



## **RASSEGNA STAMPA 30-06-2018**

1. CORRIERE.IT Studio italiano scopre un legame tra demenza e tumori
2. LA SICILIA Tumori a prostata, rene e vescica popolazione maschile nel mirino
3. DOCTOR 33 Morti per amianto, pubblicato il Libro bianco. Isde: accelerare le bonifiche
4. QUOTIDIANO SANITÀ Il futuro della farmacia oncologica è nel fare rete. Il punto al convegno Sifact
5. QUOTIDIANO SANITÀ Nel 2017 spesa sanitaria in Italia all'8,9% del Pil
6. IL SOLE24ORE.COM Università: firmati i decreti. Più posti per medicina, odontoiatria e veterinaria
7. HEALTH DESK Lo stress aumenta il rischio di sviluppare malattie autoimmuni
8. ANSA Vaccini: in Francia secondo morto per morbillo del 2018
9. LA STAMPA La guerra delle crocerossine "Ci trattano come majorette"

<https://www.corriere.it/salute/>

## Studio italiano scopre un legame tra demenza e tumori

*Una mutazione della proteina Tau, già nota per avere un ruolo nello sviluppo di demenze degenerative e Alzheimer, collegata anche a vari tipi di tumori*



È coinvolta nello sviluppo di molte malattie croniche, soprattutto demenze degenerative e Alzheimer, e potrebbe avere un ruolo anche nella formazione di vari tipi di tumori. A ipotizzare nuove responsabilità della proteina Tau è uno studio condotto dai ricercatori dell'Istituto Neurologico Carlo Besta di Milano e [pubblicato sulla rivista scientifica \*Cancer Research\*](#).

### ***Proteina cruciale per il buon funzionamento dei neuroni***

Tau è una proteina fondamentale per il corretto sviluppo e funzionamento dei neuroni del sistema nervoso centrale perché regola il citoscheletro, cioè la struttura che determina la forma della cellula e garantisce alcune sue funzioni. Se è mutata, ad esempio, causa una malattia chiamata demenza frontotemporale, simile al più noto Alzheimer. Che la proteina Tau fosse implicata in diversi processi cellulari era noto, ma che potesse essere coinvolta anche nello sviluppo del cancro non era

finora mai stato immaginato. «Nel nostro laboratorio avevamo dimostrato per la prima volta come la Tau mutata nei nostri pazienti affetti da demenza alterasse anche il numero e la struttura dei cromosomi - spiega Fabrizio Tagliavini, direttore scientifico dell'Istituto Neurologico Carlo Besta e autore del nuovo lavoro scientifico - . Dallo sviluppo di questa osservazione è nata l'ipotesi che potesse essere coinvolta nella formazioni di tumori, poiché spesso le alterazioni cromosomiche sono associate al cancro».

### ***Lo studio su 15 famiglie, oltre 160 persone***

Per verificare la loro teoria, i ricercatori hanno raccolto nel corso di diversi anni i dati clinici (con particolare riferimento alla presenza di tumori) di un gruppo di famiglie con mutazione Tau. «Siamo riusciti ad assemblare i dati di 15 famiglie comprendenti 162 soggetti: sono numeri molto elevati se si considera che le mutazioni Tau sono rare - dice Giacomina Rossi, biologa dell'Istituto Besta e prima autrice del lavoro - . Parallelamente abbiamo raccolto lo stesso tipo di informazioni in 45 famiglie senza mutazione (717 soggetti), provenienti dalle stesse regioni italiane e con età paragonabili. Applicando un'adeguata metodologia statistica ed epidemiologica, abbiamo dimostrato che nelle famiglie con mutazione Tau la probabilità di sviluppare un tumore (di vari tipi) è circa quattro volte maggiore rispetto alle altre. Questo dato è estremamente significativo, assimilando la Tau ad altre proteine già note come fattori di rischio per il cancro».

### ***Più attenzione nei pazienti con demenza e Tau mutata***

I ricercatori dell'Istituto Neurologico Carlo Besta intendono ora proseguire gli studi a livello cellulare e molecolare: utilizzando cellule con mutazione Tau cercheranno di individuare quali sono le proteine che, interagendo con la Tau mutata, innescano i meccanismi che portano allo sviluppo della cellula tumorale. «Questa scoperta, per ora, non ha una ricaduta immediata e pratica sulla vita delle persone - conclude Fabrizio Tagliavini -. Quello che possiamo consigliare al presente è che i pazienti con demenza causata da una mutazione della Tau vengano clinicamente monitorati anche per il loro più elevato rischio di sviluppare il cancro». Questo studio è stato reso possibile grazie alla collaborazione con ricercatori dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (Registro tumori, Epidemiologia ambientale e Farmacologia Molecolare) che hanno condotto l'analisi statistico-epidemiologica e messo a disposizione il loro background molecolare sul cancro per l'interpretazione dei risultati. Allo studio ha contribuito anche la University College London, con i suoi ricercatori esperti in studi bioinformatici.

# Tumori a prostata, rene e vescica popolazione maschile nel mirino

La misurazione del Psa va sempre corredata da una visita specialistica urologica  
Tutti gli uomini devono sottoporsi a un controllo preventivo a partire dai 50 anni

**GIOVANNA GENOVESE**

**C**olpiscono soprattutto la popolazione maschile. La neoplasia alla prostata - ghiandola delle dimensioni di una noce posizionata di fronte al retto - rappresenta ben il 18% (fonte Airtum) di tutti i tumori diagnosticati nel maschio. Si stima che a soffrirne sia circa il 70% degli ultratantenni. Meno diffuso è il carcinoma al rene: si presenta con una frequenza doppia nel sesso maschile rispetto a quello femminile e le probabilità di svilupparlo cresce con l'avanzare dell'età. Il picco massimo d'insorgenza è intorno ai 60 anni.

La neoplasia alla vescica, invece, colpisce tre volte di più gli uomini rispetto alle donne ed è più comune tra i 60 e i 70 anni.

## **Possibilità di diagnosi precoce.**

Contro il tumore al rene e alla vescica a oggi non esistono programmi di screening per arrivare precocemente alla diagnosi. Occorre, quindi, lavorare soprattutto sugli stili di vita. Quindi: abolizione del fumo, adozione di una dieta sana ed equilibrata e attenzione all'esposizione eccessiva a determinate sostanze potenzialmente cancerogene quali ad esempio ammine aromatiche e nitrosamine o asbesto, cadmio, fenacetina e torotrasto.

Un esame del sangue di screening, invece, è disponibile per il tumore alla prostata: è la misurazione del psa (antigene prostatico specifico).

«Da quando, negli anni '90, questo controllo è stato introdotto nella pratica clinica, il numero di diagnosi di carcinoma alla prostata è aumentato sensibilmente. C'è da dire però che a un incremento dei valori di psa non corrisponde necessariamente la presenza di un tumore alla prostata. Anche una ipertrofia prostatica benigna o una prostatite, infatti, possono determinare valori alterati di psa. La misurazione va quindi corredata dalla visita specialistica urologica: nello specifico, l'esplorazione rettale permette talvolta di identificare già al tatto la presenza di eventuali nodularità sospette», spiega Marco Carini, direttore Urologia Oncologica mininvasiva robotica e andrologica al Careggi di Firenze.

«L'unico esame che può con certezza dimostrare la presenza di cellule tumorali al-

l'interno della ghiandola prostatica è tuttavia la biopsia prostatica».

## **Prevenzione del tumore alla prostata.**

Tutti gli uomini devono sottoporsi a visita urologica a partire dai 50 anni, a prescindere dalla comparsa dei sintomi: il tumore alla prostata, infatti, nelle fasi iniziali, non dà segni di sé. Il controllo dev'essere anticipato a 40-45 anni in caso di familiarità. Il rischio di insorgenza aumenta se ci sono parenti colpiti. «Gli uomini che hanno il padre o il fratello affetti da questo tumore - spiega Carini - presentano un rischio 2-3 volte maggiore di ammalarsi rispetto al resto della popolazione. Il rischio aumenta sensibilmente in presenza di 2 o più parenti colpiti o se la patologia è insorta prima dei 55 anni». L'intervallo di tempo con cui sottoporsi periodicamente a visita urologica viene, invece, stabilito dall'urologo in base al profilo di rischio del singolo paziente.

## **I trattamenti indicati**

In caso di patologia benigna della prostata, l'intervento da eseguire è la prostatectomia trans uretrale, in cui viene rimossa solo una porzione della ghiandola. Questa non va confusa con la prostatectomia radicale, vale a dire l'asportazione della ghiandola prostatica in toto, che si esegue esclusivamente in caso di patologia tumorale e rappresenta il trattamento d'elezione per la cura dei tumori alla prostata localizzati, in cui la massa neoplastica è ancora contenuta entro i confini della ghiandola prostatica. Per i tumori della prostata localmente avanzati o metastatici, invece, la prostatectomia radicale può e se mpre più tende a rappresentare il primo passo di una terapia multimodale che associa alla chirurgia la radioterapia e l'ormonoterapia».

Riguardo al tumore al rene, invece, la chirurgia radicale, cioè la rimozione dell'organo malato, è la soluzione più usata. Nel caso vengano colpiti entrambi i reni, si cerca di eliminare solo la parte malata.

Quanto al tumore alla vescica, in caso di neoplasie di piccole dimensioni che non invadono i tessuti circostanti, è prevista la "resezione transuretrale", cioè l'asportazione del tumore per via endoscopica, oppure la cistectomia, cioè l'asportazione dell'organo, parziale o totale, in base allo

stadio clinico, all'aggressività e al tipo di tumore.

## **La fotografia della realtà italiana**

Le strutture pubbliche o private accreditate che in Italia effettuano interventi per prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna della prostata sono 483: il 44% si trova al nord, il 26% al centro e il 30% al sud. Della totalità delle operazioni eseguite il 53% è stato effettuato al nord, il 24% al centro e il 23% al sud.

I centri che eseguono interventi per tumore al rene sono, invece, 385: il 49% si trova al nord, il 25% al centro e il 26% al sud. Della totalità delle operazioni eseguite il 55% è stato effettuato al nord, il 27% al centro e il 18% al sud.

Gli ospedali che effettuano interventi per tumore alla vescica sono 320: il 51% si trova al nord, il 22% al centro e il 27% al sud. Della totalità delle operazioni eseguite il 54% è stato effettuato al nord, il 25% al centro e il 21% al sud. Le strutture che effettuano interventi per tumore maligno alla prostata, infine, sono 387: il 50% si trova al nord, il 24% al centro e il 26% al sud. Della totalità delle operazioni eseguite il 61% è stato effettuato al nord, il 22% al centro e il 17% al sud.

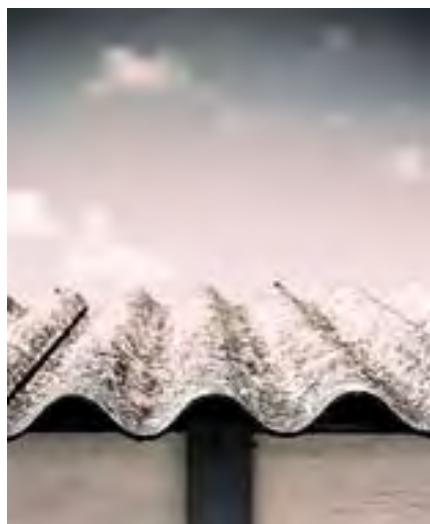
## **Vescica e prostata**

Poche strutture rispettano la soglia minima ministeriale. Solo un quarto degli ospedali raggiungono i 20 interventi annui, soglia minima fissata dalle autorità ministeriali per valutare la bontà di una struttura per quanto riguarda il tumore alla vescica: appena 78 su 320. Di questi il 58% si trova al nord, il 23% al centro e il 19% al sud. Quanto al tumore alla prostata, le strutture che effettuano almeno i 25 interventi annui stabiliti sono 212 su 387: il 61% si trova al nord, il 22% al centro e il 17% al sud.

Secondo una classifica dei centri siciliani più performanti per volume di interventi stilata da "Doveecomemicro.it", al primo posto per la prostatectomia c'è la casa di cura Morgagni di Catania, per il tumore alla prostata sono primi pari merito il presidio ospedaliero Vittorio Emanuele di Catania e l'ospedale Civico e Benfratelli di Palermo, mentre per il tumore alla vescica e il tumore al rene si posiziona in cima alla classifica l'ospedale Civico e Benfratelli di Palermo.

<http://www.doctor33.it/politica-e-sanita/>

## Morti per amianto, pubblicato il Libro bianco. Isde: accelerare le bonifiche



Il "Libro bianco delle morti di amianto in Italia", è stato presentato nei giorni scorsi a Roma, a cura dell'Osservatorio nazionale amianto (Ona) e delinea una situazione drammatica: 40 milioni di tonnellate di amianto ancora da bonificare, circa un milione di siti contaminati e 6mila morti per amianto in Italia nel 2017 (3.600 per tumore polmonare, 1.800 per mesotelioma e 600 per asbestosi). Inoltre il numero di questi decessi risulta in crescita.

«In realtà, le morti per amianto sono per fortuna stabili o già in diminuzione - afferma invece **Edoardo Bai**, presidente milanese di Isde, l'Associazione medici per l'ambiente - e i siti contaminati non certo un milione, anche se nessuno li ha mai contati con precisione». **Bai** cita l'ultimo rapporto del Registro nazionale dei mesoteliomi (Renam), che riporta i dati di incidenza e di esposizione ad amianto per i casi di mesotelioma: «la quinta edizione, che risale al 2015, fornisce cifre diverse e in alcune Regioni i decessi asbesto-correlati hanno iniziato a calare da alcuni anni, in Lombardia dal 2011». Se, come si vede, sulle cifre non tutti gli esperti sono d'accordo, nessuno minimizza la gravità del problema.

«L'unica cosa davvero risolutiva è evitare nuove esposizioni all'amianto, ma purtroppo siamo ancora molto indietro con le bonifiche», ha dichiarato **Ezio Bonanni**, presidente dell'Ona e autore del "Libro bianco". «Le operazioni di bonifica procedono, ma a rilento - conferma **Bai** - e bisognerebbe accelerarle di

parecchio. La Lombardia è molto in ritardo sul suo piano, che prevedeva la bonifica completa entro il 2015. Per fortuna nella maggior parte dei siti da bonificare c'è amianto compatto, in matrice di cemento, ed è meno pericoloso dell'amianto friabile che rilascia residui più facilmente; tuttavia anche quello compatto, essendo nell'ambiente almeno dal 1992, data in cui l'uso dell'amianto è stato vietato in Italia, è spesso deteriorato e quindi anch'esso pericoloso».

Secondo Bai il rischio oggi non è così alto per la popolazione generale, a eccezione di alcune categorie di lavoratori: «essenzialmente gli edili, quelli che fanno le bonifiche e ristrutturano gli edifici costruiti prima del 1992 e coloro che nell'industria lavorano per togliere le coibentazioni, che un tempo si realizzavano spesso con amianto». I costi di bonifica sono però molto elevati: «la nostra idea - ha detto **Bonanni** - è togliere l'Iva sugli smaltimenti e introdurre un credito d'imposta per le bonifiche, sia per le imprese che per i privati».

Venerdì 29 GIUGNO 2018

## Il futuro della farmacia oncologica è nel fare rete. Il punto al convegno Sifact

***Due giorni di lavoro, a Padova, per guardare alle attuali e future sfide della Rete oncologica farmaceutica nazionale. Palozzo (Iov): “In pochi anni sono stati immessi in commercio farmaci i cui costi elevati non sempre hanno garantito innovatività ed importante efficacia. Noi farmacisti dobbiamo riuscire a riconoscere e gestire la vera innovazione per rendere sostenibile il Ssn. Un risultato che si ottiene solo facendo rete tra noi e altri professionisti”.***

Si è concluso sabato 23 giugno il convegno di due giorni della rete oncologica farmaceutica nazionale organizzato da SIFaCT -Società Italiana di Farmacia Clinica e Terapia. Nelle quattro sessioni dell'evento formativo sono stati trattati i temi più recenti con relazioni realizzate da diverse figure professionali: farmacisti, immunologi, oncologi e metodologi clinici. I farmacisti in particolare hanno affrontato in modo originale e critico le più recenti acquisizioni farmacologiche, la gestione delle terapie orali e l'assistenza alla sperimentazione clinica.

**Medicina di precisione, immunoncologia e nuove terapie geniche** rappresentano le nuove frontiere relative ai trattamenti farmacologici in oncologia, un settore caratterizzato da continue innovazioni di sempre più complessa gestione da parte degli operatori sanitari. “L'aggiornamento deve essere costante per essere pronti a gestire l'innovazione” afferma **Angelo Palozzo**, direttore della farmacia ospedaliera dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, “in pochi anni sono stati immessi in commercio farmaci i cui costi elevati non sempre hanno garantito innovatività ed importante efficacia. Noi farmacisti dobbiamo riuscire a riconoscere e gestire la vera innovazione per rendere sostenibile il Ssn e questo risultato si ottiene solo facendo rete tra noi e altri professionisti. Questo evento sancisce il valore di una rete oncologica di operatori sanitari in grado di condividere idee e progetti a livello nazionale”.

**A Padova circa 100 partecipanti** hanno condiviso non solo i dati di efficacia e sicurezza delle nuove terapie oncologiche, ma anche e soprattutto le difficoltà nella gestione dei nuovi farmaci con un'attenzione particolare ai costi che in alcuni casi sono decisamente elevati.

**“Il prezzo giusto non si misura in base ai costi di sviluppo del medicinale**, il principale driver deve essere il valore del beneficio clinico” sostiene **Andrea Messori**, dirigente nell'unità di HTA nella regione toscana. Nella sua coinvolgente relazione congressuale, nella quale si sono richiamati elementi di farmacoeconomia e simulazioni di costi delle terapie, evidenzia che “solo partendo da una soglia di accettabilità di costo per anno di vita guadagnato, possiamo cominciare a ragionare sulla sostenibilità di qualsiasi nuova terapia oncologica”.

**La ricerca corre veloce e la formazione degli operatori deve fare altrettanto.** Arriveranno nei prossimi mesi anche le terapie geniche, trattamenti che inducono modificazioni genetiche delle cellule immunitarie del paziente. I farmacisti devono essere pronti a gestire cellule modificate e vettori virali, dalla manipolazione in laboratorio alla complessa logistica che tali prodotti sottendono.

# quotidianosanita.it

Venerdì 29 GIUGNO 2018

**Nel 2017 spesa sanitaria in Italia all'8,9% del Pil. Quella privata resta stabile al 2,3%. Ma a livello pro capite spendiamo 305,2 dollari in meno rispetto alla media. Il rapporto Ocse**

***Rispetto alla spesa sanitaria, sia pubblica che privata, l'Italia, in termini di incidenza sul PIL, è in piena media Ocse (8,9% del Pil). Anche in confronto a quella privata, il dato restando stabile rispetto al 2016, si discosta solo dello 0,1% dalla media. Maggiori differenze si riscontrano invece a livello di spesa pro capite a parità di poter d'acquisto. Quella pubblica italiana è di 2.622 dollari rispetto ad una media di 2.927,2 dollari. Stesso discorso per la spesa pro capite privata che si ferma a 919,8 dollari rispetto ad una media di 961,1. [LA SINTESI](#)***

Nel 2017 l'Italia ha fatto registrare una spesa sanitaria, pubblica e privata, rispetto al Pil dell'8,9%, in linea rispetto alla media Ocse. Al primo posto troviamo gli Stati Uniti con il 17,2%, a seguire la Francia con l'11,5%. Il dato italiano resta stabile rispetto a quello già registrato nel 2016. Questo uno dei dati emersi dalle nuove statistiche pubblicate ieri dall'Ocse.

Passando ad analizzare la **spesa sanitaria pubblica e la sua incidenza rispetto al Pil, quella italiana è del 6,6%. Dato al di sopra della media Ocse del 6,4%**. Un dato da tenere a mente alla luce delle fake news sulla presunta soglia limite del 6,5% in rapporto al Pil, talvolta attribuite all'Oms altre proprio all'Ocse, che sono circolate in questi mesi. Una spesa in ogni caso **ben inferiore rispetto a quella fatta registrare da altri Paesi UE** quali, ad esempio, la Germania (9,6%), la Francia (9,5%) e la Svezia (9,1%).

<http://stream24.ilsole24ore.com/>

## Università: firmati i decreti. Più posti per medicina, odontoiatria e veterinaria



Sono stati pubblicati oggi sul sito del ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (Miur) i decreti sui posti disponibili per i corsi di laurea ad accesso programmato a livello nazionale da mettere a bando. In sintesi sono stati assegnati tutti i posti del "potenziale formativo" delle Università, inferiori tuttavia a quelli chiesti dalla Regioni.

**Medicina** 9.779 rispetto a 10.035 delle Regioni, approvati nell'Accordo Stato-Regioni del 21 giugno. Rispetto ai 9.100 dello scorso anno ci sono ben 549 posti in più, pari al +6,5%.

**Odontoiatria** 1.096 rispetto ai 1.299 chiesti delle Regioni, con 103 posti in più, pari al 10%.  
Rispetto ai 908 dello scorso anno 188 posti in più (+20%).

**Veterinaria** analogo aumento con 759 posti su cui il Miur ha mediato fra il potenziale di 890 delle Università e i 582 proposti dalle Regioni. Rispetto ai 655 dello scorso anno aumento di 104 posti (+16%).

Poi da lunedì toccherà alle 22 professioni sanitarie (infermieri, fisioterapisti, tecnici, ecc) su cui -al contrario - è attesa una riduzione di circa 700 posti fra i 24.069 dello scorso anno a gli attesi circa 23.400 rispetto ai 23.600 chiesti dalle Regioni.

E in questo caso l'attenzione del Miur dovrà essere maggiore per evitare nella ripartizione le numerose anomalie verificatesi lo scorso anno, che come è noto avevano portato ad una interrogazione parlamentare e al ricorso al Tar da parte della Regione Veneto.

E per questo che ora le Regioni hanno ripetutamente chiesto al Miur di tenere in debita considerazioni le loro proposte in quanto, peraltro, enti pagatori.

Contestualmente il ministro, **Marco Bussetti**, ha anche firmato il decreto con il contingente di posti destinati ai candidati non comunitari residenti all'estero che sono 635 per Medicina, 95 per Veterinaria, 91 per Odontoiatria e protesi dentaria, 1.094 per le Professioni sanitarie, 75 per le Professioni sanitarie magistrali e, infine, 451 per Architettura. Con successivi decreti ministeriali saranno resi noti i posti disponibili per i candidati comunitari e non comunitari residenti in Italia per i laureati delle professioni sanitarie e laureati magistrali delle professioni sanitarie.

**Le iscrizioni online** per i corsi di laurea e laurea magistrale in Medicina e chirurgia, Veterinaria, Odontoiatria e Protesi dentaria e Architettura saranno attive dal 2 luglio al 24 luglio 2018 sul portale [www.universitaly.it](http://www.universitaly.it) .

**Il calendario delle prove** per i corsi ad accesso programmato a livello nazionale è già stato fissato lo scorso febbraio.

Queste le date:

- Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria, 4 settembre;
- Medicina Veterinaria, 5 settembre;
- Architettura, 6 settembre;
- Professioni sanitarie, 12 settembre;
- Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria in lingua inglese, 13 settembre;
- Scienze della formazione primaria, 14 settembre;
- Professioni sanitarie (laurea magistrale), 26 ottobre.

<http://www.healthdesk.it/>

PIÙ DI UN LUOGO COMUNE

## Lo stress aumenta il rischio di sviluppare malattie autoimmuni

Le persone stressate hanno il 36% di probabilità in più di mandare in tilt il sistema immunitario



Uno studio osservazionale su Jama dimostra che esiste un legame tra disturbi da stress e patologie autoimmuni, ma non può stabilire che il primo fenomeno sia la causa del secondo. È un punto di partenza per ulteriori indagini

Lo stress può aumentare il rischio di sviluppare malattie autoimmuni. L'associazione tra un logoramento psichico acuto e persistente e il comportamento anomalo di un sistema immunitario che da amico diventa nemico è stata dimostrata da uno [studio](#) appena pubblicato su Jama.

Mettendo a confronto le informazioni sulla salute di 106mila cittadini svedesi con disturbi da stress e un milione di persone con un sano ed equilibrato sistema nervoso, i ricercatori hanno scoperto che lo stress aumenta del 36 per cento il rischio di ammalarsi di 41 patologie autoimmuni, tra cui artrite reumatoide, psoriasi, morbo di Crohn e celiachia.

Il campione preso in esame per valutare l'impatto dello stress sul sistema immunitario era formato da pazienti con diverse diagnosi ricevute tra il 1981 e il 2013, dal disturbo da stress post traumatico, a reazioni acute allo stress, disturbo dell'adattamento ecc....

Gli scienziati hanno confrontato la salute di queste persone con quella di fratelli o di altre persone non di famiglia che non avevano sofferto alcun disturbo da stress.

«I pazienti che hanno vissuto forti reazioni emotive dopo un trauma o dopo altri fattori

stressanti - dice Huan Song della University of Iceland a Reykjavik - dovrebbero rivolgersi a un medico dato l'elevato rischio di cronicità di questi sintomi e di altri disturbi della salute, come un aumento delle probabilità di malattie autoimmuni».

I ricercatori sono convinti che gli interventi per ridurre lo stress servano ad allontanare il rischio di mandare in tilt il sistema immunitario inducendolo ad attaccare cellule sane dell'organismo.

«Esistono al giorno d'oggi molte possibilità di trattamento, dai farmaci, alle terapie cognitive comportamentali che hanno dimostrato di essere efficaci nel ridurre lo stress - spiega Song».

<http://www.ansa.it/>

## **VACCINI: IN FRANCIA SECONDO MORTO PER MORBILLO DEL 2018**

### **Un uomo di 26 anni immunodepresso, oltre 2500 casi nel Paese**

ROMA, 28 GIU - In Francia un uomo di 26 anni è morto a causa del morbillo. Lo ha annunciato, riportano i media francesi, l'agenzia per la salute pubblica, secondo cui è il secondo decesso per la malattia dopo quello di una donna di 32 anni lo scorso febbraio a Poitiers. Il paziente era immunodepresso, ed è stato contagiato probabilmente da un parente. L'agenzia non ha reso noti altri dati sull'uomo o sul luogo dove è avvenuto il decesso. "Oltre a questo caso - afferma il bollettino epidemiologico sulla malattia - si segnala quello di un adolescente di 17 anni ricoverato in prognosi riservata sempre per la malattia". La Francia è interessata da un'epidemia di morbillo dallo scorso novembre, soprattutto nella regione della Nouvelle Aquitaine. Dallo scorso 6 novembre si sono registrati oltre 2500 casi, di cui il 22% ricoverato, che si sono verificati nell'88% dei casi in persone non vaccinate o che avevano ricevuto una sola dose di vaccino. Nel paese c'è una legge sull'obbligo vaccinale, simile a quella italiana, in vigore dall'inizio dell'anno, che prevede l'obbligatorietà di undici vaccini, gli stessi italiani più il meningococco C, per l'iscrizione a scuola.

Le infermiere volontarie attaccano il presidente della Cri: "Minaccia la nostra autonomia"  
La replica: "I vostri gradi non mi interessano". Dietro la polemica, la battaglia per i fondi

# La guerra delle crocerossine "Ci trattano come majorette"

## IL CASO

ANTONELLA MARIOTTI

**C'**è una «guerra» nella Croce rossa. Lo scontro è tra i vertici ma è la base delle crocerossine che ha deciso di uscire allo scoperto acquistando una pagina di pubblicità su La Stampa. Le infermiere volontarie accusano il presidente Cri, Francesco Rocca, di aver violato le gerarchie e lo invitano a fare dietrofront. «Il presidente ci sta snaturando, vuole ridurci a semplici majorette per la festa della Repubblica, togliendoci i gradi e l'autonomia». Così scriveva un gruppo di «sorelle» - appellativo comune a tutte le infermiere volontarie - in un lungo messaggio inviato su whatsapp a molte delle 9 mila crocerossine operative sulle oltre 20 mila iscritte. L'accusa è durissima: «Abbiamo subito un forte disorientamento e visto minare e venir meno la fiducia reciproca verso la stessa organizzazione. Siamo profondamente deluse da quanto abbiamo assistito».

### La svolta di Pinotti

Lo scontro inizia un anno fa. Durante il Consiglio dei mini-

stri del 12 maggio 2017 l'allora titolare della Difesa Roberta Pinotti presenta un emendamento al decreto sul terzo settore. In quelle righe si chiede la «verifica annuale delle esigenze della Difesa e delle possibilità dei corpi ausiliari di Cri» e il controllo che i fondi dati dal Ministero alla Croce rossa siano utilizzati per le attività ausiliarie (le infermiere volontarie coadiuvano da sempre l'Esercito). Rocca si appella a Paolo Gentiloni e a Sergio Mattarella per «fermare l'emendamento» che a parere suo «sfilava» dalla Cri 5.000 crocerossine e 3.500 volontari del Corpo militare per passarli alle dipendenze della Difesa. Sta qui il cuore del problema: autonomia e fondi. Le crocerossine dicono: «Noi faremo parte sempre della Cri», ma tra loro e il presidente Rocca lo scontro non si placa: dalle nomine dei responsabili regionali fatte senza passare dai loro vertici alla cerimonia con il Presidente della Repubblica annullata pochi giorni prima. A detta delle croceros-

«Le gerarchie interne devono essere rispettate da tutte le parti, anche da Francesco Rocca»

sine «affronti e vessazioni» tali da spingerle ad abbandonare il loro tradizionale contegno: «Ci sentiamo tradite, elogiate a parole e nelle immagini, ma nei fatti la realtà è un'altra».

### La pubblicità sul giornale

Chi conosce questo corpo nato dall'élite nobile nel 1908, e ora composto da donne e ragazze di qualsiasi ceto sociale, può intuire il travaglio interno alla «base» che ha giurato fedeltà all'Esercito sotto il motto «Ama, conforta, salva, lavora». «Non sapevamo come fare arrivare il nostro messaggio a tutti, così abbiamo deciso per la pubblicità sul giornale. Non è stato facile, abbiamo una tradizione di obbedienza e riservatezza. Non vogliamo che compaiano nomi, siamo tutte uguali: sorelle anche nella protesta». L'ultimo scontro è stato sulla decisione di Rocca di rimuovere i distintivi che certificano il grado delle Sorelle. I gradi non sono come quelli dell'Esercito ma rimangono pur sempre un simbolo. Alle proteste il presidente Cri aveva risposto con un tweet beffardo: «Gli unici gradi che ci interessano sono quelli dello spritz». Con tanto di foto col bicchiere in mano. —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI