

Marco Geddes e Gavino Maciocco

Il disastro è sotto gli occhi di tutti: nel primo trimestre 2021 Big Pharma ha consegnato ai paesi UE molto meno della metà delle dosi di vaccino previste nei contratti. Il caso Italia e il caso Toscana.

Il Presidente Mario Draghi, presentando lo scorso 17 febbraio il suo programma di governo, promise che la lotta alla pandemia sarebbe stata la prima priorità: “il principale dovere cui siamo chiamati tutti, io per primo come presidente del Consiglio, è di combattere con ogni mezzo la pandemia e di salvaguardare le vite dei nostri concittadini”. Chi si aspettava un **cambio di passo** è rimasto deluso, basta osservare i numeri, quelli dei morti e quelli delle vaccinazioni (così tra loro interdipendenti).

I morti

I numeri dei morti sono impressionanti. Abbiamo superato i 110 mila decessi dall’inizio della pandemia: tra i grandi paesi siamo quello con il maggior numero di morti per milione di abitanti (1.827). A guardare la **Tabella 1** in realtà la Gran Bretagna è ancora in testa alla classifica di poche decine di unità (1.861), ma visti i diversi trend di mortalità dei due paesi, l’Italia in pochi giorni la supererà di slancio. E sono dietro di noi anche paesi che non compaiono nella tabella, come USA e Brasile noti per aver registrato valanghe di morti (rispettivamente 1.707 e 1.537 morti per milione di abitanti). La stessa tabella è impietosa: nell’ultimo periodo - da quando cioè si sarebbero dovuti osservare gli effetti della campagna vaccinale - le distanze tra noi e gli altri paesi si sono allargate. Eclatante il confronto con la Gran Bretagna che nel periodo 15-28 marzo 2021 ha registrato 1,6 decessi per 100 mila abitanti, rispetto ai nostri 9,6 (ma ne contava ben 21,4 per 100 mila nel periodo 3-17 gennaio 2021, all’inizio della campagna vaccinale). Altrettanto impietose sono le **Figure 1 e 2** che mostrano come la terza ondata della pandemia sia stata rovinosa in termini di mortalità e di saturazione delle terapie intensive pur in presenza di una già avviata campagna vaccinale.

Tabella 1. Dati di mortalità COVID-19 in Italia, Francia, Germania, Gran Bretagna e Spagna.

	N. morti nel giorno 2 aprile 2021 ¹	N. morti per 100 mila abitanti nel periodo 15-28 marzo 2021 ²	N. morti per milione di abitanti dall'inizio della pandemia al 2 aprile 2021 ¹
Italia	481	9,6	1.827
Francia	304	6,2	1.473
Germania	177	3,1	922
Gran Bretagna	52	1,6	1.861
Spagna	ND	5,9	1.615

¹ [Worldometers.info: coronavirus](https://www.worldometers.info/coronavirus/)

² [ECDPC: Covi-19 Situation Dashboard](https://ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-reports)

Figura 1. Italia. Trend settimanale di decessi COVID-19: 14-20 ottobre 2020 - 24-30 marzo 2021. (Fonte: Elaborazione Gimbe).

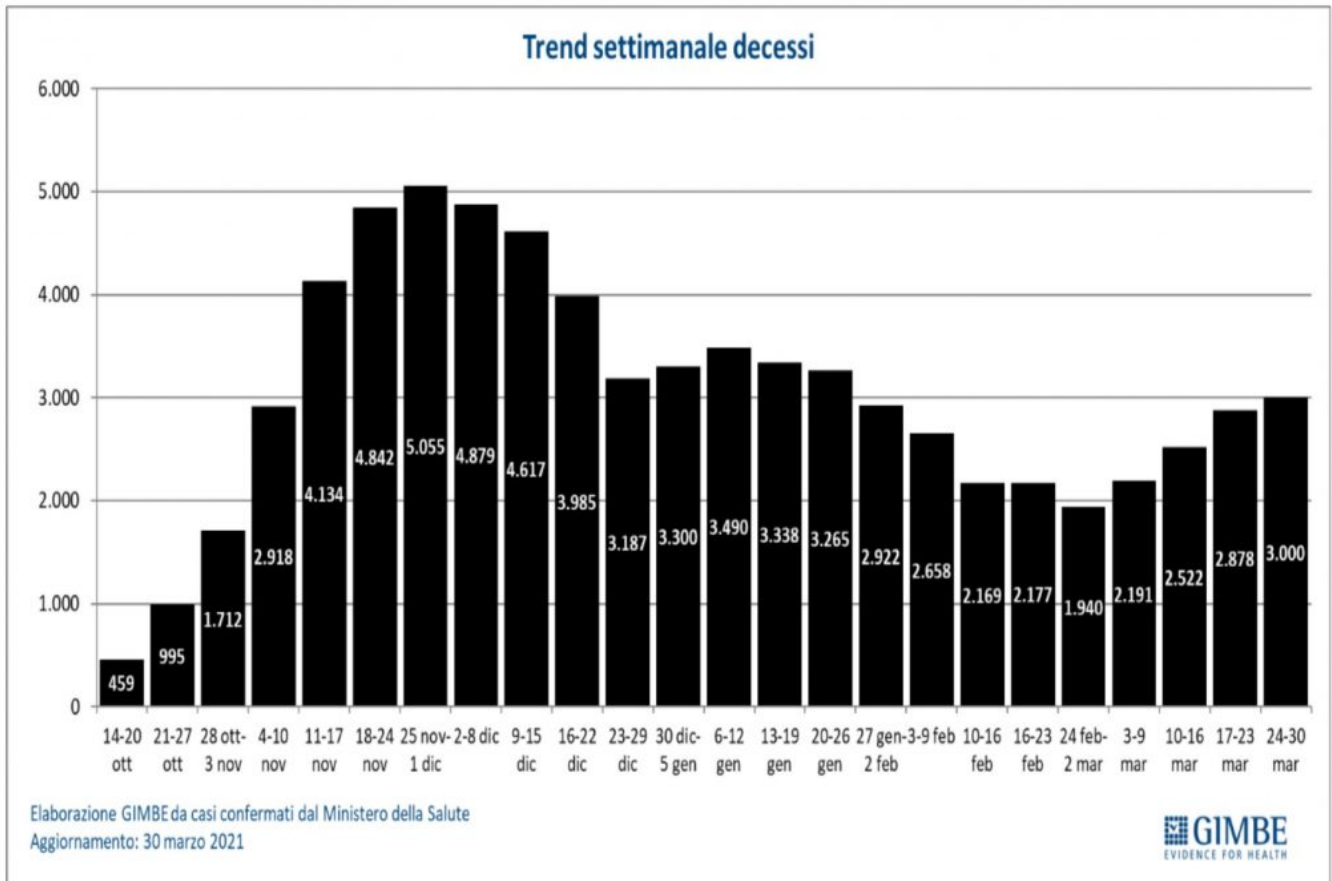
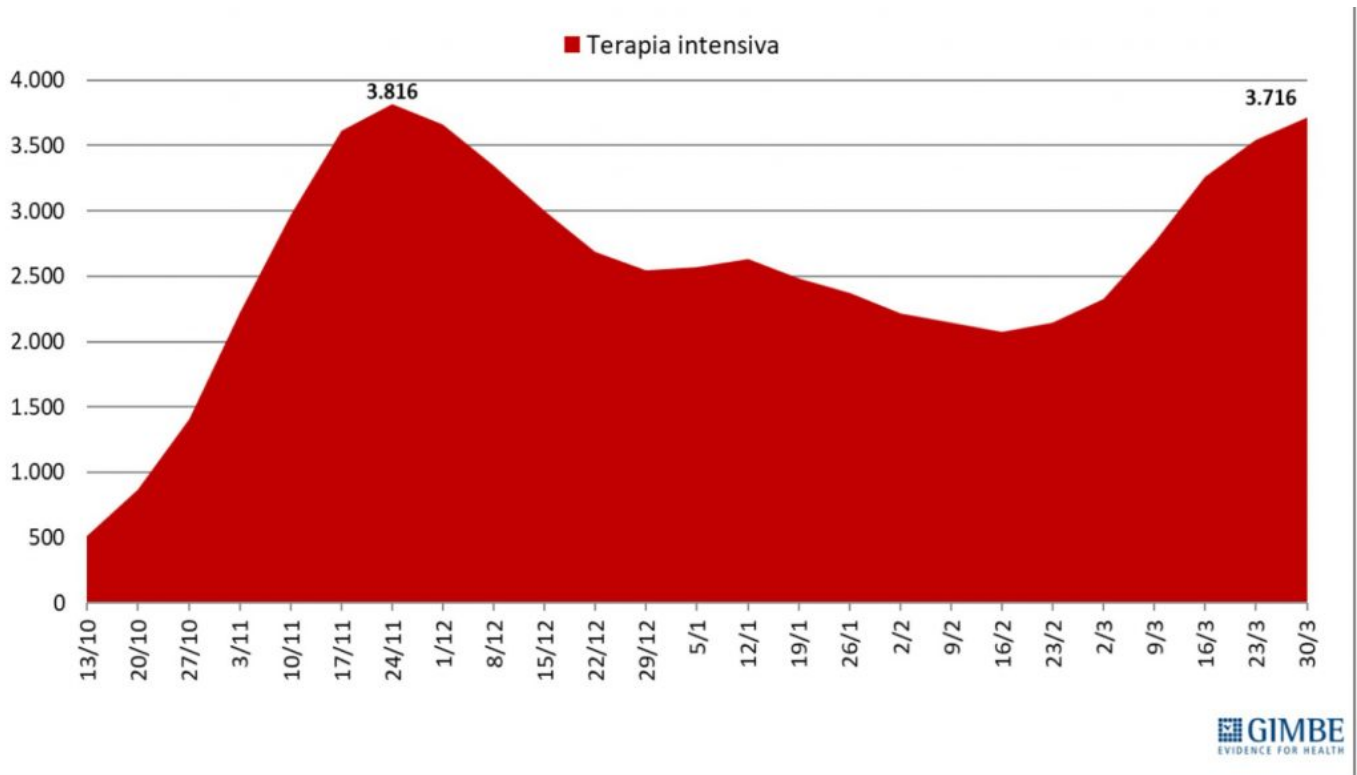


Figura 2. Italia. Numero di pazienti COVID-19 ricoverati in terapia intensiva dal 13 ottobre 2020 al 30 marzo 2021. (Fonte: Elaborazione Gimbe).



L'eccesso di mortalità che si è manifestato nella realtà italiana necessita di una attenta analisi critica, che auspichiamo venga condotta dalle strutture tecnico scientifiche a ciò preposte e, in particolare, Istituto Superiore di Sanità, Agenas, Istat. L'alta mortalità nel corso della prima ondata è stata - in parte - motivata dal fatto che il nostro Paese è stato il primo, in Europa, ad essere investito dalla pandemia. Tuttavia il fenomeno persiste e vi sono pertanto alcuni elementi che vanno indagati, anche al fine di orientare le politiche socio sanitarie nei prossimi anni:

- Il nostro Paese si caratterizza per una speranza di vita elevata, ma **la durata della speranza di vita in buona salute ha avuto una flessione** e anziani con co-morbilità hanno una più elevata probabilità di morire, se ammalati di COVID-19.
- **Il Servizio sanitario, a causa dei tagli nell'ultimo decennio, ha minore capacità di rispondere a questo "stress test" rappresentato dalla pandemia.** Una sanità territoriale debole a fronte di una forte riduzione dei posti letto ospedalieri, che così consente una ridotta flessibilità[1]; un numero di infermieri per abitanti fra i più bassi di Europa; un numero insufficiente di medici intensivisti. Abbiamo pertanto risposto ad un incremento di posti letto intensivisti con una diminuzione del personale per posto letto o a realizzare, in carenza di personale, solo "potenziali" posti letto nelle Terapie intensive[2].

Le vaccinazioni

“Best reasonable efforts”: queste tre parole magiche (il senso è “faremo del nostro meglio”) contenute nei contratti sottoscritti da Commissione europea e le compagnie farmaceutiche produttrici di vaccini anti-COVID-19, hanno consentito a queste ultime di poter tartassare a loro piacimento - e senza subire alcuna conseguenza - i paesi dell’UE. **Non è dato ancora sapere se al tavolo delle trattative per conto dell’UE ci fossero dei perfetti allocchi o dei colpevoli conniventi.**

Tutto ciò si inserisce nel *profilo istituzionale* della UE, che ha fatto sì che “la politica dei vaccini non abbia funzionato perché chi potrebbe meglio gestirla (la Commissione europea) non ha il potere di farlo, mentre chi ha il potere (il Consiglio europeo) non ha la capacità di farlo”[3]. Di conseguenza vari paesi - fra cui l’Austria - hanno avuto modo di ridurre i poteri negoziali della Commissione e conseguentemente anche la quantità e i termini di consegna dei vaccini.

Il disastro si è così compiuto ed è sotto gli occhi di tutti: nel primo trimestre 2021 le compagnie hanno consegnato ai paesi UE molto meno della metà delle dosi previste nei contratti. In Italia la previsione era di 28 milioni di dosi, al 3 aprile ne sono state consegnate (dati del Ministero della salute) 12 milioni e 283 mila (di cui somministrate 10 milioni e 769 mila).

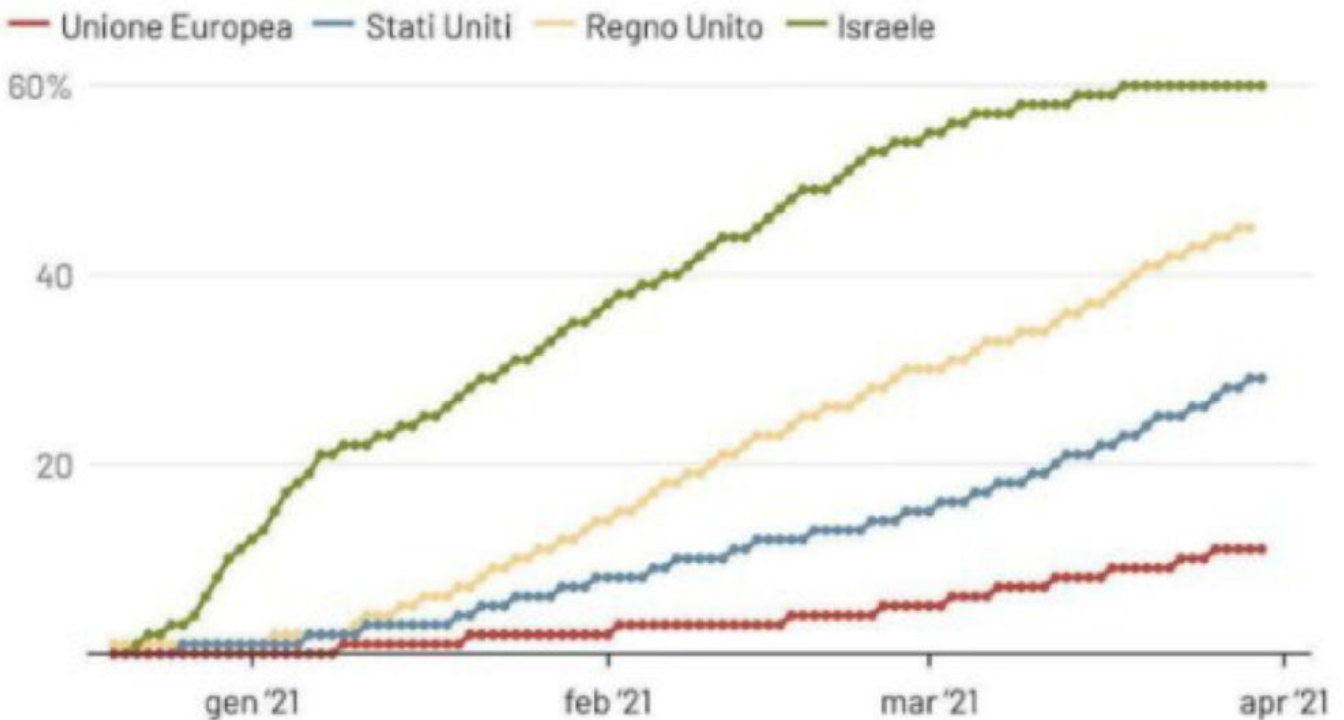
La conseguenza è che a causa di questo taglieggiamento i paesi europei hanno subito gravi ritardi nella campagna di vaccinazione: al momento attuale (3 aprile) i dati di copertura (percentuale di popolazione che ha ricevuto la prima dose) dei principali paesi UE si trovano nel range 13-11% (Francia 13%, Italia 12,2%, Germania 11,5%). Percentuali lontanissime da quelle della Gran Bretagna che registra il 46,1% di copertura, con un’immunizzazione quasi completa delle fasce più anziane e più fragili della popolazione [4] - **Figura 3**. La Gran Bretagna - grazie all’effetto congiunto di un rigoroso *lockdown* (iniziato il 2 gennaio 2021 e in via di progressivo allentamento) e di una massiccia campagna vaccinale (10 milioni di persone vaccinate al mese) è riuscita ad abbattere in poco tempo gli altissimi livelli di mortalità registrati lo scorso gennaio (1.826 morti il 20 gennaio 2020) fino agli attuali 10 decessi del 3 Aprile.

Il ritardo nella copertura vaccinale della popolazione che ha comportato e sta comportando un rovinoso eccesso di mortalità nei paesi UE e di cui ancora non si è ancora capito chi dovrà rispondere. Ma qualcuno alla fine dovrà essere chiamato a rendere conto. Ed è da sottoscrivere la denuncia della parlamentare europea [Marion Aubry](#): le aziende difendono i loro brevetti, ma i governi non riescono a difendere la vita dei loro

cittadini.

Figura 3. Copertura vaccinale (prima dose di vaccino) in Israele, Gran Bretagna, USA e UE.
(Fonte: Domani del 4 aprile 2021).

% popolazione che ha ricevuto almeno una dose di vaccino



Il caso Italia

Il Piano Nazionale Vaccini, pubblicato il 12 dicembre 2020, prevedeva, come in precedenza accennato, la fornitura da parte delle compagnie farmaceutiche di **28 milioni di dosi** di vaccino nel primo trimestre 2021. Lo stesso Piano indicava le categorie prioritarie:

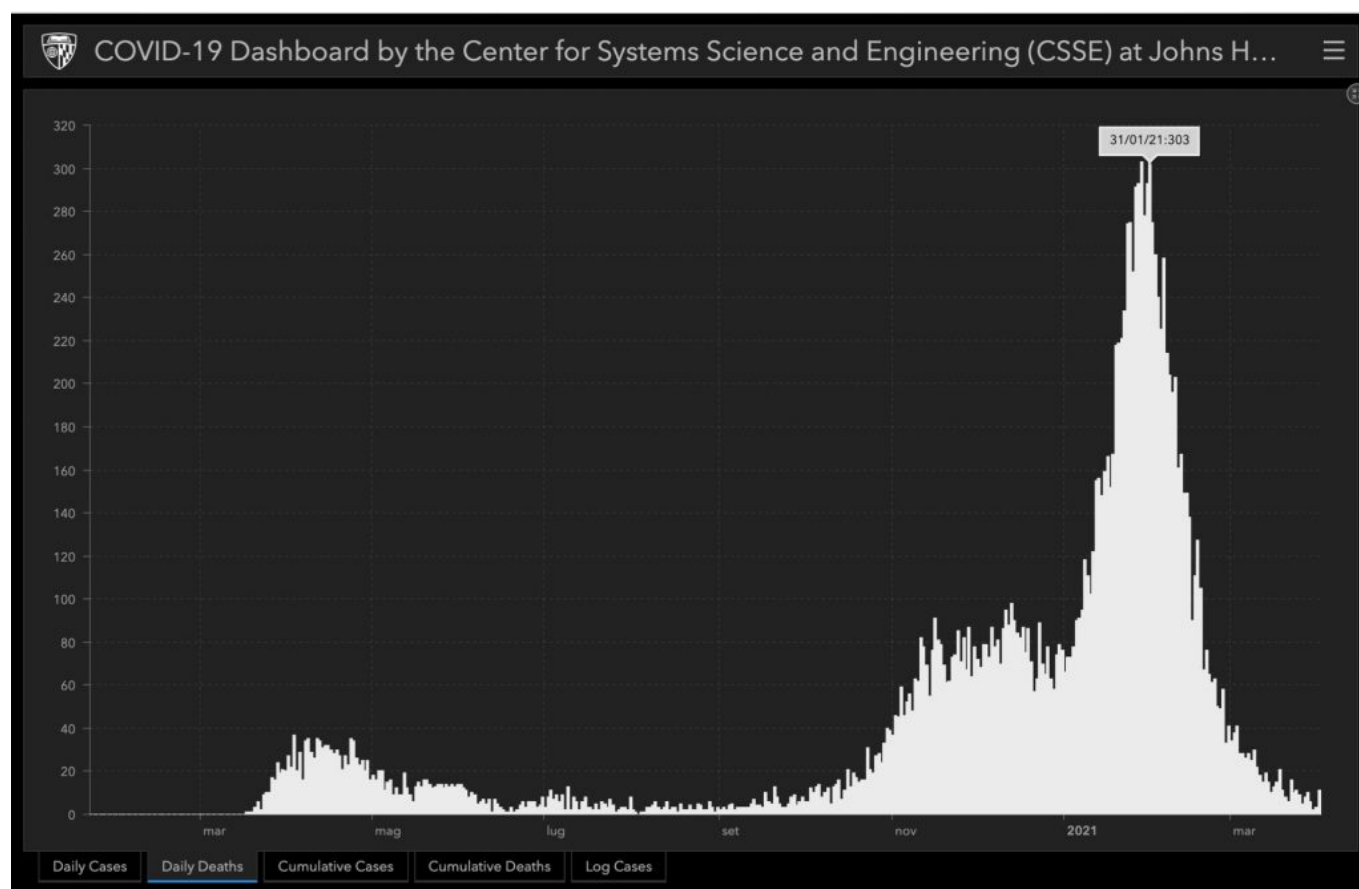
1. Operatori sanitari e socio-sanitari (1.404.037 soggetti).
2. Personale e ospiti dei presidi residenziali per anziani (570.287 soggetti)
3. Anziani over 80 (4.442.372 soggetti).

Per un totale di 6 milioni e 400 mila unità. In condizioni normali - con le 28 milioni di dosi a disposizione - **la partita delle categorie prioritarie, tra cui quella più vulnerabile degli over 80, si sarebbe dovuta concludere entro il mese di febbraio.**

Ma così non è stato. E non solo per la citata carenza di vaccini, ma anche perché nelle scelte delle varie Regioni le priorità non sono state rispettate, in particolare è andata a rilento la vaccinazione degli over 80. Al 2 aprile solo il 56% degli over 80 - a livello

nazionale - aveva ricevuto la prima dose del vaccino. Mentre alla stessa data, secondo i dati del Ministero della salute, risulta che **oltre 1 milione e 800 mila dosi sono state somministrate alla categoria "Altro" (in Sicilia le dosi erogate a "Altro" sono di molto superiori a quelle destinate agli over 80)**. Tutto ciò ha indubbiamente contribuito a mantenere elevatissimi i livelli di mortalità, di gran lunga superiori rispetto non solo alla Gran Bretagna, ma anche rispetto agli altri paesi UE che con noi condividono la carenza e i ritardi nella consegna dei vaccini. **Esemplare al riguardo è il caso del Portogallo** che ha subito una durissima ondata da variante inglese che ha provocato un picco di mortalità giornaliera di oltre 300 morti (lo scorso 31 gennaio, equivalente a 1.800 morti se rapportato alla nostra popolazione). Il Portogallo raggiungendo la copertura dell'80% degli over 80 ha drasticamente abbattuto la mortalità come risulta dalla **Figura 4**. Se le vaccinazioni degli over 80 vanno a rilento, assai peggiore è la situazione della fascia 70-79 anni, dove al momento attuale si registra la ben magra copertura dell'11% (prima dose), lontanissima dal 40% della Francia.

Figura 4. Portogallo. Mortalità giornaliera da COVID-19 dall'inizio della pandemia al 2 aprile 2021. (Fonte: Johns Hopkins Center for System Science and Engineering).



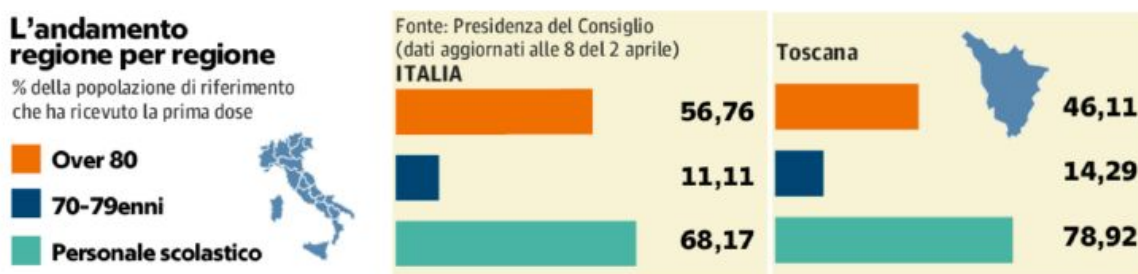
Il caso Toscana

La Toscana costituisce un caso interessante nel panorama nazionale per alcune caratteristiche peculiari. Si tratta infatti di una Regione virtuosa sotto vari profili, con una tradizione sanitaria "forte", e che si era attivata prontamente nell'esecuzione delle vaccinazioni per il personale operante nelle strutture sanitarie e per gli ospiti delle RSA e relativo personale.

L'efficienza dimostrata in questa fase si è dispersa al momento del passaggio alla vaccinazione della fascia degli over 80 e a quella per le categorie fragili. Il risultato è che, alla data odierna, i vaccinati over 80 in Toscana rappresentano il 28,4% del totale dei vaccinati mentre in Regioni analoghe la percentuale in questa classe di età a più alto rischio di mortalità è del 32,8% in Veneto, del 35,5% in Lazio, del 37,9% in Emilia. La percentuale di popolazione toscana vaccinata in tale classe di età risulta ancora nettamente inferiore alla (purtroppo ancora molto bassa) media nazionale (**Figura 5**).

Figura 5. Copertura vaccinale per over 80, fascia 70-79 anni e personale scolastico. Italia e

Toscana. Dati del 2 aprile. (Fonte. Repubblica del 3 aprile 2020).



Alla base di questo insoddisfacente risultato sono entrati in gioco tre fattori.

- **La scarsità di vaccino Pfizer**, dovuta ai già citati tagli nella fornitura.
- Il fatto che nella distribuzione di questa scarsa risorsa - il vaccino Pfizer - **è stato lasciato spazio a varie "categorie"**, dagli avvocati agli allievi della scuola sottufficiali dei carabinieri, sottraendola inevitabilmente alla fascia degli over 80.
- **La scelta di affidare esclusivamente ai medici di medicina generale (MMG)** la vaccinazione ambulatoriale degli over 80 (ma non quella domiciliare, affidata alle USCA). Una soluzione unica in campo nazionale, dove le vaccinazioni per gli over 80 si praticano normalmente nei centri vaccinali, con la partecipazione talora dei MMG che in alcune regioni si occupano delle vaccinazioni domiciliari.

Quest'ultimo punto merita una riflessione. Una delle motivazioni della scelta è stata quella della buona riuscita delle vaccinazioni antinfluenzali praticate dai MMG. Su tale orientamento vi è stato **un errore percettivo: che questa vaccinazione fosse analoga a quella per l'influenza. Ne differisce invece per molti aspetti:**

- Le modalità di conservazione del vaccino sono differenti (questo a -70).
- Si tratta di dosi multiple e non singola dose.
- Necessita di un richiamo mentre il vaccino dell'influenza è mono-somministrazione.
- Chi ha ricevuto il vaccino deve permanere in osservazione per 15 minuti.
- In questo periodo è necessario il distanziamento e gli ambulatori dei medici di medicina generale non sono generalmente idonei a tale scopo.
- La popolazione, e gli anziani in particolare, sono assai più in ansia di questa attesa che dell'aspettativa di vaccinarsi per l'influenza.
- La modulistica per il consenso e per le informazioni da rilevare è più complessa per la registrazione di eventuali effetti collaterali e del fatto che la procedura utilizzata per

l'approvazione del vaccino è di emergenza, tutte questioni che è necessario che la persona che riceve il vaccino conosca.

Così le procedure di conservazione, consegna e distribuzione - dalla farmacia dell'ASL, alle farmacie periferiche e infine ai MMG - sono risultate particolarmente complesse e laboriose (vedi post [Vaccinazioni ≥80enni. Lavori in corso](#)). Anche la fase di selezione, di invito degli assistiti e infine dell'esecuzione della vaccinazione ha richiesto un notevole impegno organizzativo a cui hanno fatto fronte con successo MMG che lavorano in gruppo, hanno a disposizione personale di supporto e operano in ampi spazi, come le Case della salute. Ma queste condizioni sono fuori della portata di gran parte dei MMG, al punto che si è dovuto ammettere che sarebbe stato meglio utilizzare gli hub [\[5,6\]](#).

Tutto ciò deve essere oggetto di attenta riflessione perché **l'organizzazione vaccinale sarà un elemento fondamentale per i prossimi anni**. E a questo proposito non va trascurato un fatto: di fronte a un'emergenza vaccinale non è ammissibile impiegare settimane in trattative con i professionisti per concordare modalità e tariffe delle prestazioni.

Conclusioni

Avremmo voluto chiudere questo post con qualche parola di speranza. "Ci giochiamo tutto nel mese di aprile" ha affermato il generale Figliuolo, comandante in capo della campagna vaccinale, promettendo di raggiungere nel mese la somministrazione giornaliera di 500 mila dosi, avendo a disposizione 8 (otto) milioni di dosi. Calcolatrice alla mano sarà grassa se riusciremo a farne 300 mila al giorno.

Bibliografia

1. Pecoraro F, Luzi D, Clemente F. The efficiency in the ordinary hospital bed management: A comparative analysis in four European countries before the COVID-19 outbreak. PLoS ONE 2021; 16(3): e0248867. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248867>
2. Studio Anaa Assomed - dicembre 2020: [Il valzer dei numeri dei posti letto di terapia intensiva in epoca Covid](#)
3. Sergio Fabbrini. Vaccini, la UE vada oltre il coordinamento tra governi nazionali. Il Sole 24 Ore, 29.03.2021.
4. Our Word in Data. Statistics and Research. [Coronavirus \(COVID-19\) Vaccinations](#)
5. [Toscana, vaccini agli over 80, il medico di famiglia: «Per loro era meglio utilizzare gli hub»](#). Intervista a Fabio Mazzerelli. Corriere fiorentino, 24.03.2021
6. [Vaccini Toscana, in pensione ma in prima linea al Mandela: «Io medico dico: portate](#)

[qui gli over 80»](#). Intervista ad Alessandro Pescitelli. Corriere fiorentino, 31.03.2021