

CORRISPONDENZA

STABILIRE LE PRIORITÀ, IL CASO DEL VACCINO COVID-19

Il position paper della Società Italiana di Cardiologia sul vaccino COVID-19, che descrive il rischio di infezione da SARS-CoV-2, di malattia grave e di morte associato alle diverse patologie cardiovascolari¹, è da apprezzare per chiarezza, sintesi e completezza. Il passaggio dalla valutazione del rischio alla definizione delle priorità di accesso alla vaccinazione merita qualche riflessione. È indubbio che i cardiopazienti siano ad alto rischio, ma assegnare a tutti o a molti di loro un'alta priorità non garantisce un vantaggio reale se a ciò non corrisponde un aumento adeguato della disponibilità e della velocità di distribuzione e somministrazione dei vaccini. È probabile invece che estendere la priorità nominale alimenti, negli interessati e nella percezione sociale, aspettative che il servizio sanitario potrebbe non essere in grado di soddisfare.

La nostra normativa assegna la massima priorità agli ultraottantenni, ai portatori di gravi patologie e/o disabilità e alle condizioni ad alto rischio (per la cardiologia: insufficienza cardiaca in classe NYHA III/IV, storia di shock cardiogeno, candidati a trapianto e trapiantati di cuore). La seconda e la terza categoria corrispondono all'ottava e settima decade di età, e verosimilmente ricomprendono la maggior parte dei soggetti con patologie cardiache meno gravi, seppure equiparati ai non cardiopatici (Tabella 1). Nella quarta categoria entrano le persone di età <60 anni e con patologie meno gravi, e infine, nella quinta, quelle "sane". Gli atti normativi riportano una stima numerica degli appartenenti alle fasce di età, non dei portatori di patologia né delle intersezioni tra le due condizioni.

È davvero inappropriato, o addirittura "eticamente inaccettabile", non differenziare i cardiopatici da quelli che tali non sono, tra i 70 e i 79 e tra i 60 e i 69 anni, se neppure vengono considerate le altre malattie che potrebbero aumentare il rischio del COVID-19? Nelle condizioni date alzare il livello di priorità di alcuni soggetti o gruppi significa

abbassare quello di altri, perciò non è sufficiente stratificare il rischio sulla base delle patologie di proprio interesse, ma bisognerebbe tener conto del peso delle malattie dei diversi organi o apparati e delle loro combinazioni. Inoltre con l'età aumenta la probabilità di avere più patologie, elemento sicuramente importante nell'incrementare il rischio. La "advocacy" a favore dei propri pazienti può essere animata dalle migliori intenzioni ed in linea di principio è lodevole. Nessuno però desidera che si crei una competizione tra gruppi con rischi qualitativamente diversi, ma alla fine probabilmente non troppo dissimili sul piano quantitativo. E sarebbe auspicabile prudenza nell'esprimere giudizi sul piano etico.

Secondo l'American College of Cardiology le priorità devono basarsi sulla stima della combinazione del rischio di esposizione all'infezione (condizionato a sua volta da aspetti socioeconomici incluso l'appartenenza a categorie o gruppi svantaggiati, dalla situazione locale della pandemia, dalle condizioni lavorative, ecc.), con il rischio clinico (rischio di contrarre l'infezione in forma grave, rischio di morte)². Il gruppo di lavoro sul nuovo coronavirus dell'International Society of Heart and Lung Transplantation raccomanda la vaccinazione nei candidati a trapianto e nei trapiantati³, ma ha sempre evitato di suggerire di anteporre questi pazienti ad altri soggetti all'interno dei piani vaccinali dei singoli paesi. Anche se vista la scarsa consistenza numerica i candidati e i trapiantati di cuore sottrarrebbero al pool complessivo una quantità modesta di vaccini, a livello locale le caratteristiche demografiche, l'impatto della pandemia sui servizi sanitari (in ragione anche della dotazione di vaccini e delle altre risorse quali ad esempio i posti-letto ordinari o intensivi) nonché sulla vita economica e sociale, e i valori prevalenti, possono portare a scelte diverse, tutte rispettabili. Ad esempio, meno del 20% dei trapiantati sviluppa una risposta anticorpale simile a quella della popolazione generale dopo la prima somministrazione del vaccino⁴. Non sono stati pubblicati dati sulla risposta alla seconda dose, ma in condi-

Tabella 1. Gerarchia di priorità nella vaccinazione anti-COVID-19: stima della numerosità e della prevalenza delle cardiopatie nei soggetti appartenenti alle categorie identificate.

Categoria	Soggetti inclusi	Numero stimato		Prevalenza	
		Età	Condizione	Cardiopatia [§]	≥2 malattie ^{§§}
1	Medici e personale di assistenza sanitaria Ospiti di RSA e personale di assistenza		1 404 037 570 287		
	Età ≥80 anni	441 970	14 000 000 ha ≥1 malattia cronica	>35%	30-37%
	Soggetti vulnerabili (insufficienza cardiaca in classe NYHA III/IV, candidati a trapianto*, trapiantati di cuore*) * + conviventi				
2	Età ≥70 - <80 anni	5 968 373		25-35%	20-30%
3	Età ≥60 - <70 anni	7 364 368		10-25%	6-20%
4	Età <60 anni e almeno una patologia cronica	41 889 044		<10%	1-6%
5	Età <60 anni, non patologie croniche				

RSA, residenza sanitaria assistita.

[§]Indica la prevalenza dei soggetti con cardiopatia (esclusi ipertensione e ictus).

^{§§}Indica la prevalenza dei soggetti con almeno 2 malattie croniche.

Fonti: Dati di popolazione: tuttitalia.it (<https://www.tuttitalia.it/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2020>). Dati di prevalenza delle cardiopatie: Istituto Superiore di Sanità - Patologie croniche riferite nella popolazione residente in Italia PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d'Argento 2016-2018 (ultra65enni) (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/passi/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-patologie-croniche-italia.pdf>).

CORRISPONDENZA

zioni di severa penuria potrebbe essere giudicato improprio dare priorità a soggetti nei quali l'efficacia della vaccinazione potrebbe essere molto inferiore alla media, anche se il loro numero è esiguo, e il rischio di malattia grave e di morte in caso di infezione è il doppio della media⁵.

Da ultimo, una considerazione pratica: la pur apparentemente semplice gerarchia delle priorità definita per legge sembra difficile da applicare uniformemente e celermente nel nostro Paese, come richiamato nel position paper¹. Piuttosto che ipotizzare una classificazione più complessa, la cui superiorità in termini di risparmio di vite umane rispetto all'attuale resterebbe comunque da dimostrare, la comunità medica potrebbe adoperarsi per facilitare la realizzazione concreta del piano vaccinale su tutto il territorio nazionale, a vantaggio di tutti i cittadini, inclusi i nostri pazienti.

Maria Frigerio

*Cardiologia 2-Insufficienza Cardiaca e Trapianto
Dipartimento Cardiotoracovascolare DeGasperis CardioCenter
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
e-mail: merifri@icloud.com*

BIBLIOGRAFIA

1. Indolfi C, Barillà F, Basso C, et al. Position paper della Società Italiana di Cardiologia (SIC): Priorità del vaccino COVID-19 nei pazienti con patologie cardiovascolari. *G Ital Cardiol* 2021;22:363-75.
2. Driggin E, Maddox TM, Ferdinand KC, et al. ACC Health policy statement on cardiovascular disease considerations for COVID-19 vaccine prioritization: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol* 2021 Feb 12. doi: 10.1016/j.jacc.2021.02.017 [Epub ahead of print].
3. International Society of Heart and Lung Transplantation. Guidance from the International Society of Heart and Lung Transplantation regarding the SARS CoV-2 pandemic. February 1, 2021. https://ishlt.org/ishlt/media/documents/SARS-CoV-2_Guidance-for-Cardiothoracic-Transplant-and-VAD-center.pdf [ultimo accesso 6 aprile 2021].
4. Boyarsky BJ, Werbel WA, Avery RK, et al. Immunogenicity of a single dose of SARS-CoV-2 messenger RNA vaccine in solid organ transplant recipients. *JAMA* 2021 Mar 15. doi: 10.1001/jama.2021.4385 [Epub ahead of print].
5. Bottio T, Bagozzi L, Fiocco A, et al. COVID-19 in heart transplant recipients: a multicenter analysis of the Northern Italian outbreak. *JACC Heart Fail* 2021;9:52-61.