



## Il punto

### DUE VACCINI COMPLESSI MA MOLTO IMPORTANTI



di **Gianni Rezza\***

È tempo d'estate e di viaggi, e chi va in Paesi esotici, si sa, dovrebbe pensare innanzitutto a proteggersi da malattie esotiche che possono talvolta essere molto pericolose. Fra queste, malaria e dengue sono due esempi eclatanti. Per la malaria, si sa, la miglior protezione, quando ci si reca un'area endemica, è sottoporsi a una chemioprophilassi con farmaci antimalarici, che per quanto fastidiosa (prendere a volte una pasticca al giorno può non far piacere) evita però danni che posso anche essere gravi. Non esiste invece profilassi per la dengue, se non quella di tenere a bada le zanzare, evitandone le punture, cercando di non esporsi nelle ore cruciali (in genere mattino e sera) e usando appropriati repellenti. Eppure, sia contro la malaria che nei confronti della dengue sono stati messi a punto vaccini che hanno mostrato una certa efficacia. Il vaccino contro la malaria, ad esempio, protegge in circa la metà dei casi e ha una durata di protezione limitata nel tempo. Usarlo in una popolazione a elevata incidenza è però vantaggioso, in quanto è in grado, su grandi numeri, di ridurre il carico di malattia globale. Così pure per il vaccino contro la dengue, causata da quattro virus diversi e diffusa ormai in tutte le aree tropicali del mondo. Tale vaccino, efficace nel ridurre il rischio di dengue grave (in genere quella che colpisce chi ha già avuto la dengue una volta e si reinfetta con un sottotipo virale diverso), non può essere usato in chi non è mai stato esposto alla dengue perché aumenta il rischio di malattia grave in caso di infezione naturale. È per questo che è stato proposto quindi un approccio del tipo «screen and vax», ovvero si fa prima un test e in caso di positività si vaccina. Due vaccini complessi, insomma, contro malattie difficili da contrastare, ma un grosso passo in avanti della ricerca nel settore della salute globale e della lotta alle malattie tropicali.

\*Direttore Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità

Si eseguono più trapianti. Però le liste d'attesa restano lunghe  
Per sensibilizzare l'opinione pubblica servono soprattutto gli esempi

## PROMUOVERE LA DONAZIONE DI ORGANI



di **Maria Frigerio\***

Le risorse destinate alla salute dovrebbero essere spese in base a evidenze scientifiche e a principi di equità e proporzionalità, tenendo conto dell'epidemiologia, delle caratteristiche della popolazione e dei valori espressi dalla società. Il trapianto di cuore è un esempio della difficoltà di decidere come destinare risorse scarse in rapporto al fabbisogno.

In Italia dal 2010 sono stati eseguiti in media 242 trapianti di cuore/anno, che corrispondono a circa 4 per milione di popolazione (pmp), e alla fine di ogni anno risultavano in attesa 640-740 pazienti.

L'aumento delle possibilità di cura e della sopravvivenza dei soggetti affetti da cardiopatie anche gravi accentua la carenza di donatori.

In tutti i Paesi, anche dove il nu-

mero di trapianti di cuore per milione di abitanti è più alto rispetto al nostro (per esempio la Francia, con circa 7 pmp e gli Stati Uniti, circa 10 pmp), l'allocazione del cuore si orienta a dare priorità ai candidati in condizioni più urgenti e a condividere il pool dei donatori in aree via via più vaste: cresce la quota di trapianti eseguiti in pazienti critici, nei quali senza trapianto il rischio di morte è molto alto, ma la probabilità di successo è inferiore alla media. I sistemi di assistenza circolatoria (LVAD, impropriamente detti «cuori artificiali») rappresentano un'alternativa di lungo periodo nei pazienti non idonei al trapianto, e un salvavita auspicabilmente temporaneo per quelli idonei, dilazionando ma non eliminando la necessità del trapianto.

Per ridurre il gap tra donatori e potenziali beneficiari bisogna agire su più fronti.

Promuovere stili di vita salutari, sostenere l'innovazione e la ricerca, diffondere la cultura della donazione sono azioni positive che tutti

Chiunque abbia una qualche connessione con i trapianti ha una storia unica  
Reginald Green

possiamo fare - cittadini, professionisti, società scientifiche e associazioni di volontariato, come ad esempio, tra quelle del nostro Ospedale, la Fondazione De Gasperi - . Reginald Green, che nel 1994 consentì che gli organi e le cornee del figlio Nicholas venissero trapiantati in sette persone del Paese dove era stato ucciso il suo bambino, sostiene che perché la donazione diventi «la cosa normale da fare» lo strumento più efficace è far conoscere le storie personali, perché «chiunque abbia una qualche connessione con i trapianti ha una storia unica».

Gli italiani, in coda da nord a sud per donare il midollo osseo al piccolo Alex paiono dargli ragione: anche i media possono fare la loro parte, sperando che le storie individuali alimentino la consapevolezza e la disponibilità a donare anche agli sconosciuti.

Direttore Cardiologia 2,  
De Gasperi CardioCenter,  
Ospedale Niguarda, Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## «DA MEDAGLIA» O VENTESIMO: LE STRANE CLASSIFICHE DEL SSN



di **Giancarlo Cesana\***

Sono frequenti gli allarmi a riguardo della sopravvivenza del nostro Servizio Sanitario Nazionale e accorate le esortazioni a proteggere la sua natura pubblica, egualitaria ed equa, come fattore irrinunciabile di civiltà.

In effetti, il problema c'è, non solo in Italia e non solo per il Ssn, ma per tutto il sistema di protezione sociale. Gli Stati aderenti all'Unione Europea, per quanto con differente intensità, offrono ai loro cittadini un significativo supporto per vecchiaia, malattia, invalidità, disoccupazione, bisogni familiari e abitativi, istruzione.

Si stima che nei 15 Paesi più avanzati della UE, per ogni cittadino, dalla nascita, vengano spesi mediamente più di 8 mila euro all'anno. Ciò comporta un consumo enorme di risorse: in Italia circa il 30 per cento del Pil, pressappoco 600 miliardi, 300 dedicati a pensioni e vecchiaia, 150 dedicati alla salute.

Per le pensioni noi spendiamo circa il 10 per cento in più della media europea, perché siamo uno dei paesi più vecchi e perché, dalla introduzione delle pensioni baby (1973) abbiamo raggiunto la più bassa percentuale di occupati dopo la Turchia, con una media nazionale del 57 per cento. I Paesi con cui di solito ci confrontiamo hanno una occupazione superiore al 65-70 per cento e più.

Avendo noi una delle più basse natalità del mondo, è possibile che nel 2050 per ogni lavoratore ci sarà una persona che non lavora e che quindi dovrà essere mantenuta. Con l'aggiunta di reddito di cittadinanza, quota cento e altri sussidi, tutto il sistema di welfare e quindi anche il Ssn rischia seriamente il default.

A seconda dei parametri considerati, la posizione è diversa Il motivo è che l'elevata aspettativa di vita degli italiani è sostenuta anche dai rapporti familiari e sociali e, finora, dal reddito. Ma per quanto?

La sanità già oggi è un indicatore della nostra povertà relativa, con prospettive poco incoraggianti. Per ogni persona si spendono in Italia l'equivalente di 3.500 dollari, 5.000-5.900 in Francia e Germania, addirittura 10.500 negli Stati Uniti.

È facile pertanto prevedere che, dato l'invecchiamento della popolazione e quindi l'aumento delle malattie croniche, la spesa sanitaria italiana sia destinata a salire e molto, con risorse pubbliche insufficienti.

Siccome abbiamo una vita lunga e spendiamo relativamente poco il nostro Ssn è classificato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno dei migliori del mondo. Per le stesse ragioni Euro Health Consumer lo colloca al 20esimo posto su 35 paesi europei. Non c'è da stupirsi perché l'elevata aspettativa di vita degli Italiani è sostenuta da una serie di fattori non propriamente sanitari, come il clima, la dieta e le abitudini di vita, i rapporti familiari e sociali e, finora, il reddito.

Che fare allora? Come dice Joseph Stiglitz, Premio Nobel per l'economia: «Gli errori del settore pubblico sono pagati da tutti, mentre quelli del settore privato solo da alcuni... il settore privato ha una maggiore motivazione che non il pubblico a evitare gli errori. Le posizioni dottrinali, le quali assicurano che gli interventi governativi sono intrinsecamente inefficienti e che la redistribuzione delle risorse non produce altro che gruppi di pressione a proprio vantaggio, sono tanto false quanto inutili. Allo stesso modo le posizioni dottrinali della sinistra che esigono un più esteso intervento governativo e che idealizzano il Governo... i cui errori sono sempre causati da ragioni al di fuori di esso, senza riconoscerne i limiti, sono altrettanto inutili». Pubblico non vuole dire statale, ma per tutti.

\* Ordinario di Igiene, Università di Milano Bicocca