Comando Carabinieri per la Tutela della Salute
- N.A.S. DI GENOVA –

---------- o 0 o ----------

OGGETTO: Trascrizione integrale della registrazione audio/video denominata "**CTS del 10-05-2021 ore 18.00**", acquisita da questo Nucleo in data 01.04.2022 nell'ambito del. p.p. 12914/21/44 R.G.N.R. della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Genova.

L'anno 2022, addì 04 del mese di aprile alle ore 09:00, il sottoscritto Ufficiale di P.G Mar. Capo Antonio PIRO MONDA, in servizio presso il reparto in intestazione, dà atto di aver proceduto all'ascolto ed alla trascrizione della registrazione audio/video allegata al f.n. 55/15-45-2021 di prot. afferente alle operazioni effettuate in esecuzione all'Ordine di Esibizione di Atti e Documenti emesso il 30/03/2022 nell'ambito del Procedimento Penale n. 12914/21/44 iscritto alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Genova, a firma dei Pubblici Ministeri dottor Stefano Puppo e dottoressa Francesca Rombolà ---//

Procedimento Penale nr. 12914/21/44 RGNR			
ID. PROG.	CTS del 10-05-2021 ore 18.00	**TIPO**	Registrazione audio/video
DURATA		02:20:07	
DATA/ORA		18:00 del 10.05.2021	
NOTE	Registrazione della video conferenza tra i membri del Comitato Tecnico Scientifico avvenuta alle ore 18:00 del 10.05.2021.		

LOCATELLI Franco: ...il generale Bonfiglio e Donato Greco, è corretto?
GRECO Donato: Si
ABRIGNANI Sergio: Buongiorno Generale
LOCATELLI Franco: Se non abbiamo urgenze che vengono a configurarsi, io direi che potremmo tirarla già a venerdì...con la prossima...aggiornamento dei dati epidemiologici, insomma...
ABRIGNANI Sergio: A che ora Franco? Così mi blocco l'agenda
LOCATELLI Franco: Proviamo a fare dalle 13 alle 15?
ABRIGNANI Sergio: Va benissimo...agli altri va bene?
Io...io...scusate ma in realtà è una cosa che non ho mai verbalizzato ma insomma ne approfitto adesso. Io cercherei di non andare mai oltre alle due ore di riunione sia perché poi diventano difficili da accomodare da parte di ognuno di noi, sia perché dopo due ore si viene presi diciamo da una certa stanchezza...
PALU' Giorgio: Franco scusami, io vorrei giustificarmi venerdì perché ho un impegno internazionale a cui non posso rinunciare ecco, quindi...grazie eh.
LOCATELLI Franco: Niente, quindi ti diamo già per assente
PALU' Giorgio: ...giustificato...
LOCATELLI Franco: ...ovviamente...

ABRIGNANI Sergio: Allora metto alle 13 di venerdì 14
LOCATELLI Franco: Sì. Se non ha obiezioni Silvia direi proprio di sì
FIORENTINO Sergio: ...Brusaferro, ci siamo dimenticati
LOCATELLI Franco: Faccio una battuta ad Abrignani se riesci a sentirmi per un accadimento importante di ieri... ma che soddisfazione c'è stata per l'inter vedere crollare la juve
ABRIGNANI Sergio: il Milan che vince non è mai allegro per noi ma vedere la Juve umiliata...la champions (incomprensibile)...
LOCATELLI Franco: Ciao Alessia!
MELEGARO Alessia: Ciao!
FIORENTINO Sergio: io ho guardato il tennis non mi interesso di calcio...
LOCATELLI Franco: pensavo tu fossi un tifoso di Badminton dalle competenz...
FIORENTINO Serio: Purtroppo il calcio non mi ha mai appassionato...nelle ultime settimane diciamo...
LOCATELLI Franco: Mancano ancora Beppe, Cinzia, Silvio, Ciciliano che però aveva detto che si sarebbe connesso viaggiando... e Gianni Rezza
LOCATELLI Franco: Ecco Cinzia! Ancora auguri! Anche se in ritardo te li facciamo di persona...Buon genetliaco!
CAPORALE Cinzia: Grazie, grazie, grazie!
LOCATELLI Franco: ...una battuta scherzosa...oggi hai la stanza molto più illuminata non con quella luce cupa...
CAPORALE Cinzia: No ma la verità e che, effettivamente uno lo trascura poi il compleanno ma di questi tempi, invece è bello...uno lo vive diversamente. Insomma alla fine... Poi ho visto mamma, dopo un anno, insomma...Finalmente vaccinata, tutti vaccinati.
PALU' Giorgio: Ma la sciarpa ce l'hai perché hai le finestre aperte oltre alla mascherina... è anticovid?!
CAPORALE Cinzia: No guarda, sai una cosa? Intanto vezzosamente una cosa che mi piace avere...ma ho scoperto che tenendo la sciarpa... anche quando...tenendo le finestre aperte ma non solo ehm, non so se è una questione di cervicale ma ogni tanto mi fischiano le orecchie, per il collo storto che prendo freddo...quando tengo la sciarpa non mi fischiano le orecchie...quindi... A periodi mi succede quando dormo male che... senti quella specie di fischiettino fastidioso. Allora m'han detto: provi a mettere una sciarpa...Infatti hanno ragione perché mettendo la sciarpa uno non lo sente
LOCATELLI Franco: Allora sono le 6:05. Io sollecito un attimo Beppe Ippolito e Silvio Brusaferro. Ah, Silvio mi scrive sono un po' in ritardo. Mi collego appena arrivo, a tra poco. Generale posso chiederle se fa lei un contatto con Fabio Ciciliano?
GEN. BONFIGLIO: Sì, lo faccio io. Chiamo io. Chiamo io... *(dopo la comunicazione)* Ciciliano si collega con qualche minuto di ritardo perché ha una riunione in concomitanza e...intanto dice si può iniziare da parte sua. Si collega subito dopo, cioè nel giro di un paio di minuti.
FIORENTINO Sergio: *(inc.)* avete letto questa polemica delle Regioni...
CAPORALE Cinzia: Quale?
FIORENTINO Sergio: Diciamo che contestano gli RT sui sintomatici
LOCATELLI Franco: Allora Gianni Rezza si sta collegando...Sentiamo Beppe *(dopo breve telefonata ndr.)*... Si sta per collegare Beppe Ippolito, quindi ancora due minuti di pazienza
PALU' Giorgio: Franco se giustamente dai le due ore precise hai anche tutto il titolo e diritto per pretendere la puntualità, no?! 10 minuti accademici potremmo evitarli.
LOCATELLI Franco: Hai ragione, che ti devo dire io...
ABRIGNANI Sergio: Però sai cos'è che questo...il primo punto all'ordine del giorno...secondo me è

fondamentale che ci sia l'Istituto Superiore di Sanità, il Direttore Generale alla Prevenzione...perché insomma, parliamoci chiaro, non è facile. Quel punto, io vorrei tanto che ci fossimo tutti, o perlomeno, a meno che uno non ha argomenti ovviamente *(si sovrappongono)*

LOCATELLI Franco: Hai ragionissima...soprattutto per il Direttore Generale per la Prevenzione...

ABRIGNANI Sergio: Non esserci quando si discute quel punto, insomma...

FIORENTINO Sergio: Possiamo semmai investire

PALU' Giorgio: A maggior ragione Sergio

(si sovrappongono)

ABRIGNANI Sergio: No appunto, però voglio dire non...È un punto delicato, è un punto importante, è un punto in cui ci assumeremo delle responsabilità anche se noi siamo advisor...Ma ci assumeremo delle responsabilità che o faranno arrabbiare i vaccinatori che vogliono abbassamento o facciamo arrabbiare quelli che vogliono invece che rimanga...che venga dato soltanto a ottanta anni, quindi ...settanta anni...

LOCATELLI Franco: Allora Beppe Ippolito si è collegato, quindi mancano Rezza, Brusaferro e Ciciliano

IPPOLITO Giuseppe: Buongiorno!

LOCATELLI Franco: Vogliamo raccogliere l'invito dell'avvocato Fiorentino? E partire dal secondo punto dove mi pare che il processo decisionale sia più rapido e tutto sommato semplice?

PALU' Giorgio: Si!

MELEGARO Alessia: Si si!

LOCATELLI Franco: Allora, anche perché son le 18:10...Adesso davvero è...insomma, il tempo di attesa è più che congruo...Donato posso chiederti la cortesia di fare un resumè per tutti di quanto hai declinato in maniera assolutamente precisa e puntuale sul documento che ci hai circolato?

GRECO Donato: A che cosa ti riferisci scusa, non...Parliamo delle Regioni? O parliamo di che cosa?

LOCATELLI Franco: No...al dato della rilevazione della temperatura corporea, se dava l'indicazione...

GRECO Donato: Ti ringrazio, dunque...Ho fatto una analisi di una decina di pagine però, come ti ricorderai, nella riunione del 5 si era detto e tu stesso hai proposto che io avrei condiviso questo lavoro con Brusaferro e con Rezza. Io sabato sera ho mandato questo testo per conoscenza a te, a Brusaferro e a Rezza, per cui attendo le loro osservazioni...E mi sembra che senza le loro osservazioni sarebbe un attimo prematuro discutere di questo documento.

LOCATELLI Franco: Però almeno riassumi quelle che sono le argomentazioni principali a favore del non considerare più la rilevazione della temperatura corporea piuttosto che in direzione opposta. Almeno cominciamo con una riflessione condivisa in attesa poi che Rezza e Brusaferro ci facciano avere il loro contributo.

GRECO Donato: Si, d'accordo. Ho raccolto una trentina di pubblicazioni e ho rivisitato i siti istituzionali, C.D.C., O.M.S., anche il sito inglese, il sito canadese e quello australiano e...dunque, queste venti pubblicazioni, che anche si rifanno a precedenti esperienze...parliamo della Sars, dell'Ebola, della pandemia H1N1...L'uso della rilevazione della temperatura è stato sostanzialmente limitato all'ingresso in Paese quindi a porti, aeroporti e stazioni ferroviarie. Non c'è una documentazione allora vecchia sull'uso domestico...Mentre invece, proprio negli ultimi mesi, parliamo tra ottobre 2020 ed aprile 2021, sono usciti una dozzina di lavori che invece hanno valutato l'uso di questa misura della temperatura anche nella popolazione civile, quindi negli istituti pubblici eccetera...Il risultato è semplice insomma ehm...il potere predittivo, chiaramente voi sapete il potere predittivo è una capacità di uno screening, di identificare i veri positivi oppure i veri negativi...Valore predittivo positivo, valore predittivo negativo. E mentre il valore predittivo negativo è costantemente intorno al 100% per cui se

hai una febbre vera, il termometro la vede. Il potere predittivo positivo non arriva al 5, al 6, al 10% nella migliore delle ipotesi, ma chiaramente è variabile come tutti gli screening a seconda della prevalenza dell'evento che noi andiamo a vedere...Per cui se arriva l'aereo con 80 indiani, di cui 40 sono infetti e febbrili, è chiaro che il valore predittivo di quello screening diventa elevato. Se invece si tratta di entrare all'Istituto Superiore di Sanità o all'A.I.F.A. o al supermercato e avere misurato febbre, il valore predittivo non arriva nemmeno a 1...Che significa che nel 99% dei casi lo strumento è inutile e quindi...tant'è che le linee guida di quegli Enti che vi ho citato, di fatto, o non citano affatto la misurazione della temperatura oppure quelli che la citano, la citano esclusivamente come misura di frontiera per questa...e tutti quanti sono valutazioni che si fermano sostanzialmente alla metà dell'anno 2020. Quindi siamo... a fronte di questo, tentando di fare una stima della varianza, della prevalenza e della precisione della misura e costantemente la visura non vale la pena. Il costo è sostanzialmente, non tanto il costo dell'apparecchio, anche se alcuni scanner costano molto, stanno pure i body scanner...ma il termometro semplice costa pochi euro, quello a infrarossi, e hanno una precisione con un certo margine di errore, anche questo significativo e ben documentato in varie pubblicazioni...quindi...mentre invece il costo principale è il costo delle persone, che dietro al termometro c'è qualcuno che te la misura. E questo normalmente impiega l'interno della giustizia, di buona parte delle istituzioni, oppure 24 ore nei negozi aperti 24 ore insomma...impegna parecchio. Quindi diciamo che il costo non è trascurabile...Assunto che il guadagno che è, diciamo è nullo sostanzialmente. C'è da dire due cose: la prima cosa che, il fatto che per quasi un anno che questa misura è stata adottata, l'ha resa consolidata nella popolazione, quindi la rimozione di colpo potrebbe avere degli effetti negativi...sul piano etico, spero che Cinzia concordi, che se la misura è inefficace, per definizione, una misura inefficace non è eticamente accettabile insomma. Sul piano operativo mi sembra che si debba lasciare fermo lo screening della temperatura nei porti e negli aeroporti, sarebbe transfrontaliero...Anche a seconda delle situazioni come è stato recentemente con l'importazione di persone dall'India e probabilmente converrebbe mantenerlo negli ambienti sanitari, all'interno di ospedali, di reparti, negli ambienti diciamo di alto rischio. Meglio invece potrebbe essere rimosso dagli ambienti domestici e dagli ambienti di vita civile...Però ripeto insomma, ho speso un bel po' di tempo a scrivere una ventina di pagine, quindi sarei contento dopo le osservazioni di Rezza e di Brusaferro, di mandarvi un testo in qualche modo concordato insieme.

LOCATELLI Franco: Si allora adesso diamo subito la parola a Gianni ma proprio perché c'era stato tra virgolette un investimento su di te per elaborare questa posizione, ho voluto metterla all'ordine del giorno perché almeno cominciamo a discuterne, poi socializzerò il documento una volta ricevuti i contributi dalla Direzione Generale della Prevenzione e dall'Istituto, alla prossima riunione per inciso, Silvio, dicevo che potremmo fare la prossima riunione, salvo richieste urgenti che dovessero venire a concretizzarsi, venerdì dalle ore 13 alle ore 15. Per te può andare? *(dopo segnale di approvazione di Silvio Brusaferro ndr)* Ok perfetto. Quindi dicevo una volta integrati i contributi da Gianni e da Silvio, proprio perché adesso cominciamo anche già a parlarne, venerdì potremmo arrivare a una presa di posizione definitiva da parte del C.T.S...Gianni?

REZZA Giovanni: Si io ho letto *(inc.)* molto ben documentato. Devo dire che non mi sono impegnato molto nella lettura ancora perché insomma era il weekend...uno dei primi weekend in cui c'era la possibilità di non lavorare troppo (*ride ndr*), però l'ho trovato ben documentato e in gran parte condivisibile, noi del resto come Ministero abbiamo sempre raccomandato la, lo screening della temperatura soprattutto a livello aeroportuale come sapete eeee...certamente diciamo che è stato pure un po' un senso di sicurezza diciamo... così di allerta no, nel setting aeroportuale il fatto che comunque sia ci sia un'attenzione alla misurazione di alcuni parametri anche se su quello ricordate

all'epoca della Sars, ci furono delle valutazioni discordanti insomma sull'utilità della misurazione della temperatura però, è vero pure che, come giustamente ricordava Donato, se la prevalenza di infezione o di malattia è particolarmente elevata, il valore di questo strumento di misurazione cresce. Ho un aneddoto personale, insomma io d'estate non riesco mai a entrare qua al Ministero perché dopo che arrivo in macchina e faccio qualche metro sotto il sole per circa mezz'ora, ho la temperatura che supera i 37,5°, specialmente se viene misurata nell'androne quello dove ci sbatte il sole, dopo se andata a misurarvi con una pistola, vi accorgete che c'è quasi un grado di differenza e quindi, chiaramente, a seconda della taratura anche dello strumento la variabilità è enorme. È pur vero che la popolazione è abituata, c'è un senso un po' più di sicurezza nel momento in cui la misurazione viene effettuata, qualche sintomatico potrebbe pure essere identificato e quindi d'emblée dare una raccomandazione in senso opposto potrebbe, se, se i costi sono elevati chiaramente è giusto non ricorrere a questo tipo di misura, potrebbe in qualche modo, come ha ricordato Donato stesso, destare qualche perplessità. Però diciamo che in questi giorni provo a girare il documento e arrivare anche a delle valutazioni per iscritto sicuramente...però in linea di massima...

LOCATELLI Franco: Silvio? Volevi commentare?

BRUSAFERRO Silvio: No io credo che il lavoro che ha fatto Donato è un ottimo lavoro perché fondamentalmente, già se ricordate già all'inizio, sul piano della temperatura c'è una discussione, tanto più oggi quindi...io credo che si tratterà di rimodulare quelle iniziative laddove ci sono accordi internazionali o situazioni in cui forse non ha senso muoverci in maniera unilaterale, viceversa laddove, oggi viene ripetuto no... più volte si può cominciare a pensare di alleggerire quindi credo che il lavoro che ha fatto Donato è completo, è analitico, l'ho girato anche ai nostri ricercatori coì possono poi eventualmente dare qualche ulteriore contributo ma direi che l'impostazione generale è un'impostazione che...solida sostanzialmente...E ripeto dobbiamo solo modularlo rispetto a quelle situazioni in cui ci sono accordi che vanno al di là insomma delle nostre considerazioni e che richiedono armonizzazione in questo senso, credo che sia...ma credo che già Donato lo dicesse quando ci siam parlati l'altra volta...

GRECO Donato: E si, e si...

LOCATELLI Franco: Altri commenti?...Cinzia, prego...

CAPORALE Cinzia: Allora, intanto grazie di questo spunto...mi piacerà insomma leggere bene poi la nota finale e vedere soprattutto le considerazioni...certamente una cosa che non ha fondamento scientifico non può essere diciamo adottata così a cuor leggero e...diciamo...la mia preoccupazione deriva dal fatto che noi non...insomma abbiamo fatto poca attenzione come Paese in generale rispetto alle decisioni del C.T.S. del passato oppure decisioni anche politiche del passato, alla comunicazione pubblica, che è un fattore che ha valenza etica anch'essa. Allora, nel momento in cui venisse fuori la notizia che noi abbiamo valutato la temperatura come inessenziale, da valutare, ci possono essere due effetti: uno, diciamo un abbassamento della presa in carico di se stessi nella gestione della salute, cioè le persone che, non so, sentono un po' di febbre, dicono vabbè non è una cosa correlata più al covid, pazienza, avrò un po' di febbre e quindi magari ritardano di fare un tampone, ritardano di fare mente locale ai tipi di sintomi che hanno...insomma sottovalutano il sintomo febbre e questo invece non andrebbe mai sottovalutato a livello individuale. Un conto è dire che non va messo il rilevamento della temperatura all'ingresso di un negozio, un conto è dire *(inc.)* in questo periodo pandemico, dovesse sentire di avere la febbre non deve misurarsela e non deve far caso a come è l'andamento della sua temperatura. Quindi credo che questo sia un problema cioè nella comunicazione, fare attenzione ehm, diciamo rimarcare la necessità che invece a livello individuale la temperatura è un criterio, è uno degli elementi a cui fare attenzione...E lo stesso a livello pubblico, cioè...finora era uno

dei pochi punti certi no, questo della temperatura, non vorrei che poi le persone con la temperatura, che non fanno il tampone, pensano che la temperatura non sia più così importante rispetto al covid, poi vadano in giro essendo ammalati ehm...più facilmente...Dobbiamo da un lato affermare quello che c'è da affermare secondo la letteratura scientifica a cui io evidentemente aderisco, dall'altra però dobbiamo fare una comunicazione, un wording, come dire, molto attento rispetto alle responsabilità individuali, è veramente importante questo.
GRECO Donato: Mi pare molto buona questa tua osservazione Cinzia, la condivido in pieno. Chiaramente, non avendo letto il documento *(inc.)* mi sento un po' di imbarazzo a discuterlo con voi che non lo avete visto. Mi sembra che senz'altro, appena ricevo i commenti di Gianni e di Silvio, ve lo mando e così avremo una discussione più approfondita ma condivido pienamente le sue osservazioni che intanto già incomincio a metterle come modifica del testo.
CAPORALE Cinzia: Ottimo, grazie!
LOCATELLI Franco: Altri commenti? *(breve pausa ndr)* Ok allora io direi che possiamo esaurire qui la discussione...Prego Sergio *(riferito a FIORENTINO che ha alzato la mano per intervenire ndr)*
FIORENTINO Sergio: volevo solamente dire...volevo dire che forse, in vista della prossima riunione, dovremmo anche verificare se in passato, come C.T.S. abbiamo *(inc.)* è stato messo come obbligatorio la rilevazione della temperatura all'ingresso dei locali, degli esercizi...perché adesso dire che tutto questo non aveva fondamento scientifico...posto che abbiamo generato anche dei costi non indifferenti per cui...*(si sovrappongono – incomprensibile)* questo lo dovremmo dire sulla base di sopravvenuti studi scientifici e quindi *(scarsa connessione – incomprensibile)*
GRECO Donato: Hai una orribile telecamera Sergio! Sei bruttissimo! *(risate)*
GEN. BONFIGLIO: ...e anche l'audio!
LOCATELLI Franco: Si forse converrebbe a Sergio che magari togli il video e vediamo se così migliora l'audio...perché ti sentiamo in maniera assolutamente frammentata
FIORENTINO Sergio: Mi avete sentito?
LOCATELLI Franco: Ti sentiamo meglio adesso.
GRECO Donato: Ci impegniamo a fare la revisione dei documenti passati
FIORENTINO Sergio: Si!
LOCATELLI Franco: Si, comunque per tornare all'osservazione che facevi, certamente, al massimo si potrebbe scrivere, non andando oltre a quello che si sono accumulate nuove evidenze scientifiche che ridimensionano l'utilità di una rilevazione di temperatura al di fuori di determinati contesti. Non certo che quanto è stato effettuato in passato è stata una scelta sbagliata e priva di un fondamento appunto scientifico.
GRECO Donato: Certamente, certamente
LOCATELLI Franco: Allora, io direi che esauriamo questo punto dicendo appunto che invitiamo Silvio Brusaferro e Gianni Rezza a farti avere i loro commenti quanto prima possibile in maniera tale che poi tu attraverso l'avvocato FIORENTINO, circoli inoltre il documento a tutti i componenti del C.T.S. per loro ponderata valutazione in vista di una discussione definitiva che avrà corso nella prossima riunione, a meno che la medesima non sia troppo ravvicinata rispetto alla corrente, quindi non compatibile con una valutazione con calma effettuata del documento che tu ci fornisci...va bene?
GRECO Donato: Grazie, si grazie!
LOCATELLI Franco: Ok, perfetto. Allora possiamo riprendere l'agenda, in particolare andare sul primo punto all'ordine del giorno che è quello poi, come ha giustamente ricordato Sergio Abrignani prima che si connettessero e collegassero alcuni colleghi, uno tra i più rilevanti che ci siamo mai trovati ad affrontare prima...e in particolare il tutto si riferisce alla possibilità di dare una raccomandazione,

indicazione, suggerimento di eventuale abbassamento, come ci è stato richiesto nel parere formulatoci dal Ministro Speranza, per i vaccini a RnA nella fascia di età 50-59. Per introdurre la discussione provo a ricapitolare alcuni punti...

GRECO Donato: Per i vaccini a vettore, vero?

LOCATELLI Franco: Si, a vettore adenovirale, si. Quindi per capirci, scusami se ho detto a RnA, è stato un lapsus, quindi vaccini di AstraZeneca e il vaccino di Johnson&Johnson. Provo a ricapitolare alcuni numeri e alcune informazioni che sono in nostro possesso. *(a questo punto Locatelli legge documenti dal monitor ndr).* Il primo numero è quello del denominatore della popolazione residente nel Paese in questa fascia di età. Siamo a 9.707.341 persone residenti nel Paese alla rilevazione del 7 di maggio, compresi in questa fascia di età. Di questi va detto che, a oggi, a una valutazione di pochi minuti fa sul sito ufficialmente gestito dalla Struttura Commissariale c'è un 22,7% che ha ricevuto la prima dose e un 8,79% che ha ricevuto l'intera schedula vaccinale e quindi le due dosi...per cui poco più di un quinto o poco meno di un quarto se preferite ha ricevuto una dose di vaccino e un po' meno di un decimo ha ricevuto l'intero ciclo vaccinale. Il tipo di vaccino abbiano ricevuto in questa fascia di età è un po' più difficile da definirsi, teniamo presente che quando per esempio si è deciso di dar corso alla vaccinazione tra il personale scolastico, docente non docente, piuttosto che tra le forze dell'ordine, erano impiegate entrambe le tipologie di vaccini. Come da nostra richiesta, il Ministero della Salute, in particolare nella figura della dottoressa Zaino, ci ha fornito il numero di vaccini che saranno resi disponibili in Italia nei mesi di maggio e giugno. In particolare per il mese di maggio avremo 12.500.000 di vaccini a RnA, 11 Pfizer e 1,5 Moderna, 3.900.000 di vaccini con vettore adenovirale, 2.700.000 AstraZeneca, 1.200.000 Johnson&Johnson. Nel mese di giugno i numeri sono sostanzialmente simili per quel che riguarda i vaccini a RnA, perché da 12.500.000 andiamo a 13.500.000 con mezzo milione in più di Pfizer quindi 11.500.000 e mezzo in più di Moderna, quindi andiamo a 2, mentre c'è un grosso incremento di vaccini a vettore adenovirale perché Johnson&Johnson da 1.200.000 sale a 5.700.000 e...inutile ricordare che questa tipologia di vaccino richiede una sola dose di somministrazione e il vaccino di AstraZeneca da 2.700.000 passa a 4.500.000. Questa prima premessa la integro con un paio di informazioni successive che sono le seguenti: nella fascia di età 50-59, da dati che erano stati circolati da Agenas, il tasso di letalità era del 6 x 1000 o se preferite 0,6% *(per fornire i dati statistici Locatelli consulta dei documenti sulla scrivania ndr.)*, e in un documento congiunto era stato prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità e INAIL, la distribuzione percentuale dei decessi era 4,4% di tutti i decessi tra i maschi e 1,9% di tutti i decessi tra le femmine. L'ultima informazione ancora che vi do è che di fatto, vi è nel periodo analizzato tra il 20di febbraio e il 30 di novembre del 2020, una distribuzione percentuale, poi eventualmente Silvio potrà correggermi, che indica questa come la fascia di età in cui si sono concentrati percentualmente più casi: 18,2 e 18,1%, quando nella decade sottostante quindi 40-49, la percentuale dei casi di covid19 era di 15,2 tra i maschi e 16,6 nelle femmine. Ci siamo già soffermati nella scorsa riunione su un punto relativo all'analisi che sostanzialmente aveva fatto E.M.A., di contestualizzazione del beneficio per differenti gruppi di età e differenti contesti di circolazione virale. Ora, fermandoci solo sullo scenario relativo alle morti, in un contesto di elevata circolazione virale c'era un risparmio, scusate il termine è brutto ma almeno ci capiamo, *(continua la consultazione di documenti cartacei ndr.)* di 14 morti a fronte di 1,1 caso di trombosi inusuale con associata trombocitopenia, in uno scenario di circolazione chiamiamolo intermedio i decessi che potevano essere prevenuti erano di 8, sempre a fronte ovviamente di uno a uno, in uno scenario di bassa circolazione non è neanche da considerare perché era uno, un decesso prevenuto a fronte di 1,1 di situazione di circolazione appunto bassa di trombosi inusuale con trombocitopenia. Aggiungo ancora

e poi davvero mi fermo e apriamo la discussione, che J&J non ha avuto limitazioni di età da parte né di Food & Drug Administration nè da parte di E.M.A., come del resto è successo per AstraZeneca, io, ed è di oggi la notizia che, la Germania considera il vaccino di J&J per tutti i soggetti adulti senza indicazione di uso preferenziale...ehm...di fatto, tutto questo, secondo me, pone il contesto nostro di valutazione in una prospettiva tale che le due tipologie di vaccini, per quanto basati entrambi su un vittore adenovirale, sia un pochino differente rispetto a invece a quanto uno poteva pensare sulla base della similarità della piattaforma virale su cui si articolano questi due tipi di vaccini. Ancora, e poi davvero mi taccio, ricordo che in realtà teniamo ben presente che l'Agenzia Italiana del Farmaco, quindi A.I.F.A. non ha e di conseguenza poi anche il Ministero della Salute, non ha, ovviamente ce lo siamo ricordati molte volte, assolutamente proibito l'uso nei soggetti più giovani, ha indicato un uso preferenziale dei due vaccini sopra i 60 anni di età, che poi è la ragione che ha spinto il Ministro della Salute a richiederci questo parere. Questa è un po' l'introduzione di contesto. Chi vuole iniziare con gli interventi? Sergio Abrignani... grazie Sergio. Poi c'è Giorgio Palù.

ABRIGNANI Sergio: Ok, se guardiamo i numeri...allora assumiamo di essere in una condizione di media circolazione di virus, quindi assumiamo di evitare con la vaccinazione in questa fascia di età, circa 3 morti, se ho capito bene i tuoi numeri Franco, perché erano 8 con alta circolazione, 3 con bassa circolazione...

LOCATELLI Franco: No erano 8 in circolazione intermedia e 14 in alta circolazione...

ABRIGNANI Sergio: Diciamo che evitiamo...

LOCATELLI Franco: Questa però, scusami ti interrompo solo un attimo, è una valutazione che E.M.A. ha fatto per il vaccino di AstraZeneca, non di Johnson&Johnson

ABRIGNANI Sergio: Ora, in questo momento io mi sentirei di dire però che dovremmo considerarli, perché il fenomeno trombotico sembrerebbe essere associato all'uso dell'adenovirus come vettore, questo, insomma...È vero che AstraZeneca che è andato in tante più persone di Johnson&Johnson, c'hanno anche più casi...non so, però...in questo momento li guardo insieme e quello che mi chiedo è, assumendo che se noi non avessimo nulla e avessimo soltanto vaccini a base di adenovirus, diremmo abbiamo una circolazione media, medio bassa di virus, speriamo bassa fra poco, quindi fra 3 e 8 morti che vengono evitate e 1,1 morto invece che, quello che ti aspetti, c'è la trombosi in quella fascia di età... Però abbiamo tanti altri vaccini e in particolare se guardiamo il cumulativo, fra maggio e giugno abbiamo 26.000.000 di dosi di vaccini a RnA e 13.000.000 di dosi, no scusate, 14.000.000 di dosi di vaccini a adenovirus, per un totale di 39.000.000 di dosi. MI chiedo, se potessimo dirottare le 14.000.000 di dosi di Johnson&Johnson e AstraZeneca sugli ultra sessantenni e ultra settantenni, che ne abbiamo ancora tanti da vaccinare, tanti...c'è metà degli ultra sessantenni e un 40% mi sembra degli ultrasettantenni. In quella fascia di età sappiamo che il rischio beneficio è enormemente a vantaggio della vaccinazione e gli eventi trombotici sono anche più rari da quello che capisco dal poco che c'è in letteratura perché si parla sempre, nella stragrande maggioranza dei casi osservati di trombosi trombocitopeniche associate a immunocomplessi anti PF4, che sono i VATT, vaccine associated...trombocito...trombosis...Dicono che la stragrande maggioranza sono al di sotto dei 55 anni, quindi al di sopra abbiamo un rischio sicuramente maggiore di morire di covid e un rischio sicuramente minore di trombosi in generale di questo tipo, trombocitopeniche con anticorpi anti PF4...Quindi, cioè mi chiedo, avendo una scelta alternativa, il proporre di utilizzare queste 39.000.000 di dosi in maggio-giugno, in questi 45 giorni che abbiamo, 50 giorni, che dovremmo avere 26.000.000 di Pfizer/Moderna e 14 di adenovirus...perché non raccomandare i 14.000.000 di dosi di adeno agli ultra sessantenni e ultrasettantenni. Anche se c'è soltanto un morto...insomma, avendo alternativa, perché non scegliere di dare alla popolazione che ha più rischio di morire di trombosi, anche se è un

caso rispetto a 8, non dare i vaccini a RnA e dare gli adeno agli ultrasessantenni e gli ultrasettantenni...Quindi la mia proposta sarebbe di dare adeno, visto che questi sono i numeri: 26.000.000 di vaccini a RnA e 14.000.000 in maggio-giugno, 14.000.000 di adeno...diamo i 14.000.000 di adeno o come prima dose di AstraZeneca, 7.200.000 e fra 3 mesi la seconda dose o come dose unica i 6.900.000 di Johnson&Johnson agli ultrasessantenni e ultrasettantenni. Quindi, il mio suggerimento, la mia proposta è di dire utilizza quelle dosi di adenovirus alla luce di questi numeri e alla luce dei rischi che conosciamo...poi non so, se voi mi confermate, da quello che io leggo la trombosi trombocitopenica al di sopra dei 60 anni è molto molto più rara che al di sotto dei 55...è molto più frequente nelle donne che negli uomini, come tutte le malattie autoimmuni...perché andare a farsi del male e avere anche 1 o 2 morti in Italia che potremmo risparmiarci dandoli agli ultrasessantenni e agli ultrasettantenni?...ho detto tutto.

GRECO Donato: Posso?

LOCATELLI Franco: Grazie Sergio. No aspetta seguiamo l'ordine...prima c'era Giorgio Palù, dopo do la parola a te. Però vi do ulteriori elementi numerici su cui ragionare perché, nella fascia di età oltre gli 80 anni siamo sostanzialmente a 4.500.000 di persone, giù di lì nel Paese, il 90% ha già ricevuto almeno una dose e il 75% ha ricevuto il ciclo vaccinale completo, quindi il numero ormai diventa marcatamente esiguo. Per la fascia 70-79 Sergio, siamo a, sostanzialmente, 6.000.000 di persone, perché sono 2,7, 75 -79 e 3,2 70-74 e qui abbiamo quasi tre quarti delle persone vaccinate con una dose e...più o meno il 15%, qualcosina in più che ha ricevuto due dosi, quindi questo insomma per dire che anche qui abbiamo discretamente ormai una riduzione non da poco della potenziale...

ABRIGNANI Sergio: ultrasessantenni cosa abbiamo *(inc.)* il 40% ancora...

LOCATELLI Franco: abbiamo il 46% oggi, quasi la metà anche in questa fascia e qui siamo nell'ordine dei 7.200.000, con questa fascia di età *(continua la consultazione di documenti cartacei ndr)*

ABRIGNANI Sergio: *(inc)* qualcosa l'ho dimenticato...Guardando i numeri di quelli che rimangono fra i 50 e 59, che rimangono da avere la prima dose, perché quelli che hanno ricevuto la prima dose vabbè, riceveranno poi la seconda, quelli che hanno avuto i Pfizer, Moderna...rimangono 7.750.000...Noi sappiamo che se va benissimo, ne vaccinerai di questa fascia l'85%, perché il 15% no vax, hanno paura, non si vaccinano...quindi rimangono 6.500.000 di persone fra 50 e 59 da vaccinare, quindi io mi dico, 6.500.000 di queste 39.000.000 di dosi abbiamo fra ultrasessantenni e ultrasettantenni e residuali ultraottantenni, avremo 11-12.000.000 di persone da vaccinare da quello che io ho stimato, forse ho sbagliato 10, ma di questo parliamo...e 6.500.000 circa fra 50 e 59, quindi abbiamo, per arrivare alla copertura di quelli che muoiono, perché un po' muoiono come tu hai detto anche fra i 50 e 59, anche se piccola. Fra l'altro se tu vai a vedere, perché è vero che lo 0.6% è la letalità, ma se lo guardi nelle donne è lo 0.1-0.2...e le donne sono quelle che muoiono di più di trombosi quindi è anche vero che le trombosi oggi le curiamo meglio perché appena c'è il d-dimero alto e trombocitopenia gli dai subito i G.I.V, gli dai il cortisone e gli dai anticoaugulanti orali e non eparina però, dico, perché andare a cercarsi...Avendo alternativa, 6.500.000 di persone fra 50 e 59 da vaccinare e 10-11 ultrasessantenni, ultrasettantenni, correggetemi se sbaglio ma questo dovrebbe essere il numero, e avendo 26.000.000 di dosi di vaccini a RnA e 14.000.000 di dosi di vaccini a adenovirus, io darei gli adenovirus agli adulti, a quelli ultrasessantenni, 10-12.000.000 e le altre dosi di RnA e ne rimarranno tante ancora, perché abbiamo 26.000.000 di dosi di vaccini RnA in maggio-giugno, quindi possiamo anche fare il boost a fine giugno, a sei settimane, a 13.000.000 di persone che stanno al di sotto dei sessant'anni. Dico, avendo la possibilità, perché il rischio anche che un solo morto...o c'è qualcosa che non capisco in questi numeri, perché altrimenti...Se è vero che ultrasessantenni è rarissimo che facciano la VATT e non muoiono quasi mai, perché andare a

prendersi questo rischio...O ho capito male i numeri oppure non vedo la necessità.
LOCATELLI Franco: Allora, Giorgio Palù e poi Donato Greco, poi ovviamente tutti gli altri e credo che sia importante sentire il parere di ognuno su questo argomento
PALU' Giorgio: Allora grazie. Io vorrei fare alcune considerazioni...A parte che condivido la valutazione basata sui numeri, in larga misura, che ha appena fatto Sergio Abrignani, ma le mie valutazioni sono uno di opportunità, le prime e due tecnico-scientifiche e permettetemi anche virologiche...Allora, per quanto riguarda le prime, uno: ci terrei a dire che nei confronti di AstraZeneca si è mostrata una certa disaffezione, che non è certamente colpa nostra, in larga misura colpa anche della comunicazione di AstraZeneca...*(inc.)* ha ricordato...Non so se il C.T.S. dell'A.I.F.A. sia stato precisissimo, abbiamo visto che poi è stato vicariato sia dal Ministero, parlo della prevenzione e del Consiglio Superiore di Sanità, ma direi a questo punto 1, mi allaccio a quanto diceva Cinzia Caporale, ricordiamoci la volta scorsa, la gente non è stupida, Cinzia, hai detto questo e sta apprezzando questa specie di imbarazzo e c'è, anche dai numeri se andate a guardare, molte che si rifiutano di vaccinarsi con AstraZeneca. Due. Secondo punto. C'è sia a livello politico che industriale il recepimento di un concetto che questi vaccini vettoriali, adenovirus, che erano nati, ve lo ricordo, per la gene therapy dei tumori e sono andati in fase 3 sull'uomo, proprio perché immunogenici e portavano il rigetto dei tumori, abbiano dei limiti e le grosse industrie si stanno orientando...stanno investendo in tecnologia per l'mRnA per una serie di ragioni che è inutile che sottolinei. Tre: è vero che l'Europa si sta comportando in maniera totalmente disunita, consideriamo anche che Danimarca e Norvegia hanno deciso di non adottare per niente i vaccini con vettore adenovirale che li stanno dando al covax. Quarto punto, allora, ecco direi, le Regioni. Non lasciamo che le Regioni vadano per i cavoli loro quindi, se noi uscissimo con una decisione che un po' ritorna su quello che è stato, quello che abbiamo preso fino adesso, credo che ingenereremo ancora più confusione e quinto punto, sappiamo che basta una morte, ce lo siamo detti la volta scorsa, per aizzare i Tribunali rapidamente. Veniamo alle questioni invece più tecniche. Ecco io, andrei, prima di andare su C.D.C. e quello che dice il Paul-Ehrlich *(Paul-Ehrlich-Institut: agenzia del Ministero della Salute tedesco ndr.)* alla STIKO *(STIKO: Comitato permanente per la vaccinazione presso l'Istituto Robert Koch, o STIKO, è un comitato scientifico composto da 18 membri presso l'Istituto Robert Koch di Berlino, in Germania, che fornisce raccomandazioni ufficiali per i programmi di vaccinazione utilizzati dai singoli stati tedeschi ndr.)* e l'E.M.A direi: cosa sappiamo di vettori e di vaccini basati su adenovirus? Beh intanto sappiamo che in natura gli adenovirus sono trombocitopenici di loro. Ci sono casi descritti in letteratura e sono trombocitopenici e trombotici i vettori adenovirali che sono stati utilizzati sia il CIMP che l'adeno26 per...il CIMP in particolare, per ebola...anche se i casi descritti, come sapete, in Africa l'età media è più bassa che da noi. Sappiamo inoltre che la fibra dell'adenovirus, che è quella proiezione che si origina dai pentoni, dai vertici del capside dell'adenovirus, ha un'attività di indurre le citochine che a loro volta inducono fattori della coagulazione, non solo, ma ha la capacità di reclutare *fattore di von Willebrand*, quindi è una condizione naturale che si è vista molto bene poi nel macaco, quando è stato trattato...ve lo dico perché ho appena scritto un review su questo, è stato trattato con vaccini contro ebola e contro la rabbia. Ricordiamo che AstraZeneca ha un *recombinant tissue plasminogen activate*, ora ho qui una sequenza non completa e che poi lega il CIMP adeno, eparansolfati, glicoproteina, lega il recettore CD147 diverso dal recettore CAR dell'adeno5 umano e l'adeno26 e sia il CD147 che un recettore alternativo che il *C-type lectin receptor*, può attivare la cascata di complemento, il fattore H, anch'esso un fattore pro-coaugulante...Torniamo ai numeri *(consulta documenti cartacei ndr.)*, allora, io ho avuto oggi dalla STIKO i numeri, i loro numeri e quelli del Paul Ehrlich, che mi hanno chiesto però di lasciarli, di non presentarveli perché sono, come noi, mantenuti nel riserbo, però vi

posso dire che anche quindi, si conferma soprattutto il tasso di trombosi venosa del seno cerebrale e trombosi venose splancniche profonde con un rapporto che non è 1 su 100.000 ma è stato rivisto anche dai paesi nordici di 1 su 35.000 sul range di età diciamo al di sotto dei 60 anni in particolare...
LOCATELLI Franco: Però 18-60 Giorgio?
PALU' Giorgio: Si, 18-60. Ce li ho anche accurati se vuoi...meno di 30 anni è 3,5 per 100.000 ...*(inc.)*
LOCATELLI Franco: No a noi interessa 50-59
PALU' Giorgio: 50-59 è 0.4 su 100.000...Poi, ecco, l'altro dato importante che mi hanno dato è che da quando hanno sospeso, cioè dal 1 aprile, la somministrazione sopra...over 60 dei vaccini adenovirali, hanno avuto in tutto 4 casi sugli over 60 e 1 caso under 60...e sapete che vaccinano quasi il doppio di noi, quindi, ehm...hanno ridotto drammaticamente i casi di trombosi e sono quelli che meglio lo osservano. Gli stessi C.D.C. è appena stata emessa, ho qua la tabella, che è sempre fatta propria dal Paul Ehrlich, parla di 18-29: anni di 5,2 per milione, 30-39: 11,8 per milione, 40-49: 4,3 per milione e questo è Johnson&Johnson eh. In conclusione, loro han fatto anche una proiezione *(inc.)*
LOCATELLI Franco: È sfuggito a me o non hai citato anche il 50-59?
PALU' Giorgio: ...adesso te lo cito...50-64 hanno 1,5 per milione C.D.C...dati del C.D.C. appena pubblicati...quindi più o meno quello che dicevi tu insomma...Ecco veniamo...
ABRIGNANI Sergio: Johnson&Johnson soltanto?
PALU' Giorgio: Johnson&Johnson! Allora, oggi vi posso dire...ti smentisco perché ho appena parlato col presidente della STIKO e ho qui, non voglio mostrarvelo ce l'ho qua anche il press release dei Ministri oltre a quello della STIKO, loro raccomandano sopra i 60 anni, quindi non sotto, anche Johnson&Johnson. Oggi. Quindi accettata anche dal Consiglio dei Ministri. Ecco quindi io direi, se mettiamo insieme tutto questo, la mettiamo insieme con il fatto che i numeri forse sembrano dirci che ce la faremo lo stesso come diceva Sergio e poi anche il fatto che dobbiamo stare molto attenti a non ingenerare confusione, magari a contraddirci, io francamente vi dico: sono in imbarazzo. Capisco quella che è la volontà del generale Figliuolo e l'abbiamo tutti visto ed apprezzato, che è quello di coprire quella fascia dove la mortalità è diciamo importante però, francamente ecco, se dovessi dare la mia opinione, io sarei per mantenermi sugli over 60 anche in analogia con quanto hanno fatto i tedeschi che, vi garantisco, stanno valutando molto criticamente quello che è uscito fuori da U.K e in U.K. si sono accorti dopo che avevano i casi ma i tedeschi sono molto più metodici nel registrare. Credo di essermi espresso in maniera più che esplicita.
LOCATELLI Franco: Si, sulla questione della Germania, Giorgio, c'è un po' questa, come dire, diversa diffusione di notizie perché io l'ho ricevuta da due fonti diverse questa dell'approvazione, indipendentemente dalla fascia di età. L'ultima che ho ricevuto diceva testualmente: Germany remove today it's priority session *(inc.)*...Allora prossimi interventi, c'era Donato Greco e poi andiamo avanti col giro.
GRECO Donato: Grazie presidente. Per essere breve, ricordiamo che l'E.M.A. ha classificato questo tipo di trombosi cerebrale viscerale come un effetto collaterale raro del vaccino AstraZeneca, quindi diciamo è nel 4.8 tanto per essere chiari e che questo ha aiutato alla definizione di caso, che era il problema iniziale. Oggi, all'una, l'A.I.F.A. ha pubblicato il 4° rapporto di farmacovigilanza del nostro Paese, *(Greco dà lettura di alcuni documenti cartacei che ha sulla scrivania ndr)* vedete che oramai fa un rapporto mensile. In questo 4° rapporto sono riportati 34 casi di trombosi venosa, di cui 29 sono cerebrali e 5 viscerali. 22 di questi casi sono in donne, con un'età media di 48 anni e quindi 11 di questi sono sopra i 48 anni e 12 casi sono in uomini di età media di 52 anni, quindi chiaramente 6 di questi casi sono sopra i 52 anni. Questi sono i dati italiani. Chiaramente sono segnalati per ora 2 morti

accertate mentre per buona parte degli altri casi il causality assessment è in corso d'opera...parliamo di casi che sono avvenuti sostanzialmente tra i mesi di marzo ed aprile, perché la vaccinazione AstraZeneca è stata fra i mesi di marzo e aprile. In termini di incidenza, parliamo quindi di 34 casi su circa 6.500.000 di dosi AstraZeneca somministrate e quindi parliamo di poco più di un caso ogni 200.000 vaccinazioni. Quindi diciamo che questo è l'effetto collaterale coerente con quello che hai affermato dall' E.M.A e dal resto dei Paesi europei. A proposito dei Paesi europei, avete visto tutti la tabella che ha fatto circolare Peppe Ippolito che ci dice che tutti i Paesi europei o quasi tutti i Paesi europei hanno definito una fascia di età. Volevo ricordare che normalmente l'E.M.A., quando approva un vaccino, non da indicazioni operative specifiche ma lascia ai Paesi membri eventuali indicazioni operative additive che non eliminano l'approvazione per tutte le fasce di età sopra i 18 anni, cosa che anche l'Italia come sapete ha approvato, ma danno delle indicazioni preferenziali. Quindi questi sono i dati italiani. Mi sembra importante l'osservazione del prof. Locatelli a proposito della possibile differenza tra il vaccino AstraZeneca e il vaccino Johnson&Johnson, anche nei dati; voglio ricordare che il vaccino Johnson&Johnson, diversamente dal vaccino AstraZeneca, nel dossier di registrazione aveva dichiarato una...l'osservazione di casi tromboflebiti, cosa che non è comparsa nei dossier di AstraZeneca. Purtroppo la tabella generosa del generale Figliuolo e i dati ottimi del Ministro Speranza non ci dicono con precisione quello che forse volevamo sapere cioè, spostare la fascia di età tra i 50 e i 60, di quanto accelera la campagna vaccinale? Che guadagno ci dà? *(incomprensibile)* denominatori per carità, ottimi, ma non ci dice di quanto accelera...allora torna l'ipotesi Abrignani perché se l'accelerazione è di qualche giorno, di qualche settimana, obiettivamente ci troviamo davanti a uno spostamento di indicazione, l'ennesimo per AstraZeneca, mi pare che sia il 4° o il 3°, non ricordo bene, che obiettivamente avrebbe anche un impatto mediatico infelice. Quindi se dicessimo: va bene AstraZeneca dai 50 ai 60, quanta gente in più verrebbe vaccinata nel mese di maggio o di giugno...probabilmente non certamente non l'intero denominatore ma una piccola porzione, una porzione di questi. Quindi, a mio avviso va valutata con accuratezza. I casi di segnalazione, come sapete sono segnalazioni passive, quindi sono per definizione segnalazioni per difetto quindi, di fatto, speravamo nel 3° rapporto di non vederne nel 4°, invece nel 4° sono più che raddoppiati.

LOCATELLI Franco: Grazie Donato. Chi altro vuole intervenire? Beppe Ippolito...

IPPOLITO Giuseppe: I dati del Johnson&Johnson sono riportati su M.M.V.R. e sono assolutamente consistenti con le stime, tanto che l'analisi che si fanno, hanno fatto una riclassificazione per i casi di trombosi profonda che non lo fanno essere significativamente diversi da quelli AstraZeneca, tenendo presente che il loro lavoro era su un denominatore di quasi 350.000 casi che hanno visto con l'osservazione e in questi dati, su circa 8.000.000 di dosi del vaccino Johnson&Johnson somministrati con una quota di eventi avversi gravi del 3% con 17 casi DDTS, perché loro hanno fatto una loro riclassificazione, un po' diversa da quella europea. Quindi io credo che il principio che noi possiamo considerare lo stesso rischio, deve essere guardato, in più il Regno Unito nel...l'A.I.F.A. del Regno unito, nella revisione che ha fatto dopo i casi irlandesi, ritrova che nella fascia 50-59 anni hanno avuto 68 casi di complicanza, 38 nella fascia 40-49 anni e 31 in quella 30-39 anni...sono dell'AIFA inglese e sono di sabato mattina...Quindi io credo che l'assunto che dice Donato, che noi non aggiungiamo granché in termini di vaccinazione, possa essere considerato. In più noi avremmo bisogno di capire, se noi facciamo il modello, e io l'ultimo modello che avevo era con i dati a fine aprile per persone vaccinate nella fascia 60-69 anni, dovremmo avere ancora circa 5.000.000 almeno di persone da vaccinare nella fascia 50-59 anni, tenendo presente che su un denominatore di 8.000.000 e qualcosa dovremmo esserci. Perciò l'ipotesi di ridefinire, di non cambiare perché può essere verremo attaccati

il giorno in cui la Norvegia esce con un'analisi di questo tipo, ci diranno: continuate a cambiare perché non sapete gestirla.

LOCATELLI Franco: Grazie Beppe. Ulteriori commenti? Gianni Rezza poi Cinzia Caporale.

REZZA Gianni: Ma credo che sia una decisione molto difficile da prendere. Uno dei problemi maggiori è quello di avere modificato troppo spesso la fascia di età per AstraZeneca e quindi qualsiasi decisione si prenda diventa una decisione, veramente...anche diciamo impopolare...potrebbero essere comprese...questo è vero. Io ricorderei per cui, sin dal principio, contrari a mettere un limite di età superiore perché in fondo in fondo E.M.A. in quanto tale non si espresse in quel senso, in quella direzione...Anche se disse, al di sopra di una certa età abbiamo un numero di dati limitato che non ci permette di, in base a *evidence (incomprensibile)* di consigliare questo vaccino al di sopra di una certa età. Dopodichè abbiamo innalzato a poco a poco il limite di età e siamo arrivati a sconsigliare il vaccino al di sotto, invece dei 60 anni. Questo certamente ha, in qualche misura, gettato sconcerto. Io più che altro mi sono occupato di strategie vaccinali e sin dai primi dati di AstraZeneca, quello che colpiva già dai modelli animali era il fatto che questo vaccino proteggesse i primati non umani dalla polmonite ma non in qualche modo non fornisse una immunità sterilizzante...E questo in qualche misura lasciò perplessi già al riguardo...Beppe scuote un po' la testa però ti ricordi i modelli animali e questo in qualche misura suggerivano. Cosa di fatto non è proprio così vera. Nessuno di questi vaccini ha risposto si/no in termini di immunità sterilizzante. Di fatto anche i vaccini a mRnA non sempre danno l'immunità sterilizzante, anche se nell'80-90% dei casi sembrano dare. Per questo motivo, magari in maniera insomma un po', quasi giocando sul paradosso, qualche volta mi trovai a dire: io vorrei dare i vaccini a mRnA, quelli che danno immunità sterilizzante e sono quindi *transmission blocking,* ai più giovani. Mi sarebbe piaciuta la strategia vaccinale non solo di copertura degli anziani ma di vaccinazione dei giovani con vaccini in grado di dare immunità sterilizzante. *(incomprensibile)* un po' in imbarazzo quando facciamo adesso questa discussione a difendere una posizione piuttosto che l'altra. Non possiamo piangere sul passato. Probabilmente avremmo fatto meglio col senno di poi però la storia non possiamo fare, come dire, parlare col senno di poi naturalmente...Avremmo fatto bene a vaccinare le persone più anziane, probabilmente con vaccini come AstraZeneca, Johnson&Johnson è arrivato dopo...perché comunque sia questi hanno dimostrato una buona efficacia protettiva nei confronti della malattia grave, dell'ospedalizzazione e della morte. Adesso qual è il problema a cui ci troviamo di fronte: è che anche quando abbiamo dato una, in qualche modo abbiamo suggerito che sarebbe stato meglio utilizzare questo tipo di vaccino, vaccini a vettore virale, al di sopra dei 60 anni, non abbiamo detto non si possono utilizzare al di sotto dei 60 anni. Abbiamo detto, prevediamo...questi sono vaccini autorizzati dai 18 anni in su, naturalmente non li darei a un giovane per i motivi che ricordavamo prima...rischi/benefici meno di trent'anni di età, di età inferiore ai 30 anni però non abbiamo detto: non si possono vaccinare persone che abbiano meno di 60 anni, abbiamo detto: dovrebbe esser fatto un uso preferenziale al di sopra dei 60 anni quindi resta valido il principio che dai 18 anni in su possano essere utilizzati. Allora qual è il punto imbarazzante però, che cosa ci si *chiede*... di raccomandare questo vaccino al di sotto di una certa età? O di raccomandarlo fra i 50 e i 60 anni? Oppure di dire: beh, può essere utilizzato fra i 50 e 60 anni, oppure al di sotto dei 60 anni...Già può essere utilizzato perché è autorizzato per l'uso al di sotto dei 60 anni, c'è soto un'indicazione preferenziale al di sopra dei 60. È vero che dai 50 ai 60 anni abbiamo un rischio di...una letalità dello 0,6%, quindi è l'ultima fascia di età a cui potrebbe in qualche modo essere consigliato in maniera vantaggiosa, al di sotto dei 50 anni probabilmente nessuno si sentirebbe di consigliarlo a meno che non avessimo una epidemia incalzante insomma con un alto tasso di incidenza di infezione e quindi di un certo rischio di mortalità associato, conseguente. Quindi che cosa possiamo in qualche

modo, in che modo possiamo uscire fuori da questo impasse. Certo il Commissario ci ricorda che se potessimo utilizzare al di sotto di una certa fascia di età, probabilmente potremmo correre di più, con le vaccinazioni potremmo probabilmente non sprecare dopo dosi di vaccino perché credo che dai numeri che ha riportato prima Franco Locatelli, non riusciremmo a utilizzare tutto AstraZeneca e Johnson&Johnson...Però AstraZeneca ha problemi di consegna eh! Erano previste 26.000.000 di dosi di AstraZeneca...il 3° trimestre...non so quante ne arriveranno...per cui è sempre difficile farsi i conti con le consegne di AstraZeneca che sono molto variabili rispetto a quelle che sono le previsioni, rispetto a quello che è l'atteso...Chiaramente un certo numero di dosi dovrebbe essere *(inc.)* da covax che arrivare a risparmiare soldi che invece noi finanziamo direttamente covax, quindi in qualche misura potremmo risparmiare probabilmente dei soldi e che potremmo reinvestire in altro modo perché se a covax invece di dare soldi diamo dosi di vaccino, in qualche modo risolviamo... Johnson&Johnson potrebbe, per esempio sempre parlando di vaccini a vettori virali, essere utilmente considerato per alcune categorie di popolazione laddove per esempio è molto utile e consigliabile risolvere il tutto, il ciclo vaccinale, con una sola iniezione...penso che ne so: i marittimi, i carcerati, gli immigrati...che so che c'è un interessamento da parte del Ministero dell'Interno di considerare per la vaccinazione queste categorie e non sconsigliare l'uso al di sotto dei 60 anni, dopodiché, non so se effettivamente potremmo uscire con un parere di raccomandazione secca invece per una certa fascia di età. Su questo mi sembra che la discussione sia molto...molto seria e articolata, mi riservo di intervenire più tardi.

LOCATELLI Franco: Allora, prima di dare la parola a Cinzia Caporale, mi permetto di rileggervi il quesito specifico che ci viene formulato, non dal Commissario straordinario ma dal Ministro della Salute *(LOCATELLI Franco da' lettura del documento citato ndr.)...:* di sottoporre al parere del Comitato Tecnico Scientifico l'ipotesi di somministrare vaccini J&J e AstraZeneca, oggi raccomandati preferibilmente in soggetti sopra i 60 anni, anche alla fascia di età compresa tra i 50 e i 60...Detto in altri termini e più esplicitamente, ed era il motivo per cui continuavo a interrompere prima Palù, sotto ai 50 l'argomento è fuori da qualsiasi discussione, la questione è esattamente quella della fascia di età 50 e 59...e su questa dobbiamo concentrarci...Cinzia.

(si sovrappongono le voci di Cinzia Caporale e Franco Locatelli che indica come successivo oratore, Beppe Ippolito)

CAPORALE Cinzia: *(inc.)* ...rispetto alle competenze quindi ascolterei Beppe

IPPOLITO Giuseppe: Grazie!...io non conosco il tedesco ma ho scaricato con *google translator* il testo della Frankfurt *(fonetico ndr.)* delle 11 di stamattina della discussione che hanno fatto il Ministro e STIKO. Allora il Ministro ha detto, Spahn *(Jens Georg Spahn, politico tedesco, dal 2018 fino a dicembre 2021 ministro federale della sanità ndr)* alle 10:18 ha detto che la campagna vaccinazione continua anche alla luce della conferenza dei Ministri della Salute. La Germania ha somministrato 35.000.000 di dosi di vaccino. Resta importante tenere il passo con la campagna, considerando il vaccino Johnson&Johnson che STIKO raccomanda solo a persone di età pari o superiore a 60 anni a causa degli effetti collaterali, ma quando il vaccino...scusate la traduzione ma è *google translator* che traduce, potrà disponibilità...essere disponibile in Germania, la maggior parte degli ultra 55enni sarà già stata vaccinata quindi un po' di equilibrismo...E... per questo non c'è stata una decisione univoca di revocare priorità al di sotto dei 60 anni, come ha detto la raccomandazione di STIKO. Il vaccino Johnson&Johnson sarà autorizzato per persone di età pari o superiore a 60 anni, quindi, secondo me, io sono contrario a un'ipotesi "pilatesca" perché altrimenti ogni Regione fa come gli pare, mentre credo che se uno possa dire in contesti nei quali il follow-up per la seconda dose è impossibile, penso prima di tutto alle carceri con copertura totale, questa possa essere considerata una...una

buona via d'uscita ma solo in questa situazione il...viene fatta...così come potrebbe essere considerata per le vaccinazioni aziendali perché, il...il...nelle vaccinazioni aziendali, un vaccino che si usa con una sola dose, questo potrebbe essere estremamente utile...Ma non lasciare le Regioni che hanno detto: chiunque voglia lo faccia, perché se non usciamo, ci dicono veramente che siamo come Ponzio Pilato eh!

LOCATELLI Franco: Allora, per completare il giro mancano Cinzia Caporale, Alessia Melegaro e Silvio Brusaferro. Ciciliano, mi ha avvisato il Generale Bonfiglio che è impossibilitato a collegarsi.

CAPORALE Cinzia: Intervengo volentieri a meno che il professor Brusaferro vuole intervenire, lo ascolterei volentieri...prima...no *(Silvio Brusaferro fa cenno di no con la mano ndr.)*, ok. Dunque, ho provato a fare dei ragionamenti di carattere etico sulla questione e devo dire che mi sono persa. Nel senso che effettivamente la questione è molto intricata e se consideriamo una serie di fattori, per esempio tutti i cambiamenti di fronte...su twitter c'è un tweet molto divertente in cui si dice: quest'oggi...questa settimana quale numero verrà estratto a sorte...si vedono tutti i numeri della tombola...per il vaccino AstraZeneca...cioè oramai la percezione pubblica è che siano numeri in libertà...quindi effettivamente, cambiare, ricambiare, rimodulare potrebbe essere un problema. Ci sono queste notizie della Norvegia, dello stop della Norvegia...soprattutto ha avuto un grande impatto sulla popolazione questa idea che non verrà rinnovato il contratto con AstraZeneca quindi con la percezione di risulta che se non viene rinnovato il contratto ci dicono che è per ragioni di inaffidabilità sui, sulle consegne ma in realtà, sotto sotto, il problema è che questo vaccino crea dei problemi sulla sanità pubblica e quindi non vale la pena di rinnovare il contratto. Quindi ci sono effettivamente molti spunti, quindi andare dietro poi anche alla questione di opportunità insomma di vario tipo, sembra complicato...Quindi io lo inquadrerei eticamente proprio in modo basico. Allora in modo basico noi abbiamo una situazione in cui la scienza ci dice che ci sono dei rischi ma questi rischi sono oggettivamente trascurabili, non sono francamente, non sono dei rischi così elevati in questa fascia di popolazione. Soprattutto non sarebbero rischi particolarmente elevati se considerassimo, ad esempio, 55 anni, oppure se considerassimo ad esempio gli uomini piuttosto che le donne, cioè una diversificazione di genere, mi pare di aver capito, colto, dalle vostre discussioni. Comunque, insomma, non sembrano, come dire, dei campanelli di allarme così forti, pur tuttavia sono sufficienti per prendere delle decisioni insomma di cautela, se non altro di precauzione. Sono stata molto convinta dell'allargamento rispetto ai 42 giorni per la somministrazione della seconda dose di Pfizer, per andare incontro...perché in effetti lì si vedeva bene il beneficio, ora si vede meno il beneficio. Dal punto di vista individuale resta ferma la libertà di ciascuno, attraverso un consenso informato, chiaro e non omissivo, di farselo il vaccino Pfizer *(si corregge con un gesto della testa ndr)* ehm... il vaccino AstraZeneca o vaccini simili. Un po' contrariamente a quello che diceva Beppe, tutto sommato ci sono delle Regioni dove il rifiuto di questo tipo di vaccini è molto basso e quindi forse *(ride ndr.)* potrebbero essere Regioni dove questa campagna potrebbe effettivamente funzionare mentre in altre Regioni il rifiuto è più alto...cioè in questo caso la delega alle Regioni è più una soluzione che un problema perché le scorte, come dire, potrebbero essere facilmente utilizzate...d'altra parte le scorte potrebbero essere utilizzate diversamente...Insomma è un terribile guazzabuglio. La mia impressione è che si debba ripetere, diciamo, il messaggio che è stato finora un punto fermo...cioè che è preferibile, spiegare che è preferibile, costruendo l'argomentazione sui nuovi dati acquisiti e quindi, insomma, dando semmai un'accentuazione o alla possibilità o alla non possibilità ma mantenere diciamo quel...quel messaggio coerente di fondo ... questo potrebbe favorire da parte dei cittadini insomma una migliore comprensione ... una non reazione ... anche perché se si perde la fiducia dei cittadini su come si gestisce uno dei vaccini l'esitanza poi si spalma molto rapidamente anche agli

altri vaccini, cioè se si perde fiducia nella capacità dello stato di regolare questo sistema è un po' tutto il sistema che diventa opaco ... quindi bisogna un pochino essere ... questa è una decisione veramente complicata per questo volevo ascoltarvi .. continuerò ad ascoltarvi ... insomma io non ho un'opinione definita ... non credo ... diciamo non mi sono orientata verso un no secco ...non mi sono orientata verso questo ... ascolto ancora volentieri le vostre considerazioni.

LOCATELLI Franco: Silvio, prima di offrirti la possibilità di commentare, a mia volta, commento su quanto ha appena detto Cinzia...Una delle ragioni per cui sottolineavo le differenze tra AstraZeneca e J&J è anche legata a alcune informazioni che si sono progressivamente diffuse nel corso del tempo a livello di opinione pubblica, l'ultima delle quali fa riferimento a questa decisione della Unione Europea di non rinnovare il contratto con AstraZeneca...chiaro che questo, certo, non ha giovato, come sottolineavi Cinzia, alla prospettiva di bontà insomma dell'approccio vaccinale con AstraZeneca, indipendentemente dal discorso della fascia di età, e questo non possiamo non tenerne conto. Prego Silvio.

BRUSAFERRO Silvio: Grazie Franco. Credo sia difficile aggiungere qualcosa in più rispetto a quanto hanno detto, abbiamo detto, è stato detto prima dai colleghi...Io credo che abbiamo alcuni elementi che, su cui riflettere, almeno che rappresentano un po', se vuoi, la spina dorsale del mio ragionamento...Il primo è che , mi pare, l'abbiamo, è stato ribadito prima...in questo momento, rispetto ad AstraZeneca non c'è un bando o non c'è un *cut-off*...c'è una raccomandazione rispetto a delle fasce d'età, quindi ci sono cittadini, e per quanto mi risulta presenti un po' in tutte le Regioni, che volontariamente e consapevolmente possono fare il vaccino, rispetto al quale io credo che sia corretto mantenere questa opportunità. C'è, se non abbiamo ulteriori elementi, credo che questo sia un elemento tale...per cui i 50-59 anni in ogni caso, laddove ritengano opportuno farlo, ci sono le condizioni per farlo, ad oggi...questo qui è un elemento importante. E alcune Regioni peraltro mi risulta che hanno fatto delle operazioni di aprire degli hub o dei siti dove diciamo si può accedere senza particolari livelli di priorità e probabilmente offrono AstraZeneca, questo è il primo elemento. Il secondo elemento è che questo vaccino ha avuto, come...diciamo, visto dal punto di vista regolatorio, ha avuto dei momenti, ha avuto varie situazioni di, diciamo, ricodifica o di precisazione, in questo momento non ci sono elementi aggiuntivi decisivi rispetto a ulteriori momenti di riclassificazione, se non un ulteriore approfondimento di dati che conosciamo, quindi...anzi forse quello che ci diceva Giorgio Palù, rispetto anche alla dimensione del rischio, se viene stratificata per fascia di età, comunque sostanzialmente mostra un fenomeno un po' più ampio rispetto a quello stimato inizialmente...anche se la fascia interessata probabilmente non è così colpita come le fasce più giovani. Però credo che, come diceva credo Cinzia,...la Caporale, il fatto di continuare a modificare e a modellare fasce d'età non aiuti, soprattutto se non ci sono elementi così decisivi per cambiarla. Il terzo elemento credo che, vabbè l'hai già detto anche tu, l'hai ribadito anche tu Franco rispetto alcuni segnali che arrivano, io credo che, sia il fatto del contratto, il fatto che alcuni Paesi, comunque, dove colleghi autorevoli, insomma, assumono determinate decisioni, nel momento in cui noi ci discostiamo dobbiamo avere degli elementi forti insomma per farlo...tanto più, e mi riferisco a quanto diceva Sergio all'inizio, Sergio Abrignani nel suo primo intervento, se non abbiamo evidenza che questa cosa sia, crei veramente un delta significativo in questa fase...quindi...mi rendo conto, però io credo che un punto di incontro, fermo restando che anche io non ho una posizione definita, però, orientativamente, credo che tenere in qualche modo una raccomandazione così com'è e ricordando però che comunque non ci sono elementi ostativi a farlo prima, così come oggi è previsto, non so se sia...diciamo fare una mediazione, è semplicemente ribadire uno stato dell'arte che abbiamo. Fermo restando che certo, laddove dovessimo avere nuove evidenze, nuove situazioni che emergono, gli stessi dati che ci

portava Giorgio, probabilmente non sono ancora pubblici ma immagino Giorgio che nell'arco di qualche giorno diventeranno pubblici o comunque verranno condivisi no? Presso le varie cose...possa essere un elemento di attenzione. Io credo che in questo momento, veramente, sia molto delicato, proprio per il rischio che abbiamo come regolatori diciamo, anche se poi il CTS non è un regolatore ma siamo solo, siamo solo dei consulenti sostanzialmente, perché i regolatori poi sono AIFA sono EMA, il Ministero tra virgolette, no? Noi siamo di fatto...diamo delle consulenze su questa cosa...io credo che la credibilità del sistema, anche in una prospettiva più ampia, anche rispetto ad ulteriori fasi di modellamento che potremmo avere rispetto a nuove evidenze che emergessero per i vaccini è molto importante perché in qualche modo dobbiamo essere molto attenti nel non erodere il capitale di credibilità del sistema, soprattutto se non abbiamo quel *breakthrough*, come ha mostrato Sergio che, per cui se facendo questo salto effettivamente miglioriamo. Quando abbiamo fatto la scelta di dilazionare il tempo della seconda dose è evidente che in un tempo breve aumentiamo il denominatore e riduciamo la circolazione e credo soprattutto rispetto, e ribadisco la mia convinzione di questa scelta soprattutto alla luce della spinta anche sociale ad aperture vaste...È chiaro che poi diventa un vantaggio. Così attualmente mi sembra un po' risicato, ecco, sostanzialmente il tema e qui però ovviamente vi esprimo in qualche modo i miei dubbi e il mio orientamento in questo modo.

LOCATELLI Franco: Grazie Silvio. Alessia.

MELEGARO Alessia: Si, grazie Franco. Anch'io ho ascoltato con molto interesse e sono anch'io così in una posizione che...diciamo ci sono delle cose che avete detto che mi sembrano, dei validi punti per mantenere le cose così come stanno. Il primo punto è quello sollevato da Sergio, che riguarda appunto i numeri, quindi, il fatto che non ci sia la necessità, ad oggi, sembra che non ci sia la necessità ad oggi di andare a utilizzare questo vaccino per quella fascia di età. Questo è una, sarebbe bello avere una pianificazione diciamo, mi rendo conto che non è proprio facile, sarebbe bello avere una pianificazione dei numeri, quindi vedere quali dosi andranno a coprire quali gruppi e con che tempistiche. Chiaramente adesso mi sembra che ci siano delle dosi per coprire questa fascia 50-59 anni senza dover ricorrere ad AstraZeneca. Poi nel caso dovessero...e utilizzare AstraZeneca per altri...per altri gruppi. Appunto, non si sa quanto modificare questa cosa, accelererebbe il sistema, quindi, appunto, anch'io sono un po' resistente all'idea di modificare lo status quo per qualcosa, per un beneficio che non è chiaro e l'altro aspetto che... sul quale mi trovo d'accordo che è stato menzionato, è la confusione generale su questo vaccino che nelle settimane, nei mesi passati ha veramente creato molta discussione da parte del pubblico ed è stato forse il, l'argomento che più ha fatto muovere anche le persone rispetto alla decisione o meno di vaccinarsi. Quindi, mi sembra che sia un argomento molto sensibile e molto sentito e che debba essere, diciamo, trattato con estrema cautela, ed è per questo che io starei un po', sarei più per il mantenimento dello status quo...e quindi mantenendo l'indicazione preferenziale, quindi effettivamente io non sapevo che ci fosse questa possibilità in alcune Regioni di "volontarizzarsi" per ricevere AstraZeneca senza ricevere...senza essere diciamo pianificati nel sistema...Se questo è effettivamente un fatto ed avviene, questo potrebbe essere mantenuto però ecco, non modificherei la fascia di età ecco, questo no.

LOCATELLI Franco: Ci sono altri commenti? Allora se non ce ne sono, vi dico anche se in parte l'avete capita, qual è la mia posizione. Fatto salvo tutto quello che ci siamo detti su AstraZeneca e ribadito che io personalmente temo che la situazione di AstraZeneca sia difficile in termini di incrinatura di quello che è un livello fiduciario a livello di popolazione, pur tuttavia ritengo che allo stato attuale delle cose ci possa almeno essere la possibilità di differenziare la posizione dei due vaccini...capisco l'osservazione di Sergio quando dice che sono due piattaforme assolutamente simili con vettore adenovirale, su questo siamo in maniera ovvia tutti d'accordo...però abbiamo anche una

situazione di numeri di contesto anche di diffusione di opinione o di permeazione mediatica un po' diversa...Ho provato, mentre parlavate, anche a fare dei calcoli su quella che è la popolazione residuale oltre i 60 anni che partendo dal numero di soggetti che non hanno ancora avuto una prima dose potrebbe essere utilmente vaccinata con i due vaccini e sostanzialmente non andiamo oltre i 6 milioni ... dando anche per scontato di impiegare un po' di numero dosi per le seconde somministrazioni, mi permetto di ricordare che solo di Johnson&Johnson nel mese di maggio, nel mese di giugno va esattamente a 6.900.000 per non citare i 7.200.000 di dosi di AstraZeneca. Ammetto come coordinatore di fare un po' fatica a trovare una sintesi perché chiaramente ci sono posizioni straordinariamente variegate ... non facili da ricomporre e da riconciliare ... mi chiedo se ci siano, e lo chiedo a tutti voi, degli elementi informativi ulteriori che potrebbero aiutarci in questo processo decisionale o anche se ritenete che, come diceva adesso Silvio nel suo intervento, un ulteriore ponderazione e riflessione dopo questo primo round di riflessione condivisa e di opinioni messe a confronto possa essere di una qualche utilità, quindi, perché sennò insisto, faccio fatica a trovare una sintesi che in qualche modo possa raccogliere il sentito, il percepito ed il pensato da ognuno di noi in maniera tale da ... da rappresentare in maniera soddisfacente il tutto ... ribadendo che la questione scusatemi se ci ritorno non è sotto i 50 ma è 50-59 su un quesito specifico, poi tutto vero quel che è stato ricordato da Gianni e da Silvio sul fatto è ... ve l'avevo premesso anche io nella mia introduzione che non c'è un divieto formale di somministrazione sopra i 18 anni ma è chiaro che la raccomandazione che venne a suo tempo espressa in maniera congiunta da Ministero, C.T.S., A.I.F.A. e C.S.S. indubitabilmente abbia tracciato un solco rispetto al quale poi si è modulata tutta la campagna vaccinale di AstraZeneca, questo credo che sia indubitabile ... Commenti? ... Sergio, poi Donato Greco e Giorgio Palù.

ABRIGNANI Sergio: Si io (inc.) avremo avremo un problema ancora più impellente con le seconde dosi ... Perché noi abbiamo vaccinato da febbraio quando è stato approvato Johnson&Johnson ... e cioè scusate AstraZeneca ... quando è stato approvato abbiamo vaccinato un bel nu... ora non ho il numero esatto ... però milioni di persone a febbraio marzo con AstraZeneca che erano al di sotto dei 60 anni ... anzi l'indicazione era al di sotto del 60 anni, e a maggio giugno ora li dovremmo boostare ... e lì è un altro bel quesito perché gente che va, perché c'abbiamo tutti gli insegnanti i professori gente che va da 30 a 60 anni per la maggior parte e quindi avremo anche il problema di cosa ... cosa diamo come seconda dose .... Io quindi lo faccio come inciso perché anche se non riguarda il quesito di oggi...cioè stiamo pronti che ci arriverà un quesito e non sarà facile perché insomma il dire facciamo il boost con l'altro vaccino tutti sappiamo che immunologicamente ha molto senso ma non c'è ancora nessun dato di fase 3 di efficacia quindi questo come excursus su quello che sta creando dei problemi. Però guardando i numeri abbiamo 40.000.000 di dosi di vaccino, di cui 14 di AstraZeneca. Ora... scusate 7,2 di AstraZeneca e 6,9 di Johnson&Johnson parlo di Maggio/Giugno. Abbiamo, come diceva Franco, un po' più di 6.000.000 di persone ultra 60enni ancora da vaccinare...cioè realisticamente...Io suggerirei di usare Johnson&Johnson su questi ultrasessantenni, che è singola dose eccetera...e AstraZeneca per i boost, di quelli che sono stati vaccinati, perché sappiamo che devono essere boostati quelli ora, a tre mesi dalla prima immunizzazione che è stata fatta...Perché, cioè...lì come ci comportiamo, il boost al di sotto dei sessantanni come viene fatto? Guardate che fra qualche settimana inizieranno ad arrivare milioni di persone che dovranno fare il boost..Quindi ciò che decidiamo oggi avrà una conseguenza anche sul, perché...fino a poco tempo fa io ero convinto, erroneamente da quello che mi dicevano, ma dopo la seconda dose, che la trombosi si fa alla prima dose e non alla seconda...in realtà sono usciti i dati dell'MHRSH che dice che, su 4.000.000 di seconde dosi, hanno avuto 4 o 5 trombosi trombocitopeniche...1 su 1.000.000, quindi sicuramente

meno di quelle che hai nella prima dose, ma ci sono anche lì.
LOCATELLI Franco: Sergio ti posso, come dire, fare un inciso su quello che hai appena detto perché a me, e sono andato a recuperarmi una mail, da fonti regolatorie di U.K risultano 4 casi di VITT dopo 7.000.000 di seconde dosi di AstraZeneca contro 209 su 22.000.000, quindi, insomma, il problema è clamorosamente diverso cioè, nella rarità diventano eccezionali
ABRIGNANI Sergio: Appunto per questo, ciò che potremmo suggerire, siccome arriveranno...ora non so quanti siano gli AstraZeneca che sono stati fatto a febbraio/marzo sotto i 60 anni, ma sono tanti e tanti milioni, potranno, potrebbe essere usato come seconda dose in maggio/giugno, quei 7.000.000 di AstraZeneca e i 6.000.000 di Johnson&Johnson utilizzati per gli ultrasettantenni.
CAPORALE Cinzia: Sempre che li vogliano Sergio... Sempre che li vogliano Sergio eh...perché...sento che molti non li vogliono...
ABRIGNANI Sergio: Perché poi...insomma han girato qualche tempo fa una diapositiva con le percentuali...dal 50%...dal 47 % di *rejection* in Sicilia al 90% di accettazione in Lombardia. Cioè la media italiana è che un quarto degli italiani non vuole AstraZeneca...un quarto...
CAPORALE Cinzia: Scusa...scusate se mi inserisco...
LOCATELLI Franco: A proposto del numero di dosi di AstraZeneca somministrate a oggi sono 5.000.000 in tutto...quindi tanti, tanti milioni forse è un po' eccessivo
ABRIGNANI Sergio: Si ma sono 7.000.000 quelli che *(si sovrappongono)*...Ok, ho detto quello che...Cioè io rimango dell'idea che vista la presenza di questi eventi rari ma che esistono, perché rischiare anche un solo morto?...a meno che...Cioè mi ricordo che quando il generale Figliuolo venne e ci disse: se in maggio facciamo l'allungamento a sei settimane, io vaccino 3.000.000 di persone in più con una dose...E quello è stato estremamente convincente. Quindi io vedo che i numeri ci sono, non lo vedo come una cosa convincente...In maggio/giugno e poi da luglio saremo inondati di tutti i vaccini, quindi...perché andare anche a causare anche un solo morto quando ho altre alternative.. *(si sovrappongono – incomprensibile)* basta...
LOCATELLI Franco...Sergio Fiorentino...scusate c'era Sergio Fiorentino che voleva intervenire e poi c'è se ho visto bene, Gianni Rezza, Giorgio Palù, Beppe Ippolito...
GRECO Donato: e Donato Greco...
FIORENTINO Sergio: Si, molto interessante la discussione. Io volevo intervenire per dire però di non ritornare poi...il discorso ha preso un'altra piega sul discorso della seconda dose perché l'abbiamo detto l'altra volta e l'abbiamo motivato proprio con la ragione che non ci sono casi significativi di trombooo....adesso non uso il termine giusto... *(ride ndr.)*
LOCATELLI Franco: Si, si, ci siam capiti...
FIORENTINO Sergio: il tema della responsabilità, anche un morto in più, come diceva il professor Abrignani, mi permetto di dire ha due facce...Perché prima il professor Locatelli ci ha parlato di una riduzione di morti... 8... a proposito volevo chiedere su qua...8 su un milione o 8 in totale?
ABRIGNANI Sergio: Avvocato quando non ci sono *(si sovrappongono)* alternative
FIORENTINO Sergio: *(si sovrappongono)* no, se non ci fosse alternativa...*(si sovrappongono)*... Ma in parte non c'è alternativa perché andranno sicuramente sprecate un sacco di dosi di AstraZeneca e di Johnson...Se ci sono 6.000.000 di ultrasessantenni
LOCATELLI Franco: Sergio sono 8 ogni 100.000 per tua informazione.
FIORENTINO Sergio: Ecco, 8 ogni 100.000 in uno scenario di incidenza media e a crescere...È vero che chi avrà la trombosi in un soggetto determinato e quello, potenzialmente, è un denunciante...Però ci sono anche delle figure di reato che...di reato contro la sanità pubblica che anche se non c'è una vittima individuata si possono configurare sono i vari reati di epidemia...quindi, la responsabilità si

assume in entrambi i casi. Siccome parecchie dosi andranno sprecate, secondo me, perché se 6.000.000, come ci ha detto adesso il professor Locatelli, sono le persone da vaccinare ancora sopra i 60 anni, molti di questi non si vaccineranno mai, diciamo almeno 2.000.000 non si vorranno vaccinare; molti altri non sceglieranno AstraZeneca e secondo me non è possibile imporre l'uso di AstraZeneca in ragione dell'età. Di fatto poi le Regioni non lo fanno perché nel Lazio si può tranquillamente scegliere. Tra l'altro, e qua è una domanda che voglio porre a voi, c'è anche un problema di qualità di questi vaccini...Mi sembra di aver capito che AstraZeneca è il vaccino che dà una minore copertura degli altri, quindi noi stiamo imponendo il vaccino che ha una minore copertura, proprio alla fascia di popolazione più a rischio...E anche questo provoca, diciamo statisticamente, probabilmente una serie di eventi infausti che si potrebbero evitare con la scelta opposta. Quindi, secondo me, condivido quello che ha detto il professor Locatelli, la scelta è molto complessa e anche sul fronte delle responsabilità che si vanno ad assumere...Però io mi ero prenotato solo per dire che secondo me, la questione della seconda dose, non è il caso di riaffrontarla perché l'abbiamo...diciamo...definita poche sedute fa e sarebbe diciamo grave contraddirsi...

LOCATELLI Franco: Allora c'erano...

ABRIGNANI Sergio: Scusa...il contraddirsi, mi scusi avvocato, solo una cosa...Se vengono fuori nuovi dati, non è più un contraddirsi. Se vengono...i dati, quelli inglesi, dei 4 su 7.000.000 sono venuti fuori 10 giorni fa, quindi, dopo che noi *(si sovrappongono)* ... sono d'accordo con lei però, non è che stiamo impazzendo e che *(si sovrappongono)*

FIORENTINO Sergio: ...i dati si, però mi pare che questo dato era stato già citato dal professore Locatelli l'altra volta...i 4...i 4 casi...Certo se vengono fuori nuovi casi, soprattutto in una situazione non studiata...

LOCATELLI Franco: Allora, c'era Beppe Ippolito e Giorgio Palù mi pare...e Gianni Rezza forse? Me lo ricordate perché...

IPPOLITO Giuseppe: Grazie Franco...io volevo solo dire una cosa...che l'argomento è molto delicato ma, oggi, il *Public Health England* ci fornisce una analisi per decidere per i vaccini. È vero che loro hanno vaccinato tanto più di noi però, nell'analisi che loro fanno, dicono si che la nuova analisi, ed è in pre-print, quindi lo si può leggere, riconoscono che il vettore adenovirale è meno efficace, ma ci fa anche una stima di range di ospedalizzazione, per cui, la quota residua, in ogni caso...il pre-print è scaricabile se volete ve lo mando, ci dice alcune informazioni che sono importanti e in qualche maniera ci dicono che, nelle persone che hanno 70 anni e oltre, con una dose sia di AstraZeneca che di Pfizer, che poi migliora con la seconda dose di Pfizer, entrambi però loro documentano una riduzione elevatissima nel...in termini di gravità e di ospedalizzazione...Quindi noi abbiamo un range che è 89-95 contro 74 e 89...per le prime dosi, e 73 e 87, quindi non così grande, per Pfizer...Questo è un ulteriore dato che noi possiamo assumere, se volete ve lo circolo e...è stato reso disponibile oggi...Per dire che noi, se facciamo una proposta di far circolare a quelle persone di età più avanzata AstraZeneca, non commettiamo un reato né tantomeno andiamo a offrire un vaccino assolutamente meno efficace. Io ritengo che questi dati, e che sono stati presentati oggi a Londra e che adesso vi giro immediatamente, sono estremamente interessanti. Diversa è la cosa, io ho mandato anche a Franco Locatelli, la Sicilia, la metà delle dosi non le vuole nessuno ma...e questo per Cinzia, ieri non mi ricordo dove l'ho letto perché poi uno legge, la prima analisi etica sul diritto di non scelta del vaccino... Perché se noi entriamo col diritto di scelta del vaccino, alla fine non ne veniamo fuori quindi, la decisione va presa per fascia di età, anche per consumare queste dosi che io sono convinto che noi se li diamo a covax, come stanno facendo gli altri Paesi, quelli che ci avanzano, facciamo solo un bene. Vi mando subito questa nota che è stata pubblicata oggi in Inghilterra per chi non l'avesse

ancora letta, per cui noi possiamo dire...non possiamo però ancora fare il mix tra due vaccini perché su questa operazione, io sono d'accordo, noi dobbiamo garantire la seconda dose in costanza di situazioni, esattamente com'è...L'ho mandata a CTS Protezione Civile...Fino a quando non sarà aperto lo studio che l'Inghilterra prevede di chiudere entro la fine di maggio, allora riusciremo a capire come funziona...Mi taccio.

LOCATELLI Franco: Beppe, prima di dare la parola a Gianni e poi a Giorgio, però scusatemi se ci ritorno sopra ma francamente non capisco la logica dell'andare a ridiscutere l'indicazione di uso preferenziale sopra i 60 anni... *(si sovrappongono)*

IPPOLITO Giuseppe: No no, ma questo no...assolutamente no...assolutamente no.

LOCATELLI Franco: E no però Beppe così facciamo solo confusione cioè...abbiamo un quesito specifico

IPPOLITO Giuseppe: Non mi sono spiegato bene, faccio ammenda

LOCATELLI Franco: ...e vorrei uscire da questo empasse, cioè, il punto è diverso...C'era Gianni e poi Giorgio. Poi ci avviciniamo a un'ora per cui *(si sovrappongono)* ...terminare...

REZZA Gianni: Ecco io velocemente...Una prima cosa si ma l'efficacia del...in pratica di AstraZeneca è dimostratissima quindi...nella popolazione anziana in termini di protezione da ospedalizzazione, da morti non...non è quello credo assolutamente il problema. L'indicazione c'è, per cui là stiamo tranquilli. Sulla seconda dose: l'abbiamo fatta l'ultima volta, abbiamo fatto anche la circolare con cui abbiamo trasmesso il parere quindi anche quello credo per il momento, non ci sono dati nuovi...Quando ci saranno dati nuovi, per carità...Adesso il discorso è, siccome questo è un vaccino approvato ed autorizzato dai 18 anni in su, con un uso preferenziale sopra i 60 che fanno probabilmente delle dosi in più, cioè questo è il punto. L'altro punto è: si può differenziare AstraZeneca e Johnson&Johnson? Io son d'accordissimo, tutta l'AstraZeneca diamola agli ultra sessantenni e su questo non c'è problema... Johnson&Johnson è una dose sola, può essere utilizzato, io credo, proficuamente in popolazioni speciali anche...anche che non abbiano 60 anni insomma perché voglio dire se prendiamo: i carcerati, gli immigrati, i marittimi...Tutti coloro che, una dose e via, sono in qualche modo immunizzati...Io credo che per esempio, che non faremmo male a nessuno anzi forse faremmo...faremmo bene. Sul fatto che dopo ci sia una possibilità di *(inc.)* in termini organizzativi, di utilizzare questi vaccini, a parte la dose di Johnson&Johnson in popolazione speciale al di sotto dei 60 anni, questo mi sembra che è il vero punto di oggi...C'è chi lo sta facendo, dopo di fatto, perché non essendo vietato, essendo un uso preferenziale sopra i 60 anni ma non vietato al di sotto dei 60, c'è chi lo sta facendo. Credo che non...se il parere è: può essere utilizzato? Di fatto già è utilizzato. Di fatto non è escluso l'uso...Il punto è...bisogna fare una raccomandazione o semplicemente dire: si può utilizzare? Perché è già utilizzabile. Ci sono Regioni che lo stanno facendo...stimolando l'adesione volontaria in qualche modo, non so se riesce a trovare una formula oggi per uscirne fuori in maniera sintetica o se dobbiamo aggiornarci, per questo io credo che Franco sicuramente mi *(inc.)*

LOCATELLI Franco: Allora, Giorgio Palù poi Donato Greco... e poi se siete d'accordo provo a farvi una proposta...

CAPORALE Cinzia: Ci sarei io per una cosa brevissima...

LOCATELLI Franco: Ah scusami, scusami Cinzia non ti avevo visto

CAPORALE Cinzia: No scusami tu, scusami tu...

PALU' Giorgio: Cinzia vuoi andare tu allora, se è breve?

CAPORALE Cinzia: Volentieri! Insomma era più una reazione ad alcune cose...Allora, per quanto riguarda la questione delle, rapidamente a Gianni prima che ci si infili in un pantano al Ministero...va bene sulle popolazioni speciali ma attenzione che i carcerati e immigrati sono un ragionamento molto

diverso. Per gli immigrati può valere il principio che una sola dose con Johnson&Johnson renda più agevole la vaccinazione...I carcerati no, sono lì, non è difficile vaccinarli due volte. E viceversa sono persone considerate vulnerabili, cioè persone che sono socialmente nella peggiore delle condizioni dunque non dovremmo mai dare l'impressione, dal punto di vista etico, che su di loro si possano fare delle scelte residuali, come dire sub-ottimali. Quindi, anche perché sono un numero talmente esiguo che non spostano di una virgola, viceversa le polemiche che ci potremmo attendere sarebbero immense quindi, mi permetto di consigliare particolare attenzione al Ministero su questo. Sulla questione delle seconde dosi, attenzione che non dobbiamo solo contare le seconde dosi che arrivano adesso, ma anche le seconde dosi di quelli che oggi, degli ultrasessantenni, che a maggio e giugno faranno la prima dose di AstraZeneca. Quindi secondo me, considerato che non verrà rinnovato il contratto, questo AstraZeneca finirà, cioè non ce ne sarà proprio per aumentare rispetto alla fascia di età. Cioè secondo me abbiamo calcolato, in quella previsione, abbiamo calcolato solo, come dire, quelli che abbiamo già fatto, le seconde dosi che abbiamo già fatto, ma le seconde dosi che dovremmo aspettare, a partire da fine giugno, cioè di quelli vaccinati oggi e all'inizio di giugno su AstraZeneca, esauriscono quelle dosi se non avremo un contratto nuovo con AstraZeneca.

ABRIGNANI Sergio: *(si sovrappongono)* Arrivano 26.000.000 Cinzia, arrivano 26.000.000 a luglio...di AstraZeneca...

CAPORALE Cinzia: 26.000.000, sarebbe l'ultima pa...l'ultima tranche delle...ah ok. Allora no. Beh comunque sono una cifra comunque ce andrà calcolata...

LOCATELLI Franco: E anche 16.000.000 Cinzia di Johnson&Johnson

CAPORALE Cinzia: Che però *(inc.)* un ragionamento diverso perché lì *(si sovrappongono)*

LOCATELLI Franco: Si si, no...d'accordo...

CAPORALE Cinzia: il fatto della singola somministrazione, vedo che anche socialmente c'è una percezione abbastanza favorevole quindi ancora non sono, come dire, coincidenti le cose...L'ultima osservazione, che forse può aiutare il nostro presidente a trovare una sintesi...Insomma a me è sembrato molto saggio quello che diceva il professor Brusaferro ovvero, rimaniamo, a mio parere forse, rimanere nella attuale situazione di somministrazione preferibile al di sopra dei 60 anni in modo anche da non creare effetti confusivi eccetera...ma ribadendo, diciamo con particolare enfasi, il fatto che i rischi sono molto bassi anche tra i 50 e 60 anni insomma, ribadire lo stato dell'arte cercando di tranquillizzare e quindi poi, a seconda delle Regioni e della popolazione nelle Regioni, Beppe questa volta il federalismo ci aiuta, perché non è detto che, ci sono delle Regioni che possano, sulla base di un consenso informato, comunque somministrare questo vaccino utilmente...cioè non vedo...non vedo perché scostarsi...cioè non ci sono, non sono emersi secondo me oggi da questa discussione, elementi così forti da scostarsi da quella idea che sia preferibile darlo sopra i 60 anni. Basta.

LOCATELLI Franco: Allora, Giorgio Palù poi Donato Greco

PALU' Giorgio: Allora, abbiamo visto oggi posizioni variegate. Più o meno per tono o per accentuazione, ma chiaramente differenziate. Quindi, diciamo per...riprendere quello che diceva il presidente quando ha letto il quesito posto dal Ministro Speranza, noi siamo di fronte, chiaramente, a due scelte: uno, un cambio di raccomandazione che fino ad oggi era non cambio di indicazione, che abbiam mantenuto sia come A.I.F.A. che come E.M.A. e per tutti ma, abbiamo dato un suggerimento o meglio una raccomandazione preferenziale per gli over 60 e quindi, over 60 o over 50...Quindi *quia tertium non datur* direbbero i latini, quindi noi dovremmo decidere in base a queste due opzioni. Io credo, ecco, di essermi già espresso e mi pare che adesso anche Cinzia abbia maturato la sua posizione, per una serie di ragioni insomma per cui, ultima anche quella di non dare alla popolazione immagini così diverse una dall'altra...Ecco direi che per quanto riguarda Johnson&Johnson, è vero

che è una dose ma sappiamo già dagli studi che ci sarà presto bisogno di una seconda dose e se vogliamo tornare sulla seconda dose che non è oggi l'argomento ma lo può essere in futuro, non era contraddicente quello che diceva Sergio Abrignani perché lui pensava alla seconda dose differenziata dalla prima, cioè come già fanno alcuni Paesi, che son passati da AstraZeneca all'mRnA...e lo fanno a distanza, nel corso della dodicesima settimana. Ma io dico che questo avremo tutto il tempo di vederlo con i dati che ci sono e sperando anche con i nuovi arrivi. Quindi, io dico, siamo chiamati a scegliere. Potremmo sicuramente attendere e rimandare ma io direi che le posizioni sono emerse abbastanza chiaramente insomma. Grazie.

LOCATELLI Franco: Grazie Giorgio, c'era Donato Greco.

GRECO Donato: Presidente io sarei del parere di differenziare, intanto di concludere oggi, di non rimandare...mantenendo intatta la raccomandazione della...sopra i 60 anni per AstraZeneca ma differenziando, come tu stesso suggerivi, il vaccino Johnson&Johnson, sul piano della possibile strategia, non sul piano delle indicaioni tecniche che son state fatte, sul piano della facilità di strategia, quindi diciamo fare un parere in cui si ribadisce la autorizzazione sopra i 18 anni, con la raccomandazione preferenziale sopra i 60 anni e però differenziando per Johnson&Johnson la possibilità di un uso, diciamo strategico, ecco questa parola userei di un uso strategico tutte le fasce d'età.

PALU' Giorgio: Scusa ehm...posso?

LOCATELLI Franco: Certo.

PALU' Giorgio: No, non mi sento in questo perché anche come A.I.F.A. li abbiamo sempre affiancati quindi, siamo andati con le indicazioni, col suggerimento, preferenziale, indicazione preferenziale...adesso non vorrei corrompere i termini...Abbinando Johnson&Johnson a AstraZeneca quindi anche qui faremmo un passo indietro. Quindi io francamente non mi associo a questa proposta di Donato Greco.

ABRIGNANI Sergio: Io concordo con Giorgio. Non ha senso differenziarli.

LOCATELLI Franco: Allora io invece, come avete capito, sono a favore di una differenziazione per le ragioni che vi ho detto prima perché pur essendoci un razionale biologico o chiamiamolo immunologico emocoaugulativo che li può accomunare, a oggi non abbiamo questa evidenza così stringente per equipararli...Insisto che faccio un attimo fatica a trovare la sintesi...Perché allora anche qui o andiamo a maggioranza e scriviamo nel verbale che a maggioranza si ritiene che...Oppure vi rifaccio le due domande che vi ho fatto prima, se ritenete possano esserci degli elementi utili per rivalutare ognuno di noi le proprie posizioni e eventualmente un'ulteriore meditazione. Qui, Donato, io non sono così stringente nel dire che non si può posporre a domani piuttosto che a dopodomani una riflessione di questo tipo. Ricordo peraltro che noi avevamo anche chiesto e se ricordate, l'avevo esplicitato bene, di avere l'informazione dei 55-60 in Francia non l'abbiamo acquisita e poi c'è il dato di quanto un allargamento 50-59 può far accelerare la campagna. Vi provo anche a porre all'attenzione per una vostra riflessione, se ritenete che si siano anche motivi per un ulteriore confronto, stavolta certo non con il generale Figliuolo a cui ci possiamo rivolgere per la parte di organizzazione logistica e quindi di numero di dosi che lui ritiene possano essere guadagnabili da una scelta di questo tipo, per appunto accelerare la campagna vaccinale piuttosto che l'eventuale penalizzazione della stessa nel mantenere questo tipo di indicazione, raccomandazione, chiedo scusa, preferenziale...se ritenente utile anche un confronto con la Direzione Generale di AIFA piuttosto che con lo stesso Ministro della Salute, io sono aperto a ogni soluzione...Sergio?

ABRIGNANI Sergio: Io avrei una domanda che possiamo porre, anche non organizzando...perché...il primo obiettivo che abbiamo è di vaccinare con almeno una dose, al più presto, i suscettibili, l'ultima

decade di suscettibili con un rischio comunque relativamente basso perché 0.6% di letalità, rispetto alle altre decadi, è veramente basso, comunque esiste...Io, quello che chiederei è, abbiamo 40.000.000 di vaccini tra maggio e giugno e abbiamo 6.000.000 circa di ultrasessantenni e 6.500.000...cioè realisticamente di ultracinquantenni fino a 60 anni...Perché dobbiamo andare a cercare cose complicate...Cioè qual è il vantaggio sul vaccinare decadi a rischio quando abbiamo per 12-13.000.000 di persone che sono lo 0.6% di letalità nei 50-59enni, mi sembra il 3%-4% da 60 a 69...e di questi abbiamo 12.000.000 di persone e 40.000.000 di dosi...Se l'obiettivo poi è contenere la circolazione del virus vaccinando gli under 50, perché la letalità al di sotto degli under 50 è una curiosità poi alla fine...scendendo...quindi cioè mi chiedo: possono dirci qual è il vanta...perché una cosa m'ha colpito di Beppe Ippolito quando ha detto diamo a covax questi 12.000.000 di dosi...perché se abbiamo 26.000.000 di RnA in maggio/giugno e altri 45.000.000 a luglio, abbiamo 66.000.000 di dosi fino al 30 luglio di vaccini a RnA, e Pfizer e Moderna in genere mantengono, quindi, 66.000.000 di dosi, abbiamo già vaccinato, è vero che ci danno le seconde dosi però, qual è la motivazione per cui dovremmo fare questo cambio introducendo Johnson&Johnson da 50 a 59...io non lo vedo....Finito....É scomparso il coordinatore, non c'è più Franco.

CAPORALE Cinzia: Si, infatti.

FIORENTINO Sergio: Non è più collegato perché *(inc.)*

IPPOLITO Giuseppe: Posso dire una cosa nel frattempo? Io ho messo in chat una ipotesi, una richiesta. Se Silvia e Gianni ci fanno una stima di già infettati per fascia di età, da dati correnti...con un po' di modellino e questo ci aiuterebbe ancora ad aumentare il livello delle stime eh. Se noi diciamo *(si sovrappongono)*

LOCATELLI Franco: Scusate ma mi era saltata la connessione. Sergio ti posso chiedere la gentilezza, ero arrivato alla parte del tuo intervento in cui dicevi sarebbe utile acquisire l'informazione di qual è il vantaggio derivante dall'uso dei vaccini nella fascia 50-59 *(si sovrappongono)*

ABRIGNANI Sergio: Abbiamo 12.000.000 di persone da vaccinare fra 50-59, 6 e mezzo e altri 6 circa, come dicevi tu, ultrasessantenni...abbiamo 26.000.000 di vaccini a RnA entro il 30 giugno e altri 45.000.000 di dosi entro il 30 luglio, quindi, perché andare a utilizzare, come diceva Beppe che m'ha colpito...*(si sovrappongono)*

LOCATELLI Franco: Entro il 30 settembre vuoi dire?

ABRIGNANI Sergio: Si scusami, in luglio/settembre. In luglio/settembre avremo 66.000.000 di dosi cioè di vaccini, quindi, sapendo che le seconde dosi dobbiamo farle probabilmente con AstraZeneca quindi quelli che hanno fatto i 5-6-7 milioni, non so quanti sono, che hanno fatto AstraZeneca, e quindi il capire qual è il vantaggio di scendere con l'età, perché io non lo vedo...Che ci dessero...L'altra volta sono stati puntuali nel dirci: 3.000.000 di dosi in più soltanto nel mese di maggio se allarghiamo a 6 settimane...qui non lo vedo.

LOCATELLI Franco: Va bene, allora...proporrò certamente questo tipo di domanda. Mi permetto di puntigliosamente, scelgo apposta l'avverbio, dire che l'idea di darli all'iniziativa covax non è certo un'idea originale di questa sera...è una cosa di cui si è largamente già parlato nelle sedi appropriate, quindi non è una osservazione a *(inc.)* ... Chiaramente è un qualcosa che rientra nella logica di una solidarietà, di una eticità per una gestione che sia, come dire, rispettosa di principi etici e di aiuto umanitario oltre che per un vantaggio in una gestione globale di una pandemia che sostanzialmente, se non si affronta globalmente rischia di non trovare mai una risoluzione compiuta insomma, anche quindi mi sostituisco un secondo a Cinzia Caporale dicendo, ben inteso però che anche a questi Paesi economicamente meno fortunati dell'Italia, non possiamo certo proporre o suggerire delle raccomandazioni a che siano diverse rispetto a quelle che proporremmo nella popolazione che vive

in Italia... Allora io vi faccio questa proposta, se siete d'accordo, proprio perché, come giustamente sottolineava anche Giorgio Palù, il quadro è un attimo diversificato e non facile da comporre, proverei a cercare di acquisire queste ulteriori informazioni e una volta acquisite ci risentiamo a questo punto per arrivare a una definizione compiuta di parere. Può andar bene a tutti? Obiezioni? A parte Donato che mi ha già detto di no...

GRECO Donato: No no, io sono d'accordo.

LOCATELLI Franco: Ok. Bene, grazie infinite, è stata una discussione molto arricchente su una tematica non facile...Sergio volevi dire qualcosa?

ABRIGNANI Sergio: No no, ho salutato...

LOCATELLI Franco: No, Sergio Fiorentino, scusami...

FIORENTINO Sergio: No...chiedevo, sempre per ragioni organizzative, se presumi che queste risposte arriveranno per venerdì o che ci sia la necessità di una *(si sovrappongono)* settimane...

LOCATELLI Franco: Guarda, vedo di recuperare al più presto il dato e poi lo socializziamo.

FIORENTINO Sergio: Va bene, grazie.

LOCATELLI Franco: Grazie, ciaoooo

(i partecipanti alla videoconferenza si salutano ndr.).

L'Ufficiale di Polizia Giudiziaria

Mar. Capo Antonio PIRO MONDA