

RACCOMANDAZIONE CONCLUSIVA

Il NITAG raccomanda che l'approvazione del PNPV sia condivisa coinvolgendo e impegnando non solo le Regioni e PA, ma tutte le Istituzioni, anche quelle centrali, coinvolte nell'attuazione delle politiche vaccinali e nel monitoraggio dei loro effetti.

Alla luce delle caratteristiche innovative che sono state raccomandate per l'elaborazione del nuovo PNPV, si suggerisce particolare attenzione affinché il suo percorso di approvazione avvenga nella ricerca della massima condivisione e collaborazione possibili, ma allo stesso tempo con celerità per dare risalto all'importanza della presenza di un PNPV nazionale.

Si raccomanda di promuovere forme di presentazione e valutazione della bozza di PNPV preliminari all'avvio del formale percorso di approvazione, in primo luogo, con i soggetti istituzionali responsabili degli aspetti organizzativi, cioè le Regioni e PP.AA.

Il NITAG, inoltre, promuoverà forme di consultazione e approfondimento attraverso le numerose rappresentanze del mondo scientifico e professionale presenti nel proprio Nucleo Tecnico. Si raccomanda che il Ministero della Salute ricerchi contatti e condivisione con le altre Istituzioni centrali coinvolte nell'attuazione delle politiche vaccinali: le Istituzioni scientifiche centrali, gli altri Ministeri interessati, e in particolare, quello dell'Istruzione.

Lo scopo principale del percorso di condivisione, oltre alla definizione degli aspetti di più diretta competenza, sarà quello della identificazione di specifici obiettivi su cui impegnare l'azione dei diversi soggetti attraverso la formulazione di atti di intesa espliciti e verificabili.

Si raccomanda, infine, che l'attuazione del nuovo PNPV sia oggetto di costante monitoraggio da realizzarsi attraverso la valutazione di un sistema di indicatori in grado di misurare non solo le coperture vaccinali, ma il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione conseguenti, e lo stato di tutte le dimensioni cui si è fatto riferimento nel percorso decisionale suggerito.

Come possiamo armonizzare gli interventi sanitari tra le nazioni?

Questa è la domanda che tutti si pongono dopo otto mesi di pandemia da coronavirus (COVID-19), alla luce dei risultati ancora drammatici in alcune nazioni. Rimangono molte incertezze su come ridurre in maniera ottimale l'impatto del SARS-CoV-2 mentre si tenta di controllare la diffusione. Sebbene i potenziali danni delle infezioni emergenti e i rischi di una pandemia globale siano noti da decenni, affrontando la COVID-19 ogni nazione ha reagito implementando iniziative contrastanti sia in termini di tempi, di metodi e di intensità. Considerando i rapporti giornalieri pubblicati dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)² sulla Covid-19, per il Gruppo delle sette Nazioni più sviluppate (G7: Canada, Francia, Germania, Italia, Giappone, Regno Unito e Stati Uniti) e le nazioni BRIC (Brasile, Russia, India e Cina) dal 1° febbraio 2020 al 15 agosto 2020, l'andamento dei casi giornalieri per milione di abitanti mostra un aumento continuo ed esponenziale in USA e Brasile, un aumento in Russia e India, e un plateau moderato, raggiunto a tempi e livelli diversi, nelle altre nazioni (Figura 1).

Il 15 agosto, il numero totale di casi per milione di abitanti negli Stati Uniti era tre volte quello in Russia e quattro volte quello nel Regno Unito e in Italia. Considerando l'area sotto la curva (AUC) mostrata nella figura per ciascuna nazione, il valore degli Stati Uniti è 2,2 volte superiore a quello della Russia e 1,8 volte quello del Regno Unito e dell'Italia, suggerendo che la diffusione della pandemia è nazione-specifica (tabella I).

Inoltre, è stata osservata un'altra stretta relazione tra la stima dell'AUC dell'incidenza di COVID-19 per nazione e quella dell'indice di rigore delle misure intraprese dai governi, *Government Response Stringency Index* (GRSI). Il rapporto tra le due AUC (GRIS e casi per milione di abitanti) era più alto in Cina che in altri paesi. Pertanto, non solo la tempestività degli interventi,

PREVENZIONE Come possiamo armonizzare gli interventi sanitari tra le nazioni?

Figura 1. Casi di COVID-19 per milione di abitanti delle nazioni G7 e BRIC tra il 1 febbraio e il 15 agosto 2020, come riportato nei rapporti giornalieri dell'OMS.

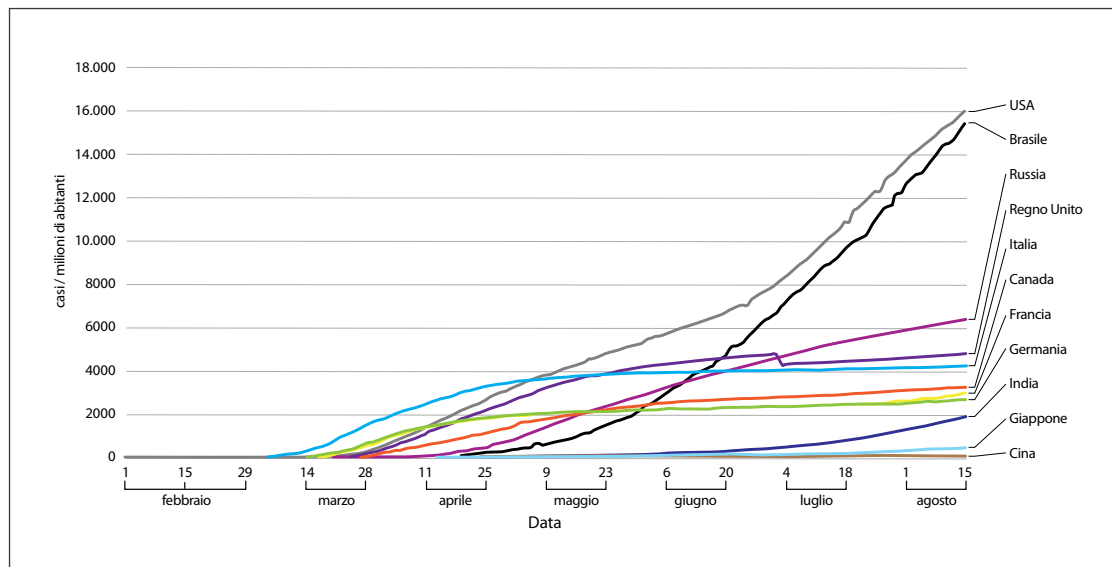


Tabella I. Caratteristiche delle nazioni considerate.

Nazioni	Popolazione (milioni)	Totale dei casi ^A			Government Response Stringency Index					AUC e GRSI picco			
		No.	Rango ^B	AUC _{casi} ^C	AUC GRSI ^D	Rapporto AUC ^E	Rango ^F	Picco del valore	Rango ^F	Valore	Data del picco	Rango ^F	
Cina	1439,3	89.695	2	11.320	1	15.002	0,75	1	81,9	5	9.011	26/03/2020	1
India	1380,0	2.526.192	9	57.923	3	13.390	4,33	3	100,0	1	35.546	25/03/2020	3
USA	331,0	5.203.206	11	935.555	11	11.309	82,73	11	72,7	10	713.330	21/03/2020	11
Brasile	212,6	3.224.876	10	667.642	10	12.140	55,00	10	81,0	6	452.676	05/05/2020	10
Russia	145,9	917.884	8	432.219	7	12.121	35,66	7	87,0	4	341.356	30/03/2020	7
Giappone	126,5	53.577	1	21.755	2	6.646	3,27	2	47,2	11	16.007	16/04/2020	2
Germania	83,8	222.828	5	298.176	4	10.580	28,18	6	76,9	7	259.057	22/03/2020	6
UK	67,9	316.371	7	498.948	8	11.009	45,32	9	75,9	8	428.847	26/03/2020	9
Francia	65,3	198.876	4	300.027	5	11.254	26,66	4	90,7	3	258.590	17/03/2020	5
Italia	60,5	252.809	6	522.656	9	12.447	41,99	8	93,5	2	417.789	12/04/2020	8
Canada	37,7	121.234	3	300.586	6	10.924	27,52	5	74,5	9	253.135	01/04/2020	4

A. Numero totale cumulativo di casi come riportato dal rapporto sulla situazione dell'OMS fino al 15/08/2020.

B. Classifica per numero di casi dal più basso (1) al più alto (11).

C. Area sotto la curva (AUC) di casi positivi cumulativi per milione di abitanti dal 01/02/2020 al 15/08/2020.

D. AUC del Government Response Stringency Index (GRSI) dal 01/02/2020 al 15/08/2020.

E. Rapporto tra AUC_{casi} e AUC_{GRSI}.

F. Classifica per la risposta del governo più forte alla risposta del governo più debole.

PREVENZIONE Come possiamo armonizzare gli interventi sanitari tra le nazioni?

ma anche il numero e il rigore delle politiche governative, misurate con il GRSI, influenzano la diffusione della pandemia in una nazione. Se aggiungiamo anche l'adeguatezza e l'efficacia degli interventi, possiamo considerare le cinque principali variabili che hanno regolato la diffusione della pandemia COVID-19.

L'OMS ha molti compiti durante le emergenze sanitarie, tra cui "prepararsi alle emergenze identificando, mitigando e gestendo i rischi, e prevenendo le emergenze e supportando lo sviluppo degli strumenti necessari durante i focolai". Il primo rapporto dell'OMS, datato 21 gennaio 2020, includeva 282 casi confermati provenienti da Cina (278), Thailandia (2), Giappone e Repubblica di Corea. L'11 marzo 2020, dopo due settimane in cui il numero di casi di COVID-19 al di fuori della Cina era aumentato di 13 volte e il numero di nazioni colpite era triplicato, con oltre 118.000 casi e 4291 decessi in 114 nazioni, l'OMS ha dichiarato la "Pandemia" da COVID-19. Pochi mesi dopo, la debolezza dell'OMS nell'armonizzare le azioni di sanità pubblica nei paesi era evidente a tutti.

Solo attraverso l'implementazione di interventi non farmacologici, specialmente se

attuati rapidamente dopo l'identificazione iniziale di un nuovo agente patogeno contagioso, si può ridurre la trasmissione.

Ad oggi, l'implementazione di questi interventi per COVID-19, all'interno e tra le nazioni, non è stata effettuata, poiché le decisioni di sanità pubblica sono state determinate da altre e discordanti priorità.

Chi e come, secondo quali principi etici e pragmatici, e con trasparenza e inclusività, si può contribuire a ottenere la fiducia e la cooperazione pubblica in tutto il mondo? Le future ondate del virus devono essere prese in considerazione. Quali misure di prevenzione e contrasto dobbiamo aspettarci? Lo scenario in evoluzione per la produzione, la distribuzione e l'accesso dei vaccini non è tranquillizzante. Il recente scenario "*My country first*" ci dice che l'equità e i diritti alla salute rischiano di essere nuovamente negati.

**Jennifer Meessen¹, Antonio Clavenna²,
Maurizio Bonati²**

1. Dipartimento Cardiovascolare
2. Dipartimento di Salute Pubblica,
Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri IRCCS, Milano, Italy
jennifer.meessen@marionegri.it