

I DATI DELLA CORTE DEI CONTI

## Sanità, in Campania spesa pro-capite tra le più basse d'Italia

di **Angelo Agrippa**

a pagina 5

# La Corte dei Conti: il Servizio sanitario non garantisce al Sud un'assistenza di qualità

**L'**audizione della Corte dei Conti presso la Commissione parlamentare per il federalismo fiscale, avvenuta qualche giorno fa, in previsione degli investimenti previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, ha perforato in silenzio l'esile diaframma dell'attenzione generale, dribblando l'esigenza di una riflessione necessaria. Eppure, il resoconto della magistratura contabile piega ogni resistenza sin qui opposta dalle regioni più ricche alle richieste di un serio riequilibrio delle risorse e di una vera modifica dei criteri — a partire dalla spesa storica in sanità — sui trasferimenti statali.

«Nonostante il percorso di graduale avvicinamento ai livelli essenziali, il sistema sanitario non è in grado di garantire su tutto il territorio nazionale un'assistenza uniforme, per quantità e qualità — afferma la Corte dei Conti —. Gli indici di valutazione dei LEA, secondo la vecchia e la nuova disciplina, ne sono una testimonianza. Il fenomeno può essere rilevato anche attraverso i dati della mobilità

interregionale o anche quelli relativi alle Regioni in piano di rientro sanitario, quelle che presentano i problemi di adeguamento infrastrutturale e tecnologico più evidenti (senza considerare le diverse politiche regionali sui ticket)».

La questione sanitaria è diventata la vera, drammatica e nuova Questione meridionale: poiché è dal diritto alla salute e alle cure che passa la verifica fondamentale della tenuta democratica. «Per le Regioni — continua la magistratura contabile — è da considerare che la gestione sanitaria assorbe la parte preponderante delle risorse e che le correlative entrate confluiscono nel Fondo sanitario nazionale (FSN) da ripartire in base a criteri volti ad assicurare il livello delle prestazioni essenziali, rimettendo gli ulteriori interventi ad uno sforzo finanziario aggiuntivo. I servizi sanitari hanno un impatto rilevante sulle risorse pubbliche e sul bilancio regionale con un'incidenza della spesa sanitaria pari a circa l'80% di quella complessiva per la quasi totalità delle Regioni e un considerevole peso

sulla determinazione del valore pro capite». Ma se i criteri del fondo nazionale di riparto continuano a favorire i territori che possono vantare servizi e attività già esistenti ed efficienti, per l'altra parte del paese, quella del Sud, non resta che interpretare la parte di Achille più veloce del paradosso di Zenone: destinato a non raggiungere mai la tartaruga, alla quale è stato concesso un piede di vantaggio.

È sufficiente leggere la tabella accanto, aggiornata al 15 settembre 2021, per rendersi conto che la spesa sanitaria corrente pro capite in Campania è inferiore di 103 euro rispetto a quanto tocca ad un cittadino del Piemonte; di 174 euro rispetto ad un residente nel Lazio; di 204 euro rispetto ad un cittadino dell'Emilia Romagna; di 247 euro rispetto ad un ligure. Viene poi sfatato anche un altro pregiudizio, quello del basso indice di prelievo tributario pro capite

Regione	Spesa sanitaria pro capite (€)
Piemonte	103
Lazio	174
Emilia Romagna	204
Liguria	247

al Sud: in Campania, nel 2020 (importi in migliaia di euro) è stato di 2.157; in Basilicata di 2.625; ma in Lombardia di 2.163 ed in Veneto di 2.113.

È per questo che la Corte invoca un cambio di passo: «Le risorse provenienti dal Pnrr costituiscono un'occasione unica per un impegnativo ridisegno del sistema sanitario, che dovrebbe intervenire in

particolare sullo sviluppo infrastrutturale, che rappresenta l'area più critica di differenziazione tra le Regioni». Ma c'è chi saprà o vorrà ascoltare, prima che l'ultimo treno per la ripresa passi senza far salire tutti i passeggeri?

**A. A.**

## La vicenda

● La Corte dei Conti in audizione presso la Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale che a tutt'oggi è inattuato. Tra Nord e Sud tante le differenze nella spesa pro capite: al Nord

si spendono in media 100 euro in più a cittadino rispetto al Sud. E per la Corte gli indici di valutazione dei LEA sono una testimonianza delle differenze tra i sistemi sanitari regionali.



**Ospedale**  
L'ingresso del Pronto soccorso del Cardarelli

## La spesa sanitaria

Regioni	Spesa sanitaria corrente - Impegni				Spesa sanitaria corrente - Pro capite			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Piemonte	8.495.405	8.557.851	8.647.660	9.127.324	1.934	1.956	1.998	2.117
Lombardia	20.215.752	19.884.551	20.193.928	21.286.421	2.018	1.981	2.017	2.123
Veneto	9.368.559	9.525.652	9.568.066	10.165.703	1.909	1.943	1.959	2.084
Liguria	3.247.889	3.285.338	3.313.247	3.448.096	2.075	2.110	2.161	2.261
Emilia-Romagna	9.062.538	9.208.485	9.334.973	9.902.607	2.037	2.068	2.093	2.218
Toscana	7.346.341	7.414.832	7.545.485	7.862.201	1.963	1.984	2.039	2.129
Marche	2.963.954	3.028.840	3.058.976	3.233.475	1.927	1.977	2.012	2.138
Umbria	1.814.324	1.833.955	1.830.411	1.924.213	2.041	2.073	2.095	2.211
Lazio	12.319.457	12.474.408	11.840.362	12.591.792	2.089	2.115	2.051	2.188
Abruzzo	2.578.795	2.635.941	2.650.082	2.751.552	1.950	2.004	2.038	2.126
Molise	733.651	696.923	712.251	763.100	2.363	2.259	2.345	2.539
<b>CAMPANIA</b>	<b>10.716.120</b>	<b>10.826.339</b>	<b>11.042.913</b>	<b>11.506.539</b>	<b>1.835</b>	<b>1.858</b>	<b>1.924</b>	<b>2.014</b>
Puglia	7.515.346	7.602.091	7.718.893	8.069.283	1.849	1.878	1.942	2.041
Basilicata	1.073.225	1.047.250	1.056.749	1.113.345	1.882	1.847	1.892	2.012
Calabria	3.673.800	3.644.794	3.740.681	3.843.560	1.869	1.863	1.956	2.029
<b>Totale RSO</b>	<b>101.125.156</b>	<b>101.667.250</b>	<b>102.254.675</b>	<b>107.589.11</b>	<b>1.965</b>	<b>1.978</b>	<b>2.010</b>	<b>2.120</b>
Area Nord	50.390.143	50.461.877	51.057.874	53.930.152	1.989	1.993	2.025	2.139
Area Centro	24.444.076	24.752.035	24.275.234	25.611.680	2.026	2.054	2.045	2.165
<b>AREA SUD</b>	<b>26.290.937</b>	<b>26.453.338</b>	<b>26.921.568</b>	<b>28.047.379</b>	<b>1.868</b>	<b>1.886</b>	<b>1.952</b>	<b>2.046</b>
<b>Totale RSO</b>	<b>101.125.156</b>	<b>101.667.250</b>	<b>102.254.675</b>	<b>107.589.211</b>	<b>1.965</b>	<b>1.978</b>	<b>2.010</b>	<b>2.120</b>
<b>Scostamento %</b>		<b>0,54</b>	<b>0,58</b>	<b>5,22</b>		<b>0,68</b>	<b>1,61</b>	<b>5,49</b>

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati BDAP, aggiornamento al 15 settembre 2021; importi in migliaia di euro, pro capite in euro

L'Ego-Hub



Peso: 1-1%, 5-56%

## La lotta al Covid

# Vaccini, alert del medico per il via alla terza dose

► Tutto pronto per il nuovo richiamo ► Raccordo tra Asl e assistenza familiare  
Verdoliva: «Aspettiamo l'ok da Roma» a tutela di anziani e delle categorie fragili

### IL PIANO

Ettore Mautone

Massima allerta a Napoli per scongiurare una nuova ondata epidemica da Sars-Cov-2. La Asl - dopo l'allarme suonato dall'unità di crisi regionale - punta a rafforzare le misure di prevenzione e protezione e si prepara alla somministrazione delle terze dosi alle nuove categorie prossime alla scadenza dei sei mesi dalla conclusione dell'ultima inoculazione, segnatamente insegnanti e forze dell'ordine che in blocco sono stati vaccinati tra marzo e maggio. «Siamo stati messi in preallarme dalla Regione - conferma il manager della Asl Ciro Verdoliva - per poterci organizzare ed essere immediatamente operativi non appena dal ministero della Salute giungerà il via libera».

### LE CATEGORIE

Per ora la finestra per accedere ai centri vaccinali ed esigere il terzo richiamo riguarda soltanto i soggetti fragili per patologia (immunodepressi dai 18 anni in poi destinatari di una terza dose aggiuntiva a partire da 21 giorni dopo l'ultima dose) e poi, per la dose potenziante (booster), i vulnerabili per disabilità (dai 12 anni in poi), quelli fragili per età (anziani ultra

80enni, residenti nelle Rsa insieme al personale di queste strutture), i fragili per esposizione come il personale sanitario dai 60 anni in poi o di tutte le età se affetto da patologie. Infine gli ultra 60enni. In tutti questi casi l'accesso ai centri vaccinali è consentito dai 6 mesi in poi dopo l'ultima somministrazione. Come per le prime due dosi non c'è obbligo di vaccinazione ma la terza dose è vivamente consigliata. I punti vaccinali attivi sul territorio cittadino sono la Mostra d'Oltremare e la ex Fagianeria del Bosco di Capodimonte, tutti i distretti (aperti tutti i giorni dalle 9 alle 18) con la possibilità di ricevere la puntura anche dal medico di famiglia e infine nelle farmacie che da quest'anno, oltre alle vaccinazioni antiCovid, sono autorizzate ad erogare e somministrare anche l'antinfluenzale. Secondo le intenzioni del ministero della Salute dopo le categorie attualmente destinatarie dei terzi richiami (come detto i fragili per patologie, per età e livello di esposizione) toccherà ai gruppi vaccinati per primi, all'inizio della campagna vaccinale. E dunque insegnanti e forze dell'ordine. Poi toccherà a partire da gennaio anche ai 50-59enni, ai 40-49enni e via via, a scalare, a tutte le altre fasce di età che sono state immunizzate a scaglioni con il primo ciclo di due dosi nel corso di quest'anno.

### GLI STUDI

«Le terze dosi sono necessarie - av-

verte Franco Buonaguro, virologo e direttore dell'unità di biologia molecolare del Pascale di Napoli - dalle recenti pubblicazioni su Lancet e altre riviste internazionali e anche dalla nostra esperienza - sappiamo che dopo la seconda dose già nell'arco di un mese si assiste a un calo considerevole dell'immunità su anticorpi. Quindi i colleghi tutti e il personale sanitario sono invitati a vaccinarsi al più presto per ripristinare le difese».

### I MEDICI

I medici di famiglia a Napoli, intanto, si sono dotati di un software che, in collegamento con la piattaforma regionale Sinfonia, consente loro di essere avvisati in tempo reale al superamento dei sei mesi dall'ultima inoculazione per ciascun assistito. «In tal modo - spiega Luigi Sparano della Fimmg Napoli - possiamo avere costantemente il polso dei pazienti da chiamare per proporre la terza dose antiCovid». Le terze dosi sono indispensabili per tenere alta la guardia contro i contagi: i risultati delle vaccinazioni sono infatti nei numeri. Come stavamo in Campania esattamente un anno fa? «Avevamo 2.817 casi al giorno di media contro i 541 di oggi - ricorda Nicola Fusco, ordinario di Matematica dalla Federico II - con 15 morti al



giorno in media contro i 4,3 di oggi, 168 terapie intensive occupate contro le 16 di oggi. Senza vaccino saremmo in piena quarta ondata con drastiche limitazioni alle attività sociali».

**NON È OBBLIGATORIO  
MA RESTA CONSIGLIATO  
PER EVITARE  
LA QUARTA ONDATA  
VIROLOGI CONCORDI  
«ANTICORPI NECESSARI»**

**IL PROGRAMMA**

**Il piano vaccinale per la terza dose è partito dagli over 80, a destra il manager Verdoliva**



Peso: 35%

# La Sanità post Covid deve ripartire da digitale, competenze e big data

**Lo studio.** Il libro bianco del Cergas Bocconi con 30 proposte operative: puntare su formazione in digital health e sulla miniera d'oro dei dati sanitari

**Natascia Ronchetti**

**D**i sperimentazioni ce ne sono già tante ma diffusa a macchia di leopardo. In Piemonte gruppi di pazienti che devono sottoporsi alla dialisi domiciliare sono tutti connessi in parallelo con un solo infermiere, con un aumento della produttività del Servizio sanitario e della qualità della vita dei malati. Nel Bergamasco una cooperativa di medici di famiglia ha dotato i pazienti di una app che consente la verifica della compliance, vale a dire dell'aderenza alle prescrizioni. «In tutti i casi mettere a sistema queste esperienze di digitalizzazione del servizio sanitario non è un problema di costi ma di organizzazione», dice Francesco Longo, direttore scientifico di Oasi, osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario del Cergas di Sda Bocconi. «Quanto ai big data - spiega Longo - siamo seduti su una miniera d'oro, ma dobbiamo imparare a utilizzarla». Sì, perché oggi il servizio sanitario nazionale dispone di tutti quelli amministrativi, che consentono di ricostruire la storia clinica di ogni paziente, cosa che fa dell'Italia una eccellenza, molto più avanzata di Paesi come la Germania o gli Stati Uniti. «Il problema è quello di standardizzare questa mole di dati accordandosi anche su una semantica condivisa - spiega Longo - per sfruttare il loro enorme potenziale clinico: il termine fragile riferito a un paziente ha infatti un significato diverso nelle varie regioni. Ma abbiamo tutte le risorse per utilizzare i big data a scopi clinici e non solo per fare programmazione». Si deve proprio a Cergas il progetto di ricerca sul Ssn con il quale, insieme a Planning - società

che da oltre 30 anni è specializzata nell'organizzazione di eventi e attività formative in campo medico-scientifico - che ha portato alla stesura del "Libro bianco" della Sanità del futuro. Una sorta di "manifesto", con 30 proposte che sono la sintesi del confronto tra i principali protagonisti del sistema sanitario, oltre 50 delegati di ministeri, enti, istituzioni e aziende. Il risultato è un nuovo scenario per la salute post Covid-19 che si concentra su lavoro, tecnologie digitali e big data e che sarà presentato a Bologna, venerdì prossimo, nel corso dell'incontro «Area sanità. Strategie per la salute del Paese» che si terrà a Palazzo Re Enzo con Microsoft e Manpower come partner. «Il frutto di un confronto durato oltre otto mesi», dice Simona Fontana, project manager dell'evento. Tutto alla luce delle risorse per il salto di qualità del sistema sanitario messe a disposizione dal Pnrr, il piano nazionale di ripresa e resilienza: 15,63 miliardi, a cui si aggiungono gli 1,71 previsti dal React Eu e i 2,89 del fondo complementare. Le proposte vanno dagli investimenti per la formazione delle competenze digitali di tutti gli operatori coinvolti - sanitari, amministrativi, tecnici - al consolidamento dei progetti pilota della "digital health". Dallo sviluppo delle infrastrutture tecnologiche alla promozione di una conoscenza diffusa dei big data. Partendo da un sistema che - quasi travolto dalla pandemia - ha mostrato tutte le proprie criticità. Oggi la spesa sanitaria pro-capite italiana è di 2.599 euro, quasi la metà di quella della Germania e della Francia, inferiore a quella di molti altri Paesi europei, dall'Olanda alla Finlandia. Il disavanzo di molte regioni è stato quasi

azzerato. Ma l'obiettivo del contenimento della spesa è stato raggiunto incidendo soprattutto sui costi del personale. Così, se il numero dei medici è in linea con gli altri Paesi sviluppati (4 ogni mille abitanti) drammatica è la situazione degli infermieri, che sono circa 6 ogni mille abitanti, meno della metà della Germania. Mentre resta inchiodato a 3,14 (sempre ogni mille abitanti), il numero di posti letto negli ospedali, contro gli 8 della Germania e i 6 della Francia. E resta il profondo divario tra Nord e Sud del Paese, il gap anche all'interno delle stesse aree. «Anche se regioni come Campania, Puglia e Basilicata hanno fatti passi da gigante, a differenza di Sicilia e Calabria, che sono ancora deboli», spiega Longo. Situazione confermata dai numeri sulla mobilità sanitaria, con Lombardia, Emilia Romagna e Veneto che intercettano da sole quasi 200 mila ricoveri all'anno di pazienti provenienti soprattutto dalle regioni del Meridione. Eppure in Italia ci sono tante best practice. «E ciò che è necessario fare con la dote del Pnrr è il salto di qualità per tutti, portando equità», aggiunge Longo. Ed è per questo, secondo le proposte emerse con il progetto di ricerca, che sul fronte della digitalizzazione dei servizi occorre raggiungere anche l'ultimo medico, inte-



Peso: 34%

grando i setting di cura tra medici di base, ospedalieri, specialisti, per eliminare le sacche di spreco. Diffondendo le sperimentazioni e industrializzandole su scala nazionale, lavorando prima di tutto sulla compliance. Quanto ai big data, «la standardizzazione e la condivisione semantica – spiega ancora Longo – richiedono 5-6 anni di lavoro. Ma non partiamo certo da zero».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# 15,6 miliardi

## DISPONIBILI DEL PNRR

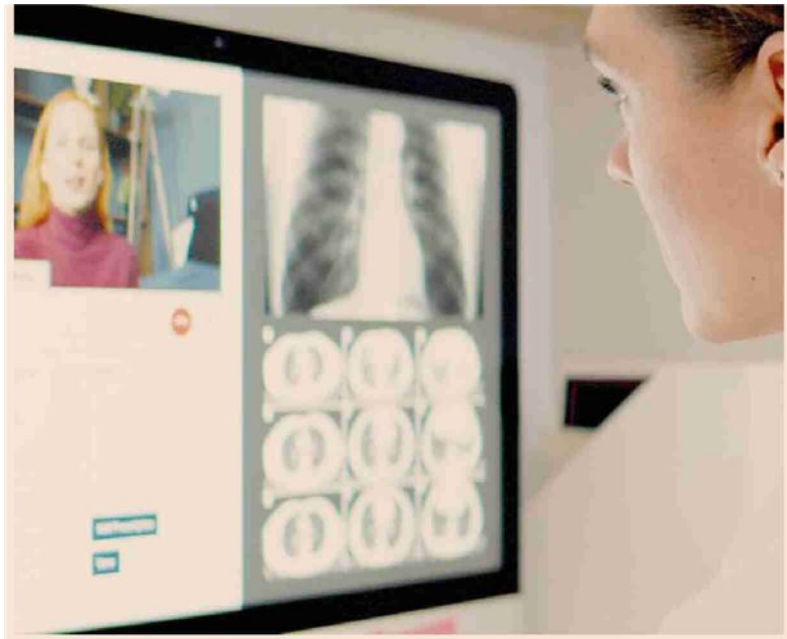
Per il salto di qualità del Ssn il piano nazionale di ripresa e resilienza prevede 15,63 miliardi, più gli 1,71 di React Eu e i 2,89 del fondo complementare



## «SEDUTI SU UNA MINIERA D'ORO»

Per Francesco Longo, direttore scientifico di Oasi Cergas Bocconi «con i big data siamo seduti su una miniera d'oro, ma dobbiamo imparare a utilizzarla»

**Ci sono tutte le risorse per utilizzare i big data per scopi clinici e non solo per fare la programmazione**



## Digital health.

Anche il Pnrr scommette su digitalizzazione e telemedicina



Peso: 34%

## L'INTERVENTO

## PANORAMA

## Flessibilità e innovazione: la lezione delle Asl per superare la pandemia

Il dibattito sui professionisti del Servizio sanitario nazionale ha recuperato nel corso dell'ultimo mese la centralità che gli si addice. Fiaso, la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere, ha chiesto alle istituzioni l'assunzione dei precari impegnati in prima linea durante la pandemia e la proposta, che ha trovato la piena condivisione e il sostegno della gran parte degli ordini professionali, è stata recepita dalla legge di bilancio 2022, con modalità ancora in via di definizione. È una questione che riveste carattere d'urgenza, perché quei 53mila uomini e donne che nei lunghi mesi della pandemia hanno lavorato senza sosta per tutelare la nostra salute sono indispensabili per colmare le carenze di organico accumulate nel corso degli anni per gli effetti combinati del sottofinanziamento, del blocco del turn over, del tetto alla spesa per il personale bloccato al 2004, oltre che di una programmazione della formazione universitaria poco raccordata alla evoluzione del Ssn. Ci servono per poter continuare a garantire i livelli essenziali di assistenza, e sviluppare le progettualità del Pnrr, con tutte le opportunità, ma anche i vincoli stringenti, che ne derivano.

Non si tratta, ovviamente, solo di numeri. Una parte significativa della innovazione che il management della Sanità italiana ha introdotto nel corso della pandemia ha riguardato i processi, l'abbattimento di barriere professionali e disciplinari ritenute inamovibili, e la pratica della flessibilità organizzativa. Ora dobbiamo portare a sistema quella innovazione. Il Ssn può contare su comunità professionali molto specializzate, che esercitano un controllo deciso su contenuto e destinatari del proprio lavoro. Si tratta, indubbiamente, di un punto di forza, testimoniato anche dall'accreditamento e dalla autorevolezza presso l'opinione pubblica. Ma che è all'origine anche di forme di rigidità del sistema quando professioni e discipline considerano esclusivo e insostituibile il rapporto con il bisogno di cura ed assistenza al quale rispondono, contribuendo alla creazione di silos professionali.

Nel corso della pandemia il management della sanità italiana ha proposto e implementato modelli organizzativi che superano questo approccio, preoccupandosi esclusivamente di garantire risposte tempestive, efficaci, di qualità e sicure ai bisogni ai quali il sistema era chiamato a rispondere. Ciò che quella esperienza suggerisce, anche una volta usciti dalla emergenza, è di puntare con forza su un sistema in grado di praticare un adattamento dinamico dello skill mix di competenze al mutare delle condizioni del contesto.

Di quella flessibilità, che si è rivelata necessaria ed indispensabile nel corso della emergenza, abbiamo bisogno anche nella ordinarietà, per sintonizzarci di più e meglio con il punto di vista e i bisogni dei cittadini. L'uscita dalla pandemia offre una serie di opportunità. Si tratta di porre mano, e in tempi rapidi, ad una strategia che coinvolge diversi livelli. Quello centrale, al quale compete la definizione di strutture contrattuali che aiutino la flessibilità e lo sviluppo di nuove competenze. Quello regionale, che ci auguriamo promuova e sostenga i cambiamenti necessari all'interno delle aziende sanitarie. Dalle comunità professionali ci attendiamo un contributo, culturale e sul campo, alla differenziazione tra competenze e ruoli e al superamento delle esclusività.

Per quanto riguarda le aziende, infine, il management della sanità italiana è consapevole che è al loro interno che si genera il cambiamento e che l'organizzazione del lavoro è una delle leve di maggior rilievo per promuoverlo. Continueremo a riflettere su questi temi, quindi, con la ferma determinazione a farli diventare punti essenziali e imprescindibili della agenda delle politiche sanitarie del Paese e la consapevolezza della urgenza di trovare soluzioni adeguate.

—Giovanni Migliore

Presidente Fiaso

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Precari da stabilizzare.** In manovra arriverà la stabilizzazione dei precari che hanno lavorato durante l'emergenza



Peso:20%

## Salute 24

### Strategie anti Covid Immunizzazione più efficace grazie al mix di vaccini

Agnese Codignola — a pag. 23

# Esperimento di massa, il mix è più efficace del vaccino unico

**Risultati.** I dati di tre grandi studi su centinaia di migliaia di europei confermano che la vaccinazione eterologa è più potente. Intanto, negli Usa, viene ipotizzata una quarta dose per gli immunodepressi

**Agnese Codignola**

**M**entre l'Ema dà il via libera anche al richiamo del vaccino di Moderna (con un dosaggio dimezzato, da fare almeno 6 mesi dopo la conclusione dell'intero primo ciclo vaccinale, o dopo 28 giorni per gli immunodepressi), come già avvenuto per il vaccino di Pfizer/BionTech (con dose intera e stesse tempistiche), i Cdc statunitensi parlano già di una quarta dose per gli immunodepressi. Nei giorni scorsi hanno reso noto che per queste persone è possibile programmare una quarta inoculazione, a sei mesi dall'ultima. Non si tratterebbe di una vera quarta dose ma, più correttamente, di una terza, perché quella fatta dopo le prime due (autorizzata da agosto), sarebbe da considerarsi come parte integrante del primo ciclo, più forte per gli immunodepressi (e quindi articolato su tre dosi e non su due) a causa della debolezza della risposta che si riscontra in molti di loro. L'indicazione, per ora, non include il vaccino di Johnson&Johnson, sul quale, negli Usa come in Europa, le agenzie devono ancora esprimersi (Aifa dovrebbe farlo entro domani). Anche in quel caso sarebbe considerata un completamento del ciclo, più che una dose aggiuntiva,

visto che la somministrazione unica si è rivelata meno efficace contro la Delta. Con la seconda dose, invece, la copertura, secondo i dati dello studio Ensemble2, appena pubblicati sul New England Journal of Medicine, arriverebbe al 100%.

Nelle stesse ore si è poi fatta avanti Novavax, che ha messo a punto un vaccino basato su una tecnologia già consolidata da una trentina d'anni: quella del vaccino proteico, che contiene cioè la proteina stimolante già pronta (la spike) più un adiuvante (una saponina). Novavax ha appena ricevuto la sua prima autorizzazione per l'uso in emergenza in Indonesia e ha chiesto il via libera in Gran Bretagna. Presto dovrebbe completare le richieste in Europa, Canada, Australia, Nuova Zelanda e Usa. Nei prossimi mesi ci potrebbe essere quindi un ulteriore vaccino disponibile, sia per le prime dosi che per le successive. Ma qual è l'orientamento nei confronti dei possibili mix?

La risposta dei Cdc (Centers for Disease Control and Prevention, l'organismo di controllo sulla sanità pubblica), e anche quella dei dati, vanno verso una direzione chiara: mischiare è meglio. Negli ultimi mesi, infatti, l'Europa ha portato avanti, involontariamente, una sorta di grande esperimento di massa, perché molti paesi, in primavera, hanno interrotto la vaccinazione con AstraZeneca, costringendo a chi era a metà del programma a cambiare, e ora i dati confermano che l'eterologa è più potente, senza essere più pericolosa o tossica. In particolare, è

successo in Svezia, e ora gli epidemiologi dell'Università di Umea hanno pubblicato, su Lancet Regional Health Europe, i dati su circa 100.000 persone che avevano ricevuto prima AstraZeneca, poi un vaccino a mRNA. Chi è stato immunizzato con il mix ha avuto una diminuzione del 68% del rischio di sviluppare la malattia sintomatica rispetto ai non vaccinati, mentre chi è stato sottoposto a due dosi di AstraZeneca (un campione di 430.000 persone) ha avuto una diminuzione del 50%. Uno scenario simile si è avuto in Danimarca: secondo lo State Serum Institute (dati in attesa di conferma), chi ha ricevuto lo schema eterologo (AstraZeneca più Pfizer) ha avuto un effetto preventivo dell'88% nei confronti della malattia con sintomi, del tutto simile a quello visto in chi aveva avuto due dosi di Pfizer. Infine, anche la Francia ha fatto i conti su oltre 2.500 operatori sanitari che avevano ricevuto il mix e su 10.000 che erano stati sottoposti al vaccino omologo, con due dosi di Pfizer: come riportato su Nature, i primi hanno avuto un tasso di infezioni dimezzato rispetto agli altri.



Peso: 1-1%, 23-40%

Dagli Usa arrivano poi notizie del tutto simili, perché i National Institutes of Health hanno sperimentato lo schema omologo e quello eterologo dei tre vaccini disponibili (Moderna, Pfizer e J&J) su circa 450 persone, e hanno visto (e pubblicato sulla piattaforma MedRxiv) che qualunque combinazione è più efficace rispetto al vaccino unico. Inoltre non sono emersi eventi avversi diversi da quelli

già noti. Nei prossimi mesi ci potrebbero essere quindi più vaccini da assortire, con indubbi vantaggi anche per le campagne nei paesi più poveri e per raggiungere gli obiettivi appena indicati dal G20.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Indonesia approva Novavax, un ulteriore vaccino a disposizione, sia per le prime dosi che per le successive

**RICHIAMO**  
**L'indicazione, per ora, non include il vaccino J&J, sul quale Fda, Ema e Aifa devono ancora esprimersi**

Sabato 6 novembre i volontari di Fondazione Airc tornano in 1.200 piazze con i Cioccolatini della Ricerca a sostegno della lotta contro il cancro



### I GIORNI DELLA RICERCA

Airc, con la campagna «È questo il momento», sostiene con continuità il lavoro di oltre 5.000 ricercatori con un investimento, nel solo 2021, di oltre 125 milioni di euro



### Mix and match.

Molti paesi, in primavera, hanno interrotto la somministrazione del vaccino AstraZeneca, costringendo a chi era a metà del programma a cambiare



Peso: 1-1%, 23-40%

# Verso proroga dello stato di emergenza, ma la via parlamentare è stretta

## La lotta al Covid

Anche il green pass sarà prorogato. Balzo dei contagi a Trieste dopo le proteste

**Marzio Bartoloni**

L'obbligo di esibire il green pass nella vita sociale e anche al lavoro accompagnerà quasi sicuramente gli italiani anche nel 2022, almeno fino a marzo ma più probabilmente fino all'estate. I numeri dicono che l'epidemia è già in risalita a inizio autunno e in prospettiva il certificato verde secondo il Governo può essere ancora molto utile per tenere a bada il virus durante i più temibili mesi invernali. Ma l'Esecutivo punta ad estendere anche lo stato di emergenza che si concluderà formalmente a fine anno dopo quasi due anni di proroghe con la prima dichiarazione partita il 31 gennaio 2020 con il Governo Conte. Tra due mesi potrebbe essere necessario prorogare ancora lo stato di emergenza per tenere in piedi la struttura commissariale guidata dal generale Figliuolo per consentirgli gli acquisti di vaccini e medicine (stanziati quasi 2 miliardi nella manovra) e procedere più facilmente con le terze dosi negli hub, oltre che per allungare la vita al Comitato tecnico scientifico. Due passaggi - quello dell'estensione del pass e della proroga dello stato di emergenza - che si annunciano difficilissimi per la maggioranza e l'Esecutivo, una vera e propria forca caudina, visto che sarà obbligatorio passare per il Parla-

mento. Se il governo sceglierà di utilizzare lo stato d'emergenza anche nel 2022 dovrà infatti farlo con una norma primaria, non potendo più prorogare quello attuale con un semplice passaggio in consiglio dei ministri. E stavolta l'approdo in Parlamento potrebbe far salire molto le fibrillazioni all'interno della maggioranza che sostiene l'Esecutivo.

Se per il ministro della Salute Roberto Speranza il Governo sarebbe pronto a decidere di rinnovare «senza timore» se dovesse esserci la necessità, nei giorni scorsi il leader della Lega Matteo Salvini ha chiesto invece che «con il 2021 si chiuda anche la necessità del green pass». Di tutt'altro tenore il parere del ministro degli Esteri e Cinque Stelle Luigi Di Maio che ieri ha ribadito che per evitare lockdown e coprifuoco, che stanno tornando in altri Paesi, bisogna andare avanti con il green pass. Insomma il passaggio in Parlamento si annuncia tutt'altro che facile per l'Esecutivo guidato dal premier Draghi che però sul Covid finora ha sempre tirato diritto.

A preoccupare del resto sono i numeri dell'epidemia che dopo settimane di relativa calma da una decina di giorni sono in chiara risalita: +40% i contagi in una settimana e soprattutto i ricoveri ordinari che tornano a crescere (ieri +109, +10% in una set-

timana) mentre le terapie intensive si muovono di meno (+23 in 7 giorni), ma queste però aumentano sempre per ultime. E con Trieste che fa i conti con i contagi lasciati dalle proteste No Pass dei giorni scorsi. Il tasso di infezione è schizzato a 350 casi per 100mila abitanti negli ultimi 7 giorni, il triplo rispetto al resto della regione. Numeri che riportano indietro la città all'autunno del 2020 e che ha costretto il prefetto a vietare le manifestazioni a piazza Unità d'Italia almeno fino a fine anno.

La buona notizia è che i vaccini finora funzionano soprattutto contro le forme gravi: secondo gli ultimi dati dell'Iss chi non è immunizzato rischia sette volte di più di finire in ospedale e undici volte di morire. Intanto oggi o domani l'Aifa potrebbe esprimersi sulla necessità di un richiamo per chi ha fatto il mono dose di Johnson & Johnson.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**ROBERTO SPERANZA**

«I numeri sono in crescita. In questo momento il Green Pass è fondamentale, perché ci consente di tenere aperti tutti i luoghi della socializzazione, della cultura, i ristoranti, le scuole e le università» ha sottolineato il ministro della Salute



Peso: 18%