornalisti, *hacker* e realtà del terzo settore impegnati a vario titolo nelle emergenze; in questo modo sarà possibile dare avvio a un processo che parta dalla consapevolezza di “quali dati” possano essere utili e “come usarli” (Bertolotti e Trenta, 2017).

Implementare e rendere effettiva una capacità di resilienza collaborativa sistemica e nazionale risponde alle esigenze essenziali dello Stato, delle comunità al suo interno, della struttura socio-economica e dei singoli cittadini. Eppure il “Sistema Paese” oggi, come l’esperienza da Covid-19 ha dimostrato, non è in grado di rispondere in maniera strutturata in termini di resilienza. Una principale ragione è identificata nell’ampio panorama di sfide capaci di inibire, rallentare o bloccare gli sforzi volti a istituire un contesto collaborativo orientato a raggiungere questa capacità. Un’altra ragione è l’assenza di un approccio politico-sociale nazionale che sia univoco e in grado di adottare e applicare una *policy* favorevole alla collaborazione tra gli attori utili alla sostenibilità della resilienza. Ciò determina lo *status quo* delle istituzioni, centrali e periferiche, attori privati e terzo settore che sviluppano e adottano con approccio autonomo strategie di risposta, livello di intervento e reazioni a sfide e minacce, spesso attraverso l’applicazione del principio sperimentale del *trial and error*, certamente non efficiente in un contesto, multilivello e multi-attore, in cui la soluzione al problema (emergenza o crisi) è un beneficio collettivo. Un quadro in cui, al contrario, i principi di cooperazione e condivisione delle risorse, delle informazioni e della capacità di intervento potrebbero stimolare e incentivare quella collaborazione necessaria al raggiungimento della resilienza. Il primo sforzo che deve essere compiuto per realizzare le capacità a cui si è fatto riferimento è in termini di sensibilità alle sfide e di consapevolezza di quali e quante risorse siano a disposizione e utilizzabili. Ma significativi ostacoli culturali, organizzativi e burocratici sono duri da sradicare ed è su di essi che si impone la necessità di intervenire (Bertolotti e Trenta, 2017).

Gli sforzi fatti a livello di collaborazione centrale e periferica, a oggi non sono collegati o armonizzati in maniera efficace, con ciò definendo una sfida per la collaborazione pubblico-privato, che necessita di risorse condivise funzionali alla concettualizzazione e implementazione di strategie operative di risposta. Per quanto esistano a livello nazionale relazioni collaborative tra aziende, società e organizzazioni non governative in termini di servizi e capacità di supporto in caso di emergenza o crisi, più ridotti sono gli episodi che vedono coinvolte le amministrazioni locali. Per quanto ciò non escluda la realizzazione di attività a livello locale, ciò si limita a collaborazioni in genere inserite in un più esteso contesto strategico e di amministrazione programmatica centrale a supporto degli sforzi periferici.

Sul versante della capacità di intervento pubblico, la presenza di strumenti nominalmente operativi delle Forze Armate a livello regionale e locale ma eterogenea e spesso incoerente, con particolare riferimento alla presenza a livello regionale di Comandi Militari dell’Esercito che, teoricamente in grado di dare una prima risposta “verticale” in

termini di strutture e azioni collaborative, all'atto pratico mancano di risorse umane, in termini qualitativi, e materiali sufficienti per poter intervenire in maniera efficace e tempestiva. Una presenza che si pone, come elemento complementare, a fianco delle Prefetture, delle Forze di Polizia, della Protezione Civile, dei Vigili del Fuoco, ecc...: tutti attori capillarmente presenti a livello locale – basti pensare alla presenza strutturata dell'Arma dei Carabinieri – che però tendono a non avere legami, né relazioni collaborative di natura “orizzontale” con gli essenziali quanto importanti soggetti privati locali con i quali, al contrario, vengono attivate relazioni ma di norma dettate dall'esigenza eccezionale, e non oltre quella. E se ciò è evidente in termini di contributo fornito dalle componenti di Esercito e Carabinieri, date le premesse, si impone necessario provvedere a una migliore e permanente integrazione anche della Marina Militare in questo quadro di collaborazione. Si rileva, in tale ampio contesto, come la difficoltà principale stia nel riconoscere le relazioni di collaborazione verticale e orizzontale pubblico-privato; relazioni che, in termini di sviluppo di quella auspicata capacità di resilienza e prontezza operativa, sono strategiche ai fini di un'efficace risposta<sup>39</sup>.

Un'ultima premessa è che relativamente allo strumento navale, le *lesson learned* della pandemia di COVID-19 riportate in seguito devono essere valutate e applicate in termini di capacità della Marina Militare di affrontare con successo un evento medico similmente fuori dall'ordinario, mantenendo il più possibile i compiti assegnati alla Forza Armata sia in un contesto di pace che nell'evenienza di un conflitto bellico. Nell'attuale contesto geopolitico, ad esempio, è di primaria importanza disporre di unità e personale tali da garantire la capacità della Marina di fornire protezione ai canali di approvvigionamento energetico. Le *readiness* in situazioni di conflitto armato implicano non solo la disponibilità delle unità navali necessarie, ma anche che le stesse siano pronte a svolgere una serie di attività operative, spesso senza preavviso e nell'eventualità che un numero significativo di personale di bordo sia indisponibile. Ciò richiede non solo che le procedure anti-pandemiche siano integrate nella dottrina della Forza Armata, ma che siano testate in appropriati momenti di formazione come anche suggerito da Algieri per l'Esercito (Algieri, 2022). Tuttavia, è anche importante riconoscere che non tutte le procedure attuate durante la pandemia di COVID-19 si applicheranno allo stesso modo di fronte alle sfide future. Ogni emergenza medica è in un certo senso unica e deve essere affrontata tramite interventi specifici, le seguenti sono pertanto linee guida generali:

---

<sup>39</sup> National Research Council (2011), Building Community Disaster Resilience Through Private-Public Collaboration, Committee on Private-Public Sector Collaboration to Enhance Community Disaster Resilience, Division on Earth and Life Studies, Board on Earth Sciences and Resources, Geographical Sciences Committee, Committee on Private-Public Sector Collaboration to Enhance Community Disaster Resilience. Washington DC: The National Academie Press.

- Identificare criticamente le priorità operative per valutare se un'unità deve, o può, continuare ad operare con personale ridotto oppure no;
- Ridurre al minimo la diffusione a bordo. Se la Marina Militare decide che una nave deve essere in navigazione per supportare una missione e non può essere sostituita, è necessario mantenere l'equipaggio in salute riducendo al minimo la diffusione del virus;
- Migliorare la capacità di bordo per far fronte alle epidemie di malattie infettive. Le strutture mediche di bordo sono generalmente orientate alla medicina di emergenza a non al contenimento di un'infezione. Questa carenza potrebbe essere soddisfatta con una migliore formazione per gli ufficiali medici e il personale infermieristico. Tale servizio potrebbe anche essere migliorato assegnando a rotazione personale con una formazione specifica infettivologica;
- Migliorare le comunicazioni tra le catene di comando mediche e operative (sul tema si rimanda al paragrafo *Lesson learned 3: Un servizio sanitario militare interforze*);
- Migliorare i piani di evacuazione medica e di coordinamento al fine di riassegnare rapidamente il personale tra unità navali.

### **9.1 *Lesson learned 1: Esigenze legislative e normative per un sistema resiliente***

Nonostante i danni sistemici provocati dalla pandemia da COVID-19 e nell'ipotesi di uno scenario peggiore, non vi è ancora nulla di realmente efficace a disposizione del governo, al di là degli strumenti militari già utilizzati ma distratti dalle funzioni precipue per i quali sono destinati. Questo poiché non esiste un piano di Difesa civile. Al contrario vi è una improvvisata linea guida basata sul D.lgs 300 del 1999. Non certo un piano strutturato che sia proporzionato all'evoluzione delle sfide globali, tra le quali appunto troviamo le pandemie. Quella vigente, è una normativa che non prevede nemmeno una figura unica cui demandare la responsabilità e l'autorità esclusiva in caso di bisogno.

Come rileva G. Ferrari, «siamo molto indietro, sia in termini di azioni che di intenzioni, e questo nonostante il manuale nazionale di gestione delle crisi derivante dal Dpcm 5 maggio 2010, la cui struttura (stabilita appunto per Dpcm e non per legge ordinaria) lo rende succube di attività proprie delle amministrazioni che operano in virtù di leggi primarie e in maniera autonoma» (Ferrari, 2014). Dunque nessun "sistema".

L'esigenza prioritaria è la predisposizione e l'adozione di un piano nazionale di Difesa civile, inquadrato all'interno di una normativa contenente istituzioni specifiche per strutturare un'autorità per la Difesa civile nazionale. Di conseguenza, si rende necessario il passaggio di responsabilità della Direzione Centrale per la Difesa Civile dal Ministero dell'Interno –

dipartimento dei Vigili del Fuoco, alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, anche a garanzia di una gestione efficace delle componenti civile (principale) e militare (complementare) che sarebbero fornite a supporto delle attività di prevenzione e gestione delle crisi nazionali (Bertolotti, 2020).

## **9.2 *Lesson learned 2: L'imprescindibile riorganizzazione della Sanità militare***

Indipendentemente da quelle che dovessero essere le esigenze future, in termini di gestione delle emergenze o degli eventi in grado di provocare una crisi del sistema nazionale, va preso atto che l'esperienza della pandemia da Covid-19 è stata affrontata come emergenza senza un predefinito piano di intervento strutturato e coordinato tra i vari attori coinvolti, con conseguenti sovrapposizioni, duplicazioni di responsabilità e servizi, aree scoperte dalla capacità d'intervento, sovraccarico di alcuni settori e sotto impiego di altri. Tale quadro d'insieme, le cui criticità e vulnerabilità sono al momento state identificate solamente in maniera parziale, indipendentemente da quelli che saranno gli indirizzi strategici che si vorranno definire e implementare, impone una riflessione *in primis* sul sistema sanitario nazionale (per la quale si rimanda ad altra sede) e, in secondo luogo, sul sistema sanitario militare da punto di vista della volontà d'impiego e della capacità di erogare servizi a supporto o *in vece* di quello nazionale in occasioni caratterizzate da eccezionalità o particolare gravità. Una riflessione che fonda le sue basi in una collaborazione tra le Forze Armate che, nel suo complesso, è fortemente limitata dall'esistenza di tre servizi sanitari differenti facenti capo a Esercito, Marina e Aeronautica.

In un'ottica di messa a sistema delle lezioni apprese (*lessons learned*), si ritiene dunque necessario porre l'attenzione sulla prioritaria esigenza di avviare un processo di riforma della sanità militare mediante l'istituzione di un Servizio sanitario militare unificato interforze, in alternativa all'attuale sistema sanitario strutturato su sistemi di singola Forza Armata caratterizzati da duplicazioni e moltiplicazione dei costi di formazione, amministrazione e gestione operativa.

## **9.3 *Lesson learned 3: Un servizio sanitario militare interforze***

Al fine di razionalizzare il servizio fornito al personale delle Forze Armate e al fine di creare uno strumento sanitario militare flessibile ed efficacemente impiegabile anche a supporto delle istituzioni esterne alla Difesa in caso di epidemie, pandemie, minacce di tipo chimico, batteriologico, radiologico o nucleare e in tutte quelle situazioni che dovessero richiedere l'intervento massivo e strutturato di operatori sanitari, è opportuno che lo Stato Maggiore della Difesa si doti di un Servizio sanitario militare unificato interforze al fine di

rispondere, in maniera efficace e razionale, alle esigenze di *routine* e a quelle emergenziali. Come riportato dal recente Disegno di legge C. 1268: «*dalle attività destinate alla prevenzione delle malattie, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica del personale militare, e, in particolare la prevenzione delle malattie e degli infortuni, la diagnosi, il ricovero, la cura e la riabilitazione del personale militare dello Stato, di quello civile dell'Amministrazione della difesa, dei grandi invalidi per servizio militare, così come la ricerca e lo sviluppo di nuove metodiche diagnostiche e terapeutiche in materia di medicina iperbarica, di medicina aeronautica ed aerospaziale, di medicina d'urgenza e pronto soccorso e di malattie infettive, batteriche e virali, nonché in altri campi sanitari di specifico interesse militare*»<sup>40</sup>.

In particolare, continua il disegno di legge succitato, per tutte quelle esigenze connesse al contenimento e contrasto delle malattie epidemiche e pandemiche, è opportuno prevedere l'impiego di un unico strumento sanitario militare interforze, sia nell'effettuazione di interventi di carattere umanitario all'estero, nell'ambito di operazioni disposte dalle autorità di Governo, sia su territorio nazionale a supporto delle istituzioni civili in favore della popolazione colpita da calamità naturali, epidemie o pandemie. In tale specifico contesto, si rende necessario prevedere collegamenti funzionali tra il Servizio sanitario militare e il Servizio sanitario nazionale, ferma restando l'autonomia istituzionale di entrambi e prevedere altresì, limitatamente ai settori di competenza, la partecipazione del Servizio sanitario militare alla definizione del Piano sanitario nazionale, nonché dei piani sanitari regionali.

Quanto all'organizzazione del Servizio sanitario militare, è opportuno prevedere «*l'istituzione di un reparto sanitario di intervento rapido interforze incaricato di fronteggiare con tempestività le emergenze, italiane o estere, composto da personale, mezzi, attrezzature e infrastrutture e integrabile, secondo le necessità, anche con personale sanitario militare in congedo o con personale sanitario volontario e con mezzi della Croce Rossa Italiana*»<sup>41</sup>.

#### **9.4 Lesson Learned 4: contenere le vulnerabilità di ingerenza esterna**

L'esperienza dell'operazione “*Dalla Russia con amore*”, avviata il 22 marzo e incentrata inizialmente sull'area di Bergamo (epicentro della diffusione del virus in Italia), evidenzia un'ulteriore vulnerabilità che ha caratterizzato la gestione italiana di contenimento

---

<sup>40</sup> Disegno di legge C. 1268, *Delega al Governo per la riforma della sanità militare mediante l'istituzione di un Servizio sanitario militare unificato interforze*. Camera dei deputati, atti parlamentari.

<sup>41</sup> *Ivi*.

e contrasto della pandemia da Covid-19, in particolare per quanto concerne la possibilità di raccolta di informazioni da parte dell'*intelligence* di Paesi che, a fronte di una disponibilità di aiuto e supporto, possono approfittare delle situazioni di emergenza e pre-crisi per carpire informazioni o indebolire o penetrare il perimetro di sicurezza nazionale.

Come abbiamo precedentemente illustrato, il reparto ad alta specializzazione 7° Rgt. Difesa CBRN "Cremona" è stato impiegato sino al 7 maggio 2020 congiuntamente al contingente di operatori militari in concorso dalla Federazione Russa. Una collaborazione che si è conclusa, dopo un mese di attività, con l'intervento di "decontaminazione" di 114 edifici, per un totale di 1,1 milioni di metri quadrati di superficie interna e più di 400.000 metri quadrati di strade in decine di località della Lombardia.

La missione russa "*Dalla Russia con amore*" ha coinvolto circa 104 militari e operatori sanitari, tra cui i due più autorevoli epidemiologi russi: Natalia Y. Pshenichnaya e Aleksandr V. Semenov; un numero ridotto rispetto alle iniziali intenzioni di Mosca che aveva offerto il contributo di 400 persone e attrezzature ma che ha trovato la ferma opposizione del Ministro della Difesa *pro tempore*, Lorenzo Guerini, che si è opposto ed è riuscito a limitare a 100 operatori il contributo russo. Il Comandante del Comando operativo di vertice interforze, il Generale Luciano Portolano, si è poi opposto a un secondo tentativo di "allargamento" dell'area d'azione del contingente russo a caserme e uffici governativi, in particolare l'area vicina alla base aerea di Ghedi (Brescia), utilizzata dalle Forze statunitensi della Nato in Italia, limitandolo a ospedali e case di cura dove i russi, attraverso l'offerta di effettuare *test* e analisi, hanno cercato in più occasioni di ottenere campioni del virus. A ciò si sommano le offerte economiche a ricercatori in cambio di dati e risultati della ricerca sul virus, come confermato dall'offerta di 250mila euro a un dirigente dell'ospedale Spallanzani di Roma; ospedale che ha appoggiato l'adozione del vaccino russo "Sputnik" e abbandonato lo sviluppo del vaccino italiano "Reithera" (Jacoboni, 2022).

L'accordo tra il Presidente russo Putin e il Presidente del Consiglio italiano *pro tempore*, Giuseppe Conte, era avvenuto il giorno prima via telefono (21 marzo). Di fatto, ciò che appare è che quando il Presidente Putin ha proposto gli aiuti al Presidente del Consiglio italiano Conte, la Russia ha inteso l'accordo come un assegno in bianco da parte dell'Italia e si è affrettata a consegnare gli aiuti in maniera non coordinata e autonoma, senza consultare il governo italiano. Gli aiuti inviati dalla Russia consistevano in medici militari, esperti di minacce biologiche, chimiche e radioattive. È stata inviata anche un'unità tecnica per lo studio degli agenti patogeni nel suolo e nelle superfici e per la loro decontaminazione, ma nessun dispositivo o equipaggiamento in grado di rilevare la presenza di COVID-19.

Il 18 marzo 2020, poco dopo l'inizio del lavoro di decontaminazione dei terreni avviato dai russi, il Ministero della Salute italiano ha sollevato decise perplessità supportate dall'assenza di riscontro scientifico che indicasse il terreno come fonte di infezione. Al contrario, alcune rilevanze del Ministero della Salute avrebbero indicato come le soluzioni utilizzate per "decontaminare" contenessero sostanze corrosive e acide dannose per i terreni stessi.

È stata la scelta dei siti disinfettati dai militari russi per il rischio biologico, chimico e radioattivo che ha portato all'improvvisa cessazione della loro missione di supporto da parte del governo italiano. *"Dalla Russia con amore"* è stata così interrotta prematuramente poiché le aree da bonificare scelte dai russi erano "stranamente" vicine a basi strategiche "sensibili" in cui sono presenti arsenali nucleari della Nato e in virtù di reiterati tentativi di raccogliere informazioni o dati associati ritenuti strategicamente sensibili.

Si rende a questo punto opportuna una considerazione in merito ai due epidemiologi russi giunti in Italia al seguito dell'unità militare di Mosca, la cui presenza non era stata preventivamente autorizzata dal governo italiano: Pshenichnaya, vicedirettrice dell'Istituto centrale di ricerche epidemiologiche, e Semenov, dell'Istituto Pasteur di San Pietroburgo, operavano presso la Rospotrebnadzor, struttura sanitaria che dal 27 gennaio 2020 aveva assunto il compito di gestione dell'epidemia (Santarelli, 2022). I due epidemiologi erano appena rientrati da Wuhan, in Cina, dopo aver preso parte alla delegazione internazionale dell'Oms che però, a causa delle restrizioni imposte dal governo cinese, non aveva dato risultati utili in termini di informazioni raccolte per preparare la strategia nazionale russa di contrasto al Covid (Santarelli, 2022). Pshenichnaya ha dichiarato che il suo obiettivo era quello di *«perfezionare la conoscenza dei medici russi sui metodi per trattare i pazienti con infezioni respiratorie acute e farli familiarizzare con le procedure di gestione del Covid-19 adottate nei diversi Paesi»*. Un aspetto interessante, associato a questa dichiarazione e all'attività di disinformazione e di attacco alla credibilità dello Stato italiano, è la pubblicazione in russo e inglese, due mesi dopo dalla loro partenza, il 9 aprile 2020, di un *paper* sulla situazione italiana palesemente critico nei confronti della gestione italiana del Covid-19 (Santarelli, 2022).

L'operazione russa in Italia può essere considerata a tutti gli effetti un'applicazione pratica della cosiddetta "guerra ibrida", utile a Mosca per garantirsi una supremazia momentanea nel contesto dell'emergenza sanitaria globale (Santarelli, 2022). La Cina, che aveva ben compreso le intenzioni russe, si è limitata a un supporto di consulenza avvenuto in videoconferenza; al contrario, l'Italia ha accolto, ospitato e dato un ampio margine di manovra ai militari russi che avrebbero così raccolto importanti informazioni sulla diffusione

e gestione del Covid-19 così da poter sfruttare questo vantaggio conoscitivo a proprio favore, mettendo in essere una campagna di propaganda interna e internazionale anche in funzione della fornitura del vaccino russo “Sputnik V”. La missione è stata dunque palesemente una missione dal triplice scopo: *in primis*, di spionaggio, raccogliendo informazioni strategiche sul virus presente in Italia (in funzione di una strategia di gestione della pandemia); in secondo luogo, di propaganda interna ed esterna, al fine di pubblicizzare i progressi russi e la validità del vaccino (in riferimento ai tentativi di far adottare il vaccino “Sputnik” dalle autorità di Paesi stranieri, tra i quali proprio l’Italia); in terzo luogo di “guerra informativa”, presentando all’opinione pubblica globale – attraverso il contributo dei due principali epidemiologi russi – l’incapacità italiana di gestione della pandemia.

## BIBLIOGRAFIA

- Accetturo, A., Albanese, G., Ballatore, R.M., Ropele, T. and Sestito, P., (2022). I divari territoriali in Italia tra crisi economiche, ripresa ed emergenza sanitaria [Regional inequality in Italy in the face of economic crises, recovery, and the health emergency]. Bank of Italy Occasional Paper, (685).
- Acemoglu, D. and Robinson, J.A., (2012). Why nations fail: The origins of power, prosperity, and poverty. Currency.
- Acter, T., Uddin, N., Das, J., Akhter, A., Choudhury, T.R. and Kim, S., 2020, Evolution of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARSCoV-2) as coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: A global health emergency. Science of the Total Environment, 730.
- Africa CDC & African Union (2021). Outbreak Brief n° 72: Coronavirus Disease 2019 Pandemic. 1 June.
- Ahn, C., Amer, H., Anglicheau, D., Ascher, N., Baan, C., Bat-Ireedui, B., Berney, T., Betjes, M.G.H., Bichu, S., Birn, H. and Brennan, D., 2020. Global transplantation COVID report March 2020. Transplantation. Algérie Presse.
- Albani M., H. K. (2014), Building Resilience through teamwork: seven tips that make it work. In R. Kupers, Turbulenc: “A corporate Perspective on Collaborating for Resilience” (pp. 79-84). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Alfano, V. and Ercolano, S., (2020). The efficacy of lockdown against COVID-19: a cross-country panel analysis. Applied health economics and health policy, 18(4), pp. 509-517.
- Algieri, G.M.A., 2022, Gestione delle emergenze e urgenze preospedaliere in teatro operativo: nuovi protocolli di addestramento del personale militare dell’Esercito. Gestione delle emergenze e urgenze preospedaliere in teatro operativo, pp.1-83.
- Allain-Dupré D., Chatry I., Michalun Varinia, Moisis A. (2020). The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis across levels of government, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19), 16 giugno 2020.
- Avis W. (2020), The COVID-19 pandemic and response on violent extremist recruitment and radicalisation, H4D, Helpdesk Report, University of Birmingham. In [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/808\\_COVID19%20\\_and\\_Violent\\_Extremism](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/808_COVID19%20_and_Violent_Extremism)

- Benharrats A., Bertolotti C., Camilleri J., Cheikh M., Dekhili A., El Houdaigui R., González Santamaría A., Hagu M., Khalifa H., Noura B., Opillard F., Palle A., Rbai M., Sanchez Herraes P., Seabra P., Shanbr S., Zahmoul F., Zammit-Cordina C. (2021). The repercussions of natural disasters, epidemics and pandemics on the security of 5 + 5 Countries (means of cooperation and mutual support), 2021 “5+5 Defense initiative” Research Document, CEMRES Tunis, 2021.
- Bertolotti, C., (2021). Introduction: terrorism at the time of Covid-19, in “#ReaCT2021 – 2nd Report on Radicalization and Counter Terrorism, START InSight & Formiche. In <https://www.startinsight.eu/en/react2021-2report-en/.sm.pdf>
- Bertolotti, C., (2020). Covid-19: serve un sistema di Difesa civile. In “Covid-19 e la sicurezza internazionale, 12 - Lezioni per l’Italia e l’Europa”, IAI – Istituto di Affari Internazionali, in <https://www.affarinternazionali.it/2020/04/covid-19-serve-un-sistema-di-difesa-civile/>.
- Bertolotti C., Trenta E., (2017). Resilienza collaborativa e prontezza civile, CeMiSS, Roma.
- Bosa, I., Castelli, A., Castelli, M., Ciani, O., Compagni, A., Galizzi, M.M., Garofano, M., Ghislandi, S., Giannoni, M., Marini, G. and Vainieri, M., (2022). Response to COVID-19: was Italy (un) prepared?. Health Economics, Policy and Law, 17(1), pp.1-13.
- Canelli, R., Fontana, G., Realfonzo, R. and Passarella, M.V., (2021). Are EU Policies Effective to Tackle the Covid-19 Crisis? The Case of Italy, in “Review of Political Economy”, 2021, pp.1-30.
- Capretto, V., (2020). La Marina e l’emergenza Covid-19. In: Notiziario della Marina n. 12 [online]. P. 13. Disponibile da: <https://www.marina.difesa.it/media-cultura/editoria/notiziario/Documents/2020/maggio/12.pdf>
- Chislett, W., (2021). Challenges and opportunities for Spain in times of COVID-19, Working Paper 01/2021, Real Instituto Elcano, April 2021.
- Cutolo, F., (2022). L’influenza “spagnola” e la Prima guerra mondiale: il caso italiano. Storicamente, 17.
- Decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52: Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell’epidemia da COVID-19. (21G00064), Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 96 del 22 aprile 2021.
- Disegno di legge C. 1268, Delega al Governo per la riforma della sanità militare mediante l’istituzione di un Servizio sanitario militare unificato interforze. Camera dei deputati, atti parlamentari.

- Ferrari G. (2014). Difesa civile e gestione crisi, Omega, Giornale dell'Osservatorio Mediterraneo di Geopolitica e Antropologia, 9 gennaio 2014. In <http://www.omeganews.info/?p=2390>.
- Fontana, O., (2020). Italian Euroscepticism and the COVID-19 Pandemic: Survey Insights, IAI Commentaries 90, December 2020.
- Gibson-Fall, F., (2021). Military responses to COVID-19, emerging trends in global civil-military engagements. *Review of International Studies*, 47(2), pp.155-170.
- Gjerstad S. e Molle A. (2020). Cause di morte per COVID19: non è l'età, ma la combinazione di alcune malattie (Chapman University), START InSight, in <https://www.startinsight.eu/cause-di-morte-covid19/>.
- Goldstein, B. E. (A cura di) (2012). Collaborative Resilience, Moving Through Crisis to Opportunity. London, England: The MIT Press - Massachusetts Institute of Technology.
- Greer, S.L., King, E.J., Massard da Fonseca, E., & Peralta-Santos, A. (2020). The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses. *Global Public Health*, 15:9, 1413-1416.
- Gristina, G.R., (2022), Il prezzo pagato alla pandemia dai malati non covid: le scatole cinesi della crisi sanitaria. *Recenti Progressi in Medicina*, 113(2), pp.90-96.
- Gurdasani, D. and Ziauddeen, H., (2022). The government wants us to learn to live with covid-19, but where is the learning?. *bmj*, 377.
- Han E., Mei Jin Tan M., Turk E., Sridhar D., Leung G.M., Shibuya K., et al. (2020), Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe, *Health Policy, The Lancet*, 24 settembre 2020, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32007-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32007-9).
- Han E., Mei Jin Tan M., Turk E., Sridhar D., Leung G.M., Shibuya K., et al. (2020), Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe, *Health Policy, The Lancet*, 24 settembre 2020.
- Healey, P. (1997), Collaborative Planning: Shaping Places in Fragmented Societies. Vancouver: UBC Press. Innes J. and D. Booher. (1999). Consensus building and complex adaptive systems: *Journal of the American Planning*, 4 (65), 412-423.
- Iacoboni J., Scontro Italia-Russia sul Covid, offerte di soldi e richieste di dati: ecco le pressioni di Mosca, *La Stampa*, 24 marzo 2022.
- INE, Instituto Nacional de Estadística (2021), Síntese INE@COVID-19, 12, February 2021.

- Khorram-Manesh, A., Mortelmans, L.J., Robinson, Y., Burkle, F.M. and Goniewicz, K., (2022). Civilian-Military Collaboration before and during COVID-19 Pandemic - A Systematic Review and a Pilot Survey among Practitioners. *Sustainability*, 14(2), p.624.
- Knobloch, L.K., Basinger, E.D., Abendschein, B., Wehrman, E.C., Monk, J.K. and McAninch, K.G., (2018). Communication in online forums about the experience and management of relational uncertainty in military life. *Journal of Family Communication*, 18(1), pp.13-31.
- Koh, D., (2020). COVID-19 lockdowns throughout the world. *Occupational Medicine*, 70(5), pp.322-322.
- Koor, J.G., Bacchi, S., Gupta, A.K. and Maddern, G.J., (2022). COVID-19 and the Ukraine–Russia conflict: warnings from history. *British Journal of Surgery*.
- Latal, S., (2020), Covid-19 raises geopolitical stakes in the Balkans. Prague: Prague Security Studies Institute.
- Mandel, A. and Veetil, V., (2020). The economic cost of COVID lockdowns: an out-of-equilibrium analysis. *Economics of Disasters and Climate Change*, 4(3), pp.431-451.
- Marini, C.M., Basinger, E.D., Monk, J.K., McCall, C.E. and MacDermid Wadsworth, S.M., (2022). Military couples' experiences in the aftermath of a cancelled deployment. *Family Process*.
- Marrone, A. and Credi, O., (2020). COVID-19: Which Effects on Defence Policies in Europe?. *Istituto di Affari Internazionali*, 9.
- Miconi, A., (2022). Note sociologiche sull'eccezione. Legalità e illegittimità nella gestione italiana del Covid-19. *Studi di estetica*, (23).ù
- National Research Council (2011), *Building Community Disaster Resilience Through Private-Public Collaboration*, Committee on Private-Public Sector Collaboration to Enhance Community Disaster Resilience, Division on Earth and Life Studies, Board on Earth Sciences and Resources, Geographical Sciences Committee, Committee on Private-Public Sector Collaboration to Enhance Community Disaster Resilience. Washington DC: The National Academies Press.
- Oh, H.S. and Woong, S., 2020, Strict containment strategy and rigid social distancing successfully contained COVID-19 in the military in South Korea. *Military Medicine*, 185(11-12), pp.476-479.
- Pichler, A. and Farmer, J.D., (2022). Simultaneous supply and demand constraints in input–output networks: the case of Covid-19 in Germany, Italy, and Spain. *Economic Systems Research*, 34(3), pp.273-293.

- Regionale, O.M.D.S.U., 2022. Una vita sana e prospera per tutti in Italia: rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia: relazione nazionale (No. WHO/EURO: 2022-5210-44974-64023). Organizzazione Mondiale della Sanità. Ufficio Regionale per l'Europa.
- Rosenberger, L., (2022). Africa's Strategic Pivots: From China's Rise to Tradeoff Between Battling Covid-19 and Violent Extremism. In: The Great Power Competition Volume 2 (pp. 269-291). Springer, Cham.
- Santarelli M., Dalla Russia con amore. Aiuti Covid o spionaggio dalla Russia? Cosa c'è dietro la missione dell'esercito russo a Bergamo, Agenda Digitale, 17 gennaio 2022.
- Senato della Repubblica, XVIII Legislatura, Doc. CLXIV n. 31, "Relazione sullo stato della spesa, sull'efficacia nell'allocazione delle risorse e sul grado di efficienza dell'azione amministrativa svolta dal ministero della Difesa, corredata del rapporto sull'attività di analisi e revisione delle procedure di spesa e dell'allocazione delle relative risorse in bilancio", (Anno 2020), pp. 24-25.
- Smith M. (2016), Collaboration for resilience, IUNCN - International Union for Conservation of Nature. Gland, Switzerland: The Rockefeller Foundation.
- Stiglitz, J.E., (2021). The proper role of government in the market economy: The case of the post-COVID recovery. Journal of Government and Economics, 1. p.100004.
- Teng, B., Wang, S., Shi, Y., Sun, Y., Wang, W., Hu, W. and Shi, C., (2022). Economic recovery forecasts under impacts of COVID-19. Economic modelling, 110. p.105821.
- Turchini, F., (2020). La resilienza al tempo del Coronavirus. In: Notiziario della Marina n. 12 [online]. P. 15. Disponibile da: <https://www.marina.difesa.it/media-cultura/editoria/notiziario/Documents/2020/maggio/12.pdf>
- Turnbull, L. and Bernier, L., 2022, Executive decision-making during the COVID-19 emergency period. Canadian Public Administration.
- Oh, H.S. and Woong, S., (2020). Strict containment strategy and rigid social distancing successfully contained COVID-19 in the military in South Korea. Military Medicine, 185(11-12), pp.476-479.
- Vacchiano, L.G., (2022). La concorrenza negli appalti pubblici tra disciplina ordinaria e disciplina derogatoria della fase emergenziale da Covid-19. La tutela degli interessi dei privati. Amministrativ@ mente-Rivista di ateneo dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico", (4).
- Van Ostaeyen P. (2020). The Islamic State and Coronavirus, Time for a Comeback? ISPI, Milan. In <https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/islamicstate-and-coronavirus-time-comeback-26166>

- Vese D. (2020). Managing the Pandemic: The Italian Strategy for Fighting COVID-19 and the Challenge of Sharing Administrative Powers, *European Journal of Risk Regulation*, 1-28, doi:10.1017/err.2020.82
- Wilén, N., (2021). The Military in the Time of COVID-19. *Prism*, 9(2), pp.20-33.
- Ye, M., (2021), The COVID-19 Effect: US-China Narratives and Realities. *The Washington Quarterly*, 44(1), pp.89-105.
- Zhao, X.Y., Xu, X.X., Yin, H.S., Hu, Q.M., Xiong, T., Tang, Y.Y., Yang, A.Y., Yu, B.P. and Huang, Z.P., 2020. Clinical characteristics of patients with 2019 coronavirus disease in a non-Wuhan area of Hubei Province, China: a retrospective study, *BMC infectious diseases*, 20(1), pp.1-8.
- Zhou, Y.R., (2022). Vaccine nationalism: contested relationships between COVID-19 and globalization. *Globalizations*, 19(3), pp.450-465.

## SITOGRAFIA

- Covi: la missione e i compiti. Fonte: Ministero della Difesa, in [https://www.difesa.it/SMD\\_/COI/Pagine/Cosa.aspx](https://www.difesa.it/SMD_/COI/Pagine/Cosa.aspx)
- Documento programmatico pluriennale della Difesa per il triennio 2022-2024, Ministero della Difesa, Edizione 2022, p. 26.
- Documento programmatico pluriennale della Difesa per il triennio 2022-2024, Ministero della Difesa, Edizione 2022, p. 27.
- EUROMIL Recommendations on Handling the COVID-19 Pandemic, 2020, in [https://euromil.org/wp-content/uploads/2020/05/201022\\_EUROMIL\\_Recommendation\\_AF\\_Pandemic.pdf](https://euromil.org/wp-content/uploads/2020/05/201022_EUROMIL_Recommendation_AF_Pandemic.pdf)
- Fondo Monetario Internazionale, “World Economic Outlook, July 2022” in <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2022/07/26/world-economic-outlook-update-july-2022>
- Fondo Monetario Internazionale, “World Economic Outlook, June 2020” in <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/06/24/WEOUpdateJune2020>
- Fondo Monetario Internazionale, “World Economic Outlook, June 2021” in <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/06/24/WEOUpdateJune2020>
- <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/>
- <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68998>
- <https://formiche.net/2020/03/covid-19-defender-europe-dibattito-fake-social/>
- <https://www.remocontro.it/2020/04/03/covid19-costringe-alla-ritirata-le-armate-nato-in-europa-e-la-portaerei-usa-roosevelt/>
- [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_501\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_501_allegato.pdf)
- <https://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=722&area=influenza&menu=vuoto>
- <https://www.thedefensepost.com/2020/03/11/norway-cancels-nato-exercise-cold-response-coronavirus/>
- International Monetary Fund, “Military spending in the post-pandemic era”, 2022, in <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2021/06/military-spending-in-the-post-pandemic-era-clements-gupta-khamidova.htm>
- La Difesa per l'emergenza Covid 19, Ministero della Difesa, 26 novembre 2020. Disponibile da: [https://www.difesa.it/Primo\\_Piano/Pagine/Difesa\\_per\\_emergenza\\_Covid.aspx](https://www.difesa.it/Primo_Piano/Pagine/Difesa_per_emergenza_Covid.aspx).

- Libro Bianco per la sicurezza internazionale e la difesa, Ministero della Difesa, 2015. In [https://www.difesa.it/Primo\\_Piano/Documents/2015/04\\_Aprile/LB\\_2015.pdf](https://www.difesa.it/Primo_Piano/Documents/2015/04_Aprile/LB_2015.pdf)
- Livre Blanc, Ministère de la Défense, 29 aprile 2013. In [http://education-defense.fr/IMG/pdf/livre\\_blanc.pdf](http://education-defense.fr/IMG/pdf/livre_blanc.pdf)
- Ministero dell'Interno, Difesa civile, in <https://www.interno.gov.it/it/temi/prevenzione-e-soccorso/difesa-civile>.
- Ministero della Difesa, Bilancio consuntivo, Rendiconto della Difesa - Anno 2020. In [https://www.difesa.it/AmministrazioneTrasparente/bilandife/Documents/bilanci\\_consuntivi/2020\\_120\\_2\\_Finanziario.pdf](https://www.difesa.it/AmministrazioneTrasparente/bilandife/Documents/bilanci_consuntivi/2020_120_2_Finanziario.pdf)
- Ministero della Difesa. Il duplice uso delle capacità della Difesa per scopi non militari ed a supporto della resilienza nazionale. Integrazione Linee programmatiche del Ministro della Difesa. Ministero della Difesa. In: [https://www.difesa.it/Content/Documents/2018\\_Ministero\\_Difesa\\_integrazione\\_linee\\_programmatiche.pdf](https://www.difesa.it/Content/Documents/2018_Ministero_Difesa_integrazione_linee_programmatiche.pdf)
- NATO, Resilience and Article 3, in [https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics\\_132722.htm](https://www.nato.int/cps/en/natohq/topics_132722.htm).
- Ministero della Difesa, Personale a tempo indeterminato Esercito, 2020 Periodo di riferimento 1 gennaio 2020 - 31 dicembre 2020, in Amministrazione trasparente: [https://www.difesa.it/AmministrazioneTrasparente/bilandife/Documents/bilanci\\_consuntivi/2020\\_120\\_2\\_Finanziario.pdf](https://www.difesa.it/AmministrazioneTrasparente/bilandife/Documents/bilanci_consuntivi/2020_120_2_Finanziario.pdf)
- Ministero della Difesa, Ufficio Centrale del Bilancio e degli Affari Finanziari, Legge 30 dicembre 2021, n.234 (legge di bilancio), ripartizione degli stanziamenti per funzioni di programmazione. In [https://www.difesa.it/AmministrazioneTrasparente/bilandife/Documents/Bilancio\\_prev\\_2022/Rappresentazione\\_grafica\\_del\\_bilancio\\_della\\_Difesa\\_E\\_F\\_2022.pdf](https://www.difesa.it/AmministrazioneTrasparente/bilandife/Documents/Bilancio_prev_2022/Rappresentazione_grafica_del_bilancio_della_Difesa_E_F_2022.pdf).
- OCSE, 2019, in <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Chartset.pdf>
- Operazione EOS. Somministrazioni vaccinali a favore della popolazione civile, Ministero della Difesa, 9 giugno 2021. In [https://www.difesa.it/SMD\\_/Avvenimenti/Operazione\\_EOS/Pagine/default.aspx](https://www.difesa.it/SMD_/Avvenimenti/Operazione_EOS/Pagine/default.aspx); e Al via operazione Eos della Difesa per trasporto vaccini, Ministero della Difesa, 23 dicembre 2020. In [https://www.difesa.it/Primo\\_Piano/Pagine/Al-via-operazione-EOS-della-Difesa-per-trasporto-vaccini.aspx](https://www.difesa.it/Primo_Piano/Pagine/Al-via-operazione-EOS-della-Difesa-per-trasporto-vaccini.aspx).
- Pew Research Center. Disponibile da: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/04/13/6-facts-about-the-u-s-military-and-its-changing-demographics/>

- Ragioneria Generale dello Stato: [https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita\\_istituzionali/monitoraggio/spesa\\_sanitaria/2019/index.html](https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/attivita_istituzionali/monitoraggio/spesa_sanitaria/2019/index.html)
- Strategic Concept for Portuguese Development Cooperation, 2013. In [https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/conctestratg\\_eng\\_v2.pdf](https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/conctestratg_eng_v2.pdf)
- Von der Leyen, Yahoo News, 21 Maggio 2021, “Mondo preso alla sprovvista”, in <https://www.yahoo.com/amphtml/covid-von-der-leyen-mondo-122405810.html>
- World Bank, 2022 “Stagflation Risk Rises Amid Sharp Slowdown in Growth”, in <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/06/07/stagflation-risk-rises-amid-sharp-slowdown-in-growth-energy-markets>
- World Bank, 2022, “Risk of Global Recession in 2023 Rises Amid Simultaneous Rate Hikes” in <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2022/09/15/risk-of-global-recession-in-2023-rises-amid-simultaneous-rate-hikes>

## **Nota sull'IRAD e Nota sull'Autore**

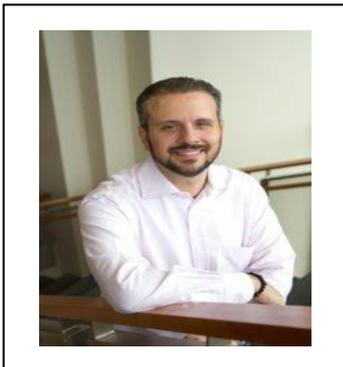
### **IRAD**<sup>42</sup>

L'Istituto di Ricerca e Analisi della Difesa (IRAD) è l'Organismo che gestisce, nell'ambito e per conto del Ministero della Difesa, la ricerca su temi di carattere strategico.

Costituito come Centro Militare di Studi Strategici (Ce.Mi.S.S.) nel 1987 e riconfigurato come IRAD nel 2021 a seguito dell'entrata in vigore della Legge 77/2020 - art. 238 bis, l'IRAD svolge la propria opera avvalendosi di esperti civili e militari, italiani ed esteri, in piena libertà di espressione di pensiero.

Quanto contenuto negli studi pubblicati riflette quindi esclusivamente l'opinione del Ricercatore e non quella del Ministero della Difesa.

### **Andrea Molle, Ph.D., FRAS**



Senior Research Fellow, Orange (California, Stati Uniti) - Scienziato sociale quantitativo e computazionale. Dal 2012 è Assistant Professor di Scienze Politiche e Ricercatore associato all'Institute for the Study of Religion, Economics, and Society della Chapman University; dal 2020 è Senior Associate Fellow presso START InSight (Svizzera). Dal 2006 al 2008 è stato JSPS Fellow in Antropologia al Nanzan

Institute for Religion and Culture (Nagoya, Giappone). La sua ricerca si concentra prevalentemente sui temi di religione e politica, relazioni internazionali, violenza religiosa, eventi catastrofici, teorie cospirazioniste ed estremismo militante, e sullo studio delle arti marziali e del warfare. Tiene lezioni e seminari e ha pubblicato numerosi libri e articoli su riviste scientifiche di sociologia, antropologia e delle scienze politiche.

---

<sup>42</sup> [http://www.difesa.it/SMD\\_/CASD/IM/CeMiSS/Pagine/default.aspx](http://www.difesa.it/SMD_/CASD/IM/CeMiSS/Pagine/default.aspx)

ISBN 979-12-5515-033-6



9 791255 150336