

Piano vaccinale, difesa dei più a rischio e ripartenza del Paese

Advanced draft

L'Associazione "M&M - Idee per un Paese migliore", riunisce manager, scienziati, diplomatici, esponenti del terzo settore, accademici e funzionari pubblici ed è impegnata a offrire suggerimenti e proposte per lo sviluppo del Paese.

M&M in questi mesi ha sviluppato una serie di proposte: i) il Piano "Bridge" e "Bridge 2" per una straordinaria erogazione di credito agli operatori economici e per facilitare investimenti e ricapitalizzazione delle imprese; ii) il Piano Bridge Sanità con proposte per una riforma del sistema sanitario; iii) Next Generation Italia su come utilizzare il Recovery Fund europeo e attuare il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Tutti gli elaborati dell'Associazione sono messi a disposizione #opensource di istituzioni, partiti politici, forze sociali e altri stakeholders e sono aperti a modifiche in relazione al dibattito che suscitano e i commenti che ricevono.

Il presente documento è il risultato di un lavoro collettivo nel quadro dell'Associazione M&M – Idee per un Paese migliore, coordinato da Sergio Abrignani, Professore ordinario di Patologia Generale - Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano e con i contributi di:

- *Carlo Altomonte, Università Bocconi*
- *Pietro Bonaccorsi, M&M – Idee per un Paese migliore*
- *Andrea Cuomo, manager*
- *Chiara Mearelli, M&M – Idee per un Paese migliore*
- *Diva Moriani, manager*

Sintesi

Con questo documento, M&M vuole aprire un dibattito su un piano composto dai seguenti elementi:

- **Fissazione di un chiaro obiettivo nella campagna di vaccinazione che dia priorità alle persone più a rischio: over 65 e persone con multimorbilità;**
- **Comunicazione chiara e puntuale al Paese di tale obiettivo;**
- **Sforzo collettivo - logistico, sociale ed economico - per il raggiungimento di tal obiettivo nei tempi più rapidi possibili;**
- **Una volta raggiunto l'obiettivo, riapertura completa del Paese, con un ritorno ad una "normalità post-Covid": riapertura di tutti i servizi e tutti gli spazi, ma con il mantenimento di misure precauzionali (mascherine, distanziamento, ecc..).**

Si tratta di aprire una discussione se è possibile dare un traguardo e una speranza concreta di ritorno alla normalità al Paese.

Si tratta di aprire una discussione se è possibile uscire dalle incertezze in cui ci ha posto il Covid e rimettere i cittadini in condizione di curarsi anche di altre patologie, di godere di tutti i propri affetti, di apprendere, di programmare la propria vita, di guardare al futuro.

Una ben organizzata campagna vaccinale ci pone oggi di fronte alla possibilità di conciliare la tutela degli individui vulnerabili con la possibilità di consentire a tutti di pianificare nuovamente la propria vita e le proprie attività, pur mantenendo quelle attenzioni e cautele che saranno ancora a lungo necessarie.

M&M propone di valutare come accelerare gli sforzi della campagna vaccinale. La vaccinazione dei più vulnerabili determina l'abbattimento degli indicatori di letalità della pandemia. Si tratta di ricondurre il COVID 19 a una epidemia a bassa letalità e quindi di consentire la progressiva e definitiva conclusione della stagione dei lockdown e il ripristino dei diritti sospesi, primo tra tutti il diritto alla salute. Il lockdown e le restrizioni frenano il Covid, ma accelerano di fatto altre patologie. Una volta protetti dal Covid i più a rischio, si deve ridare agli altri la possibilità di curarsi di altre patologie.

1. Aprire il dibattito: la vaccinazione dei più deboli e la riapertura del Paese

La notizia dell'approvazione dei vaccini Pfizer-BioNTech e Moderna da parte dell'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) ha inaugurato una fase di svolta nell'azione di contrasto al COVID-19. Il lancio della campagna vaccinale, avvenuto il 27 dicembre scorso, rappresenta per l'Italia il primo passo verso il superamento della pandemia. Occorre adesso interrogarsi su quali siano gli **obiettivi strategici** a medio termine di questa campagna, e sui **processi** da implementare per una loro tempestiva realizzazione.

Il Ministero della Salute ha messo a punto un piano strategico nazionale per la vaccinazione con la previsione di quattro fasi successive, corrispondenti a quattro platee di popolazione destinataria del vaccino, in ordine decrescente di priorità. Nella fase 1 della campagna, si provvederà a vaccinare gli operatori sanitari e socio-sanitari, gli ospiti e i dipendenti delle Residenze Sanitarie Assistenziali, e i cittadini ultra-ottantenni. Nella fase 2, in concomitanza con un maggiore afflusso di dosi prodotte, verrà vaccinata un'ampia platea di popolazione vulnerabile, individuata con criteri di anzianità e in base alle comorbidità più frequentemente associate a un decorso grave della malattia da coronavirus. Destinatari della fase 3 sono i lavoratori dei servizi essenziali, i residenti di carceri e comunità, i dipendenti delle forze armate e di Polizia, e il personale scolastico e universitario. Infine, la fase 4 è rivolta in via residuale al resto della popolazione adulta. Nonostante la predisposizione di questa suddivisione temporale, **il piano non formula previsioni** su quali saranno le condizioni di completamento del processo vaccinale che potrebbero garantire una progressiva ripresa delle attività produttive e della mobilità.

Con questo documento intendiamo proporre di **associare al raggiungimento dell'immunizzazione prioritaria della popolazione fragile un chiaro obiettivo temporale di ripartenza del Paese**. Più nello specifico, assumendo che fra poche settimane non dovrebbe più esserci carenza di vaccini, proponiamo di **accelerare il processo vaccinale della popolazione più suscettibile, al punto di poter inaugurare in pochi mesi una profonda revisione dei lockdown**. Crediamo sia fondamentale **stabilire questo obiettivo in maniera chiara e programmatica, e comunicarlo altrettanto chiaramente per fornire ai cittadini una concreta prospettiva di futuro**, in grado di orientare sinergicamente gli sforzi collettivi verso la ripartenza.

Si propone di immunizzare prioritariamente ed efficacemente i segmenti di popolazione vulnerabili al virus:

- **gli ultra 65; e**
- **gli adulti affetti da più patologie.**

In questo modo saremo in grado di **abbattere gli indicatori di mortalità.**

Per realizzare questo obiettivo in tempi rapidi, occorrerà predisporre una **campagna di vaccinazione di massa**, che efficienti e velocizzi la quantità di dosi giornalmente inoculate. **Una volta ottenuta l'immunizzazione della popolazione vulnerabile, non occorrerà attendere il raggiungimento dell'immunità di gregge per poter riprendere, con le dovute precauzioni, la vita sociale e le attività produttive:** in questa nuova fase, il virus potrà eventualmente continuare a circolare colpendo però soltanto quei segmenti di popolazione che corrono un basso rischio di un decorso grave della malattia. Questo quadro dovrà ovviamente tener conto della diffusione di nuove varianti del virus che potrebbero richiedere una dose aggiuntiva di vaccino specifico per la nuova variante che non fosse riconosciuta dal vaccino utilizzato fino a quel momento.

Nel valutare questa priorità, è opportuno considerare che, oltre a quasi 90.000 decessi, **la pandemia ha determinato una sensibile compromissione dell'accesso ad alcuni diritti fondamentali**, anzitutto quello alla salute, le cui conseguenze si rifletteranno profondamente sulla qualità della vita dei cittadini negli anni a seguire.

Si pensi in primis ai **servizi sanitari fondamentali**, la cui fruizione è stata compromessa dal sovraccarico delle strutture ospedaliere e dai timori diffusi di contagio. Abbiamo assistito, per esempio, a un drastico calo degli accessi a screening oncologici¹ e altre misure di prevenzione secondaria, a una diminuzione dei ricoveri per patologie cardiache,² dei servizi di cardiologia riabilitativa³ e di assistenza psichiatrica,⁴ con la temporanea chiusura di alcuni centri ambulatoriali, la riduzione degli orari di accesso, e la riconversione di letti ospedalieri in

¹ Rilevazione AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica). <https://www.aiom.it/speciale-covid-19-tumori-un-milione-400mila-screening-in-meno-primi-5-mesi-2020-rischio-diagnosi-avanzate-servono-risorse-per-telemedicina/>

² Vecchio, S., Fileti, L., Reggi, A., Moschini, C., Lorenzetti, S., & Rubboli, A. (2020). Impatto della pandemia COVID-19 sui ricoveri per sindrome coronarica acuta: revisione della letteratura ed esperienza monocentrica. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 21(7):502-508.

³ Mureddu, G. F., Giallauria, F., Venturini, E., Fattiroli, F., & Ambrosetti, M. (2020). Cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria durante la pandemia COVID-19: stato dell'arte e prospettive. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 21(7), 527-528.

⁴ Carpinello, B., Tusconi, M., Zanalda, E., Di Sciascio, G., & Di Giannantonio, M. (2020). Psychiatry during the Covid-19 pandemic: a survey on mental health departments in Italy. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-12.

unità per pazienti positivi al COVID. Parallelamente, diversi studi confermano l'impatto negativo dei lockdown sulla salute mentale, notificando un aumento dei livelli di ansia, depressione e sintomi legati allo stress negli adulti,⁵ e di irritabilità, ansia e disturbi del sonno nella popolazione infantile.⁶ Le visite ai pazienti ricoverati in ospedale sono state fortemente ristrette dai protocolli anti-contagio.

L'accesso all'istruzione è stato ulteriore oggetto di forti limitazioni. Nonostante le opportunità messe a disposizione dalla tecnologia, che hanno permesso di proseguire le lezioni scolastiche per via telematica, un'indagine IPSOS per Save The Children denuncia negli studenti delle superiori la percezione di un netto peggioramento della preparazione scolastica. Un'ulteriore indagine promossa da UNICEF in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano denuncia che più di un quarto delle famiglie intervistate non ha avuto sufficienti mezzi tecnologici per sostenere i collegamenti online, mentre quasi un terzo sostiene di non avere avuto il tempo necessario a seguire i figli – soprattutto i più piccoli – nella didattica. La DAD (Didattica A Distanza) è vissuta come un ostacolo all'apprendimento, con gravi ricadute potenziali sul rischio di abbandono scolastico.⁷

Le attività economiche sono state compresse, e solo parzialmente ristorate dalle perdite subite. In aggregato, si stima che la pandemia abbia ridotto di quasi nove punti percentuali il PIL nell'ultimo anno,⁸ e potrebbe determinare la perdita di centinaia di migliaia di posti di lavoro e di opportunità di occupazione.

Parimenti sono state fortemente limitate o addirittura annullate molte attività culturali (teatri, cinema, concerti, musei, esposizioni, festival e altre forme di intrattenimento) e quindi il loro godimento da parte dei cittadini.

Alla luce di tutto questo, **diventa ancor più urgente tracciare una strada per ritornare a garantire a tutti i**

⁵ Fiorillo, A., Sampogna, G., Giallonardo, V., Del Vecchio, V., Luciano, M., Albert, U., ... & Volpe, U. (2020). Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network. *European Psychiatry*, 63(1).

⁶ Indagine IRCCS Gaslini (Genova): <http://www.gaslini.org/wp-content/uploads/2020/06/Indagine-Irccs-Gaslini.pdf>
Indagine IRCCS Stella Maris (Pisa) su bambini con problemi neurologici e psichiatrici: Conti, E., Sgandurra, G., De Nicola, G., Biagioni, T., Boldrini, S., Bonaventura, E., ... & Battini, R. (2020). Behavioural and emotional changes during covid-19 lockdown in an italian paediatric population with neurologic and psychiatric disorders. *Brain Sciences*, 10(12), 918.

⁷ IPSOS - Save The Children: <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/i-giovani-ai-tempi-del-coronavirus>;
UNICEF: Mascheroni, G., Saeed, M., Valenza, M., Cino, D., Dreesen, T., Zaffaroni, L. G. and Kardefelt-Winther D. *Learning at a Distance: Children's remote learning experiences in Italy during the COVID-19 pandemic*. UNICEF Office of Research – Innocenti, Florence, 2021.

⁸ ISTAT: "Nel 2020 il Pil corretto per gli effetti di calendario è diminuito dell'8,9%, mentre per il Pil stimato sui dati trimestrali grezzi la riduzione è stata dell'8,8% (nel 2020 vi sono state 2 giornate lavorative in più rispetto al 2019)." <https://www.istat.it/it/archivio/253131>

cittadini il pieno accesso al diritto alla salute, all'istruzione, al lavoro, alla cultura e all'iniziativa economica, e recuperare le opportunità perdute nell'ultimo anno.⁹

⁹ Le statistiche aggregate sulla mobilità degli individui (costruibili a partire dai dati di geolocalizzazione di Google e Facebook) rappresentano una proxy dell'attività economica nella stagione del COVID. Ci permettono di stimare in media per ogni giorno una differenza di PIL dell'1,5% minimo fra la situazione di lockdown attuale e un potenziale scenario di ripartenza assimilabile agli assetti dell'estate 2020.

2. Individuazione della popolazione target

Il SARS-Cov2 è un coronavirus ad alta contagiosità, con un “numero di riproduzione di base” – il cosiddetto indice R_0 – stimato fra 1,4 e 3,8 nelle prime fasi di diffusione dell’infezione.¹⁰

Come è noto, l’infezione da SARS-Cov2 può risultare nella malattia nota come “COVID-19”, “malattia da coronavirus 2019” o “malattia respiratoria acuta da SARS-Cov-2”, che si caratterizza come infezione *acuta*: ad esordio improvviso, con un decorso rapido e intenso, che si risolve solitamente con la guarigione, ma può anche portare all’aggravamento e alla morte.

Per quanto riguarda la situazione italiana, il virus ha infettato ad oggi il 4,4% degli italiani – circa 2,6 milioni di individui, con un’età mediana di 48 anni – e ha manifestato una letalità del 3,4 % – circa 86mila morti, con un’età mediana di 83 anni.¹¹ Questo dato di letalità – decisamente superiore al dato mondiale dell’1% di letalità – è probabilmente sovrastimato da una sottostima delle diagnosi di infettati asintomatici.

L’ultimo rapporto sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a COVID-19 prodotto dall’Istituto Superiore di Sanità¹² evidenzia che quasi il 97% dei deceduti soffriva di una patologia che preesisteva al COVID-19; più precisamente, il 66,3% aveva tre o più patologie a carico, il 18,6% due patologie, il 12,1% una patologia. Le patologie preesistenti maggiormente diffuse sono l’ipertensione arteriosa, il diabete mellito di tipo 2, la cardiopatia ischemica e la fibrillazione atriale; vi si includono fra le altre la demenza, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, la neoplasia recente, l’insufficienza renale, il cancro e l’obesità.

La maggiore prevalenza di queste patologie nella popolazione anziana si riflette nella demografia dei decessi e sui tassi di letalità del COVID-19 per fasce di età.

I grafici di Figura 1 e 2 illustrano i dati dell’Istituto Superiore della Sanità sulla distribuzione dei decessi per fascia d’età e sesso e sul tasso di letalità della malattia, elaborati rispettivamente da GEDI¹³ e Sole24Ore.¹⁴

Dalla Figura 1 emerge che la fascia ultrasettantenne della popolazione ha finora rappresentato più dell’86% dei decessi da COVID-19. La Figura 2 illustra il tasso di letalità della malattia per fasce di età, ovvero la percentuale di morti rispetto al totale di coloro che sono risultati positivi al tampone in ogni coorte anagrafica. La

¹⁰ L’indice R_0 rappresenta “il numero medio di infezioni secondarie prodotte da ciascun individuo infetto in una popolazione completamente suscettibile cioè mai venuta a contatto con il nuovo patogeno emergente. Questo parametro misura la potenziale trasmissibilità di una malattia infettiva.”

Fonte: Istituto Superiore di Sanità. https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/o4oGR9qmvUz9/content/id/5268851

¹¹ Fonte: Dati della Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia (EpiCentro – Istituto Superiore di Sanità).

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard>

¹² https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_27_gennaio_2021.pdf Ultimo aggiornamento: 27/01/2021

¹³ <https://lab.gedidigital.it/gedi-visual/2020/coronavirus-i-contagi-in-italia/> Ultimo aggiornamento: 29/01/2021

¹⁴ <https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/> Ultimo aggiornamento: 19/01/2021

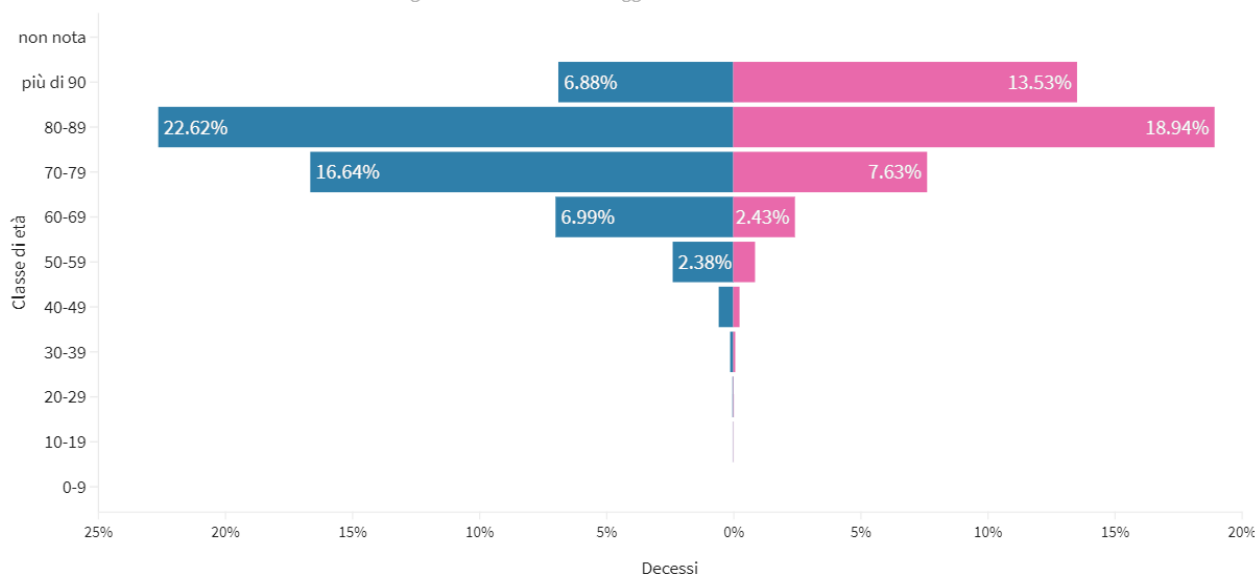
distribuzione risulta altamente asimmetrica: la malattia da coronavirus decorre in decesso per il 2,9% della popolazione infettata di età compresa fra i 60 e i 69 anni, il 10% della popolazione fra 70 e 79 anni, per il 19,7% di quella fra 80 e 89 anni, per il 25,2% degli ultranovantenni, a fronte di un tasso medio del 3,4%, e una letalità inferiore allo 0,7% per tutte le fasce anagrafiche più giovani.

Le misure di contenimento della pandemia (lockdown parziali o totali) adottate da marzo 2020 a oggi hanno configurato la prima – e, fino all’inizio della campagna vaccinale, l’unica efficace – forma di contrasto alla diffusione del virus.

Distribuzione dei decessi per fascia d'età e sesso

Uomini: 49.589 (56,25%) - **Donne:** 38.576 (43,75%)

Il grafico è basato sui dati aggiornati al 5 febbraio 2021



GEDI VISUAL

Fonte: Istituto superiore di Sanità

Figura 1

Dati aggiornati al 19 gennaio

FASCIA D'ETÀ	MORTI	QUOTA %	LETALITÀ
0-9	8	0%	0,0%
10-19	10	0%	0,0%
20-29	44	0,1%	0,0%
30-39	165	0,2%	0,1%
40-49	688	0,8%	0,2%
50-59	2.698	3,3%	0,6%
60-69	7807	9,5%	2,9%
70-79	20103	24,4%	10,0%
80-89	34162	41,5%	19,7%
>90	16636	20,2%	25,2%
Non noto	3	0%	2,5%
Totale	82324	100%	3,4%

Figura 2 - Tasso di letalità per fasce di età.

Fonte: Elaborazione Sole24Ore su dati dell'Istituto Superiore di Sanità.

Nonostante queste misure, il virus in Italia avrà causato, nel suo primo anno di diffusione, almeno novantamila morti ed è plausibile ipotizzare che se fosse stato lasciato correre indisturbato ne avrebbe causati più di duecentomila.

L'unico motivo per cui sono stati e sono ancora adottati lockdown parziali o totali è per evitare un peggioramento ulteriore del bilancio dei decessi.

I dati epidemiologici qui sintetizzati sono alla base dell' agenda di priorità per la campagna di immunizzazione inaugurata con l'approvazione dei vaccini, che nella sua seconda fase – ossia ultimata la copertura di ultraottantenni, residenti e dipendenti di RSA, e personale sanitario – si rivolge innanzitutto ai restanti anziani e agli individui affetti da una o più patologie correlate a un decorso grave di COVID-19 – ossia le fasce di popolazione nelle quali si è concentrata la quasi totalità dei decessi della pandemia.

Le *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19*¹⁵ diffuse alle Regioni dal Ministero della Salute l'8 febbraio 2021 stimano essere 2.083.609 le persone *estremamente vulnerabili*;¹⁶ considerando questi soggetti unitamente alla popolazione ultrasessantacinquenne – composta da circa 13,8 milioni di persone¹⁷ – si individua, nel complesso, una platea di circa **15,9 milioni di persone**.¹⁸

Se l'Italia concentrasse efficacemente gli sforzi di immunizzazione nei confronti di questa specifica popolazione vulnerabile, riuscirebbe ad ottenere il sostanziale abbattimento degli indicatori di mortalità, rendendo possibile di conseguenza il progressivo allentamento delle misure di contenimento, e l'auspicabile inaugurazione della fase di ripartenza.

In questo scenario, il virus continuerà inevitabilmente a circolare, ma colpirà soltanto quei segmenti di popolazione giovane che non corrono un alto rischio di decorso grave della malattia.

In altre parole, si tratta di configurare una trasformazione del paradigma della pandemia, dall'attuale situazione di bassa infettività (mantenuta dai lockdown) e alta mortalità (fra gli individui anziani e con comorbidità non immunizzati), a una speculare di alta infettività, ma bassa mortalità.

¹⁵ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3014_allegato.pdf Allegato 2

¹⁶ Le raccomandazioni forniscono la seguente definizione di persone estremamente vulnerabili: “Le persone estremamente vulnerabili, intese come affette da condizioni che per danno d'organo pre-esistente, o che in ragione di una compromissione della risposta immunitaria a SARS-CoV-2 hanno un rischio particolarmente elevato di sviluppare forme gravi o letali di COVID-19, a partire dai 16 anni di età” e individuano una lista di aree di patologie e condizioni correlate a questo rischio.

¹⁷ ISTAT – Popolazione residente al 1° gennaio. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPRES1

¹⁸ Si tratta molto verosimilmente di una stima per eccesso, vista l'elevata concentrazione di individui *estremamente vulnerabili* nella popolazione anziana.

3. Quali strumenti abbiamo a disposizione?

La realizzazione tempestiva ed efficace di questo obiettivo dipende dal ritmo di consegna delle forniture di vaccini ordinate dalla Commissione Europea e divise quota parte fra i Paesi dell'Unione, e dalla capacità di gestione della campagna vaccinale.

Sul primo fronte, il piano di approvvigionamento dei vaccini formulato dalla Commissione Europea ha previsto un'alta ridondanza degli ordinativi, in grado di garantire a regime una copertura vaccinale in eccesso rispetto alla popolazione dell'Unione Europea.¹⁹ La Tabella 1 – allegata alle *Raccomandazioni ad interim* sopra citate – illustra una stima dei quantitativi destinati all'Italia nei prossimi mesi.

Anche limitandosi a considerare *esclusivamente* i due primi vaccini approvati dall'EMA – Pfizer BioNTech e Moderna, che allo stadio attuale sono anche i più efficaci – e tenuto conto che, per le loro formulazioni, il completamento di ciascuna immunizzazione richiede l'inoculazione di due dosi, risulta evidente che - al netto dei ritardi ai quali stiamo assistendo sul breve periodo - la *quantità* di dosi non sarà un vincolo rilevante alla strategia di vaccinazione nel futuro prossimo.

Il pieno utilizzo delle forniture di Pfizer-BioNTech e Moderna potrebbe da solo garantire l'immunizzazione di più di 4,3 milioni di individui nel primo trimestre del 2021, di ulteriori 11,4 milioni nel secondo trimestre e 12,4 milioni nel terzo trimestre, per un totale di più di 28 milioni di immunizzazioni lungo questo arco di tempo, il tutto senza contare le 23,9 milioni di dosi aggiuntive, che potrebbero garantire quasi 12 milioni di immunizzazioni ulteriori nello stesso periodo.

¹⁹ Commissione Europea, *Strategia sui vaccini contro il coronavirus*. Accessibile all'indirizzo: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/coronavirus-vaccines-strategy_it

La strategia prevede la possibilità di donare le eventuali dosi in eccesso a paesi in via di sviluppo.

Tabella 1 - Vaccini disponibili per produttore.

Stima della potenziale quantità di dosi di vaccino disponibili (in milioni) in Italia nel 2021, per trimestre e per azienda produttrice, in base ad accordi preliminari d'acquisto (APA) sottoscritti dalla Commissione europea e previa AIC.

VACCINI AZIENDA	DIC 2020	I TRIM. 2021	II TRIM. 2021	III TRIM. 2021	IV TRIM. 2021	I TRIM. 2022	II TRIM. 2022	TOTALE
Astra Zeneca		4,165	22,072	13,929	-	-	-	40,166
PF/BT dosi iniziali	0,456	7,352	8,760	10,792	-	-	-	27,360
PF/BT dosi aggiuntive			6,643		6,643			13,286
PF/BT secondo Contratto dosi base			9,42	9,42	6,28			25,121
J&J *	-	-	7,307	15,943	3,321	-	-	26,572
Sanofi/GSK	-	-	-	-	-	20,190	20,190	40,380
Curevac			7,315	6,64	7,968	7,968	-	29,890
Moderna dosi iniziali	1,330	4,650	4,648	-	-	-	-	10,629
Moderna dosi aggiuntive				3,320	7,308			10,629
TOTALE	0,456	14,507	64,507	68,015	28,200	28,158	20,190	224,033
Media x mese	0,456	4,836	21,502	22,672	9,400	9,386	6,730	

* con una dose per regime vaccinale

FONTE: Tabella 1 – Allegato alle *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19*

(Ministero della Salute - http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3014_allegato.pdf)

Il secondo fronte chiama in causa i profili logistici, organizzativi e burocratici dell'iter vaccinale. La sfida che l'Italia ha di fronte richiederà accuratezza e velocità di esecuzione, e la predisposizione di infrastrutture stabili e durature, che tengano conto del fatto che il virus è destinato a mutare nei prossimi anni, e implicherà verosimilmente più cicli di vaccinazione della popolazione.

In questo frangente i modelli predisposti o implementati dalle regioni Lazio e Lombardia configurano un promettente esempio di *best practice* da seguire nella gestione della campagna a livello nazionale.

In particolare, il Lazio si sta distinguendo nella fase attuale per l'accuratezza nell'espletamento della fase 1 e nella preparazione della fase 2 della campagna. La Lombardia sta invece predisponendo un modello di vaccinazione di massa, sperimentato con successo negli spazi del Padiglione Fiera del Policlinico di Milano.²⁰ I presupposti della strategia, in parte ispirata a quella attuata nel Regno Unito, sono lo sfruttamento estensivo di strutture coperte in gran parte già esistenti sul territorio (padiglioni fieristici, palazzi congressi, ospedali, palestre), e lo studio analitico di costi, tempistiche e dettagli del processo vaccinale al fine di ottimizzarne lo svolgimento in differenti configurazioni dimensionali (spazi molto grandi, grandi, medi e piccoli). Per ciascuno di questi layout sono state stimate le tempistiche medie e la quantità di personale previsto in ogni fase. La simulazione dei processi contribuisce a ipotizzare meccanismi di gestione dei flussi di pazienti per ottimizzare le code, di allocazione del personale sulle varie fasi e di revisione del layout per razionalizzare l'utilizzo dello spazio e ottimizzare la produttività del sistema nel rispetto di limitati assembramenti. Con l'implementazione di questo modello, la Regione stima che, a pieno regime, potrebbe essere in grado di garantire 157'000 vaccinazioni al giorno.

Replicare questo modello adattandolo su scala nazionale significherebbe riuscire a vaccinare la popolazione in tempi nettamente più rapidi di quelli finora realizzati.

Con un'adeguata organizzazione, e sfruttando appieno le forniture di vaccini in arrivo, è realistico fissare l'inizio dell'estate (giugno 2021) come orizzonte entro il quale ultimare l'immunizzazione della popolazione bersaglio e ripartire.

Al contempo, lo sfruttamento di strumenti complementari di contrasto al virus potrà rafforzare l'efficacia della campagna vaccinale, in particolare a compensazione di alcuni potenziali profili di rischio emergenti dalla ripartenza, da prevedere una volta esaurita l'immunizzazione della popolazione target, che potrebbe verosimilmente implicare un aumento di infezioni nella popolazione sana, più giovane e non ancora vaccinata.

Nonostante il rischio di decesso in queste fasce della popolazione sia estremamente ridotto, occorrerà comunque predisporre delle misure per assistere adeguatamente gli eventuali casi gravi, evitando di sovraccaricare le strutture ospedaliere.

²⁰ Il modello è il risultato della collaborazione di Fondazione Milano Fiera con Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU), Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti (ARIA SpA), Fondazione IRCCS Ca'Granda. In particolare, la sperimentazione e il modello matematico sono a cura del Politecnico di Milano e di EY Consulting.

Da questo punto di vista, sarà opportuno innanzitutto espandere e consolidare le strutture di terapia intensiva, e in modo programmatico aumentare il numero dei posti di specializzazione in Anestesia e Rianimazione.

In secondo luogo, i risultati positivi ottenuti dall'utilizzo degli anticorpi monoclonali contro la Spike del Virus—alcuni approvati da poco in Italia e altri più efficaci in arrivo— su pazienti COVID nelle fasi iniziali di malattia, fanno sperare nella possibilità di affiancare in futuro al piano profilattico-vaccinale nel contrasto al virus un piano terapeutico a base di una combinazione di anticorpi monoclonali. Se dovessero arrivare anticorpi molto efficaci a basse dosi e quindi possibilmente iniettabili intramuscolo, è possibile immaginarne anche un uso domiciliare che potrebbe rappresentare un'efficace arma per la riduzione dei ricoveri ospedalieri relativi alle infezioni della popolazione sotto i 65 anni non ancora immunizzata.

In sintesi, M&M propone una soluzione che possa dare a tutti gli italiani una visione semplice e affidabile sui tempi di uscita dall'emergenza per poter affrontare e pianificare il proprio futuro e il rientro alla normalità, facendo leva sugli strumenti di profilassi, terapia e rafforzamento delle strutture sanitarie a nostra disposizione.