AGORÀ SANITARIA

Periodico bimestrale

ANNO 2 - N. 3 Maggio - Giugno 2026

Spazio di incontro fra medici e pazienti

AGORÀ SANITARIA

Periodico bimestrale

ANNO II – N. 3 Maggio – Giugno 2026

Direttore scientifico: Antonio Arnese
Direttore responsabile e Coordinatore editoriale: Ernesto Ummarino

Agorà Sanitaria di Ernesto Ummarino,

Via Mario Gigante 38, 80126 Napoli,
Tel.: 0812395154, email: info@agorasanitaria.it

Per qualsiasi controversia il foro competente è quello di Napoli
La rivista è consultabile pubblicamente e gratuitamente

N. 3/2026 pubblicato nel mese di Giugno 2026

Copyright ©2024. Tutti i diritti sono riservati

IN QUESTO NUMERO

L'OSPEDALE SNELLO Il pensiero Lean applicato alla sanità ……...…4

EPATITE A IN CAMPANIA: UN PROBLEMA DI SANITÀ PUBBLICA DA NON SOTTOVALUTARE, MA DA AFFRONTARE CORRETTAMENTE ……9

EBOLA: UNA MINACCIA PANDEMICA REALE O PERCEPITA? …….....13

HANTAVIRUS “VA IN CROCIERA”: COSA SAPPIAMO SUL FOCOLAIO SULLA MV HONDIUS ……...19

L’ESAME DEL FONDO OCULARE E LE SUE IMPLICAZIONI DIAGNOSTICHE IN MEDICINA INTERNA ……..…….23

IL MIRACOLO DELL’ACQUA ……28

ATTUALI EMERGENZE SANITARIE N ITALIA E CONSIGLI ……..……..……..……...31

L'OSPEDALE SNELLO

Il pensiero Lean applicato alla sanità

Emilio Mirante
Analyst presso Accenture
Specializzato in Economia Sanitaria

Un paziente varca la soglia dell'ospedale per un intervento programmato. Nell'arco della sua giornata, però, il tempo effettivamente dedicato alla cura — la visita, l'atto chirurgico, la somministrazione della terapia — rappresenta spesso soltanto una piccola frazione delle ore trascorse nella struttura. Il resto è attesa: attesa di un referto, di una barella, di un posto in sala operatoria, di una firma, di un trasporto interno. Questo tempo “vuoto”, invisibile nelle statistiche ma pesantissimo per chi lo vive, è il terreno su cui agisce il pensiero Lean. L'idea di “ospedale snello” nasce proprio da qui: non dal desiderio di fare di più con meno, ma dalla volontà di eliminare tutto ciò che, lungo il percorso di cura, non aggiunge valore per il paziente.

Dalla fabbrica alla corsia

Il termine Lean — letteralmente “snello”, “magro” — indica un modello organizzativo nato nel secondo dopoguerra negli stabilimenti Toyota, dove gli ingegneri Taiichi Ohno e Shigeo Shingo idearono un sistema di produzione capace di ridurre gli sprechi e migliorare la qualità senza aumentare le risorse impiegate. Il concetto fu poi sistematizzato negli anni Novanta dagli studiosi James Womack e Daniel Jones, che ne fecero una vera e propria filosofia gestionale.

Ciò che rende il Lean sorprendentemente adatto alla sanità è il suo punto di partenza: mettere al centro non il prodotto, ma chi lo riceve. Trapiantato dall'automobile alla corsia, questo principio si traduce in un'attenzione costante al percorso del paziente e alla continuità della sua esperienza di cura. I primi ospedali a sperimentarlo furono, nei primi anni Duemila, il Virginia Mason Medical Center di Seattle e il Bolton NHS Foundation Trust nel Regno Unito, che ottennero riduzioni significative dei tempi di attesa, degli errori e dei costi.

Il valore secondo il paziente

Il primo passo del pensiero snello è ridefinire il concetto di valore. Nel Lean, valore è soltanto ciò che il destinatario finale — il paziente — riconoscerebbe come utile e sarebbe disposto, idealmente, a “pagare”. Una diagnosi accurata, un intervento riuscito, un'informazione chiara sulla terapia: questo è valore. Tutto il resto — le attese, i moduli compilati due volte, gli spostamenti inutili, gli esami ripetuti perché il primo referto si è perso — è, nel linguaggio Lean, spreco (in giapponese muda).

La rivoluzione culturale sta qui: non è l'organizzazione a stabilire cosa sia importante, ma il bisogno reale della persona assistita. Un reparto può essere efficientissimo dal proprio punto di vista e, al tempo stesso, generare enormi disagi per il paziente costretto a rimbalzare tra sportelli, ambulatori e liste d'attesa.

I sette sprechi dell'ospedale

Il Lean classifica gli sprechi in sette categorie, tutte facilmente riconoscibili in un ospedale:

- **Sovrapproduzione:** esami e prestazioni erogati in eccesso o in anticipo rispetto al reale bisogno, come accertamenti diagnostici ridondanti o duplicati tra reparti diversi.
- **Attese:** il paziente che aspetta un posto letto, un referto, un consulto; ma anche il personale fermo perché manca un'informazione o un'autorizzazione.
- **Trasporti:** gli spostamenti non necessari di pazienti, campioni biologici, farmaci e materiali tra piani e padiglioni distanti.
- **Scorte:** magazzini sovraccarichi, farmaci prossimi alla scadenza o dimenticati, materiali immobilizzati che impegnano risorse e spazio.
- **Movimenti:** il tempo perso dagli operatori nel cercare strumenti, documenti o presidi non collocati in modo razionale.
- **Sovraprocesso:** attività ripetute o superflue, come la stessa informazione registrata più volte su supporti diversi, o controlli burocratici che non aggiungono sicurezza.
- **Difetti ed errori:** la conseguenza più grave, perché in sanità un errore non è mai solo un costo. Terapie sbagliate, reingressi evitabili, infezioni

correlate all'assistenza: ogni difetto genera nuovo lavoro, nuovi rischi e nuova sofferenza.

A questi sette, la letteratura più recente ne aggiunge un ottavo, particolarmente insidioso: lo spreco di talento, ovvero il mancato utilizzo delle competenze e delle idee del personale, spesso il primo a sapere dove e perché il sistema si inceppa.

Gli strumenti dell'ospedale snello

Il Lean non è una teoria astratta, ma un insieme di strumenti pratici. Tra i più diffusi vi è la Value Stream Mapping (mappatura del flusso del valore), che fotografa l'intero percorso del paziente, tappa per tappa, distinguendo le attività che creano valore da quelle che ne sottraggono: è spesso il primo, illuminante esercizio, perché mostra su carta quanto poco tempo di una degenza sia realmente “attivo”.

Il metodo 5S (in italiano: separare, ordinare, pulire, standardizzare, sostenere) organizza gli ambienti di lavoro affinché ogni cosa abbia il suo posto e sia immediatamente reperibile — un principio banale solo in apparenza, ma decisivo in un'emergenza. Il kanban regola invece in modo visivo il rifornimento di farmaci e materiali, evitando sia le rotture di scorta sia gli accumuli. Infine, i sistemi visivi — lavagne, codici colore, indicatori — rendono immediatamente leggibile lo stato di un reparto, di una lista operatoria o di un flusso di pazienti.

Il flusso e la logica “pull”

Un ospedale snello lavora sul flusso: l'obiettivo è che il paziente proceda lungo il proprio percorso senza interruzioni né “colli di bottiglia”. Ogni sosta forzata — in pronto soccorso, in attesa di un letto, tra un esame e l'altro — è un punto in cui il valore si ferma.

A questo si lega la logica “pull” (tirare), opposta a quella tradizionale “push” (spingere): non è l'organizzazione a spingere le prestazioni secondo la propria agenda, ma è il bisogno reale del paziente ad “attivare” ogni fase del processo nel momento in cui serve. Un esempio concreto è la programmazione delle dimissioni fin dal momento del ricovero, così che il posto letto si liberi quando il paziente è davvero pronto, e non quando la burocrazia lo consente.

Il miglioramento continuo parte dal basso

Il cuore culturale del Lean è il kaizen, termine giapponese che significa “cambiamento in meglio”. Non si tratta di grandi riforme calate dall'alto, ma di un miglioramento continuo, quotidiano, fatto di piccoli passi e alimentato da chi il lavoro lo svolge davvero.

In un ospedale snello, infermieri, tecnici, medici e personale amministrativo sono invitati a segnalare gli sprechi e a proporre soluzioni. Questo ribalta la gerarchia tradizionale del problem solving: chi opera in corsia conosce meglio di chiunque altro i punti in cui il sistema si inceppa. Valorizzare questo sapere non è soltanto efficiente, ma è anche un potente antidoto al disagio e al burnout professionale, perché restituisce agli operatori un senso di controllo sul proprio ambiente di lavoro.

Non è tagliare, è liberare valore

È qui che occorre sgombrare il campo da un equivoco diffuso. L'ospedale snello non è un ospedale “tagliato”, né uno strumento per ridurre il personale o comprimere le cure. Il Lean non chiede di fare di più con meno risorse, ma di fare meglio con le stesse risorse, liberandole dagli sprechi che le divorano.

Ridurre le attese, evitare gli esami inutili, prevenire gli errori significa, allo stesso tempo, migliorare la qualità dell'assistenza e la sua sostenibilità economica. I due obiettivi, spesso percepiti come in conflitto, nel pensiero snello coincidono: eliminare uno spreco è al contempo un risparmio e un miglioramento clinico. Quando questa logica viene fraintesa e piegata a una pura razionalizzazione dei costi, il Lean tradisce la propria natura e finisce per generare, paradossalmente, nuova resistenza e nuovi sprechi.

Conclusioni

L'ospedale snello, in definitiva, è più una cultura che una tecnica. Gli strumenti — mappe, lavagne, kanban — sono soltanto la superficie visibile di un cambiamento più profondo, che riguarda il modo di guardare l'organizzazione: con gli occhi del paziente, alla ricerca costante di ciò che ne ostacola il percorso.

In un Servizio Sanitario Nazionale sottoposto a pressioni crescenti — invecchiamento della popolazione, cronicità, risorse limitate — il pensiero Lean non è la soluzione a ogni problema, ma offre un metodo rigoroso e insieme

umano per affrontarli: partire dal valore, dare la caccia agli sprechi, coinvolgere chi lavora, migliorare un poco ogni giorno. Un ospedale che impara a essere “snello” non è un ospedale che cura di meno, ma un ospedale che cura meglio.

EPATITE A IN CAMPANIA: UN PROBLEMA DI SANITÀ PUBBLICA DA NON SOTTOVALUTARE, MA DA AFFRONTARE CORRETTAMENTE

Roberta Porcini
Biologa nutrizionista

Bruno Ariello
già Dirigente Medico ASL NA1
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Negli ultimi mesi si è tornati a parlare di epatite A in Campania, soprattutto alla luce di alcuni dati relativi ai ricoveri ospedalieri. Oltre 150 casi che hanno richiesto assistenza medica possono sembrare numeri contenuti, ma secondo molti esperti rappresentano solo la parte visibile di un fenomeno più ampio.

L'epatite A è causata da un virus che si trasmette principalmente per via oro-fecale, cioè attraverso acqua o alimenti contaminati oppure tramite contatto diretto tra persone. Una delle sue caratteristiche più insidiose è che molte infezioni decorrono senza sintomi evidenti.

Questo significa che solo una parte dei contagiati sviluppa sintomi riconoscibili, una quota ancora più piccola necessita di ricovero, mentre una percentuale non trascurabile può essere infettata senza accorgersene, contribuendo alla diffusione del virus.

I casi asintomatici variano in base all'età. Negli adulti l'epatite A tende a manifestarsi più frequentemente con sintomi, mentre nei bambini è spesso completamente asintomatica. Tuttavia, anche negli adulti non tutti sviluppano segni evidenti. Questi soggetti, pur non avvertendo la malattia, possono trasmettere il virus, favorendo una diffusione silenziosa dell'infezione.

In particolare:

- nei bambini sotto i 6 anni l'infezione è asintomatica nel **70% dei casi**, rendendoli un importante veicolo di trasmissione;
- negli adulti, circa il **10–30%** dei casi può non presentare sintomi evidenti;
- negli anziani e nei soggetti con patologie preesistenti la malattia può assumere forme più severe.

Sebbene nella maggior parte dei casi l'epatite A abbia un decorso benigno e si risolva spontaneamente, non deve essere sottovalutata:

- può causare forme gravi, soprattutto negli adulti e negli anziani;
- comporta un impatto significativo sui servizi sanitari (ricoveri, controlli, assenze lavorative);
- può determinare focolai epidemici difficili da contenere.

La percezione di "malattia lieve" può portare a sottovalutare i sintomi iniziali, ritardando la diagnosi e favorendo la diffusione del virus.

La Campania non è nuova a episodi di diffusione dell'epatite A, spesso associati al consumo di alimenti crudi o poco cotti (in particolare frutti di mare) o a contaminazione ambientale. I ricoveri rappresentano solo i casi più gravi e non riflettono la reale dimensione del fenomeno.

Situazione attuale
Recentemente il Sindaco di Napoli, Gaetano Manfredi, ha firmato (19 marzo 2026) un'ordinanza contingibile e urgente per fronteggiare l'aumento dei casi di epatite A sul territorio cittadino.

Il provvedimento è stato adottato a seguito della segnalazione del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL Napoli 1 Centro, che ha rilevato:

- un'incidenza **10 volte superiore** alla media degli ultimi 10 anni
- e **41 volte superiore** rispetto all'ultimo triennio

L’andamento dei casi mostra un incremento significativo:

- gennaio: 3 casi
- febbraio: 19 casi
- primi 19 giorni di marzo: 43 casi

Tra le principali misure adottate:

- divieto assoluto di somministrazione e consumo di frutti di mare crudi nei pubblici esercizi
- raccomandazione alla popolazione di evitarne il consumo anche a domicilio

Prevenzione

La prevenzione rappresenta lo strumento più efficace.

Vaccinazione (raccomandata per)

- operatori sanitari
- viaggiatori in aree endemiche
- consumatori abituali di frutti di mare crudi
- soggetti con malattie epatiche croniche
- contatti stretti di casi confermati

Il vaccino è sicuro e garantisce una protezione duratura.

Igiene e sicurezza alimentare

- lavare accuratamente le mani
- mantenere separati alimenti crudi e cotti
- lavare e, se possibile, disinfettare frutta e verdura
- cuocere adeguatamente gli alimenti

Frutti di mare

- acquistare solo prodotti certificati

- conservare a 0–4°C
- cuocere bene (almeno 4 minuti dopo l'ebollizione)
- eliminare quelli che restano chiusi

Vegetali

- lavare sotto acqua corrente
- utilizzare disinfettanti alimentari
- cuocere quando possibile
- cuocere sempre i frutti di bosco surgelati (100°C per almeno 2 minuti)

CONCLUSIONI

L'epatite A in Campania rappresenta un problema di sanità pubblica **reale ma gestibile**, che non deve essere né sottovalutato né affrontato con allarmismo.

L'aumento dei casi osservato negli ultimi mesi evidenzia la necessità di:

- rafforzare la sorveglianza epidemiologica
- promuovere corretti comportamenti igienico-alimentari
- incentivare la vaccinazione nei gruppi a rischio

È fondamentale comprendere che il numero di ricoveri rappresenta solo una parte del fenomeno, mentre la diffusione reale del virus può essere molto più ampia, soprattutto a causa dei numerosi casi asintomatici.

Un approccio efficace deve basarsi su:

- informazione corretta alla popolazione
- prevenzione primaria
- collaborazione tra istituzioni sanitarie, cittadini e operatori

Solo attraverso un'azione coordinata e consapevole è possibile contenere la diffusione del virus e tutelare la salute pubblica senza creare inutili allarmismi.

EBOLA: UNA MINACCIA PANDEMICA REALE O PERCEPITA?

Claudia De Rosa
Scienze Infermieristiche, Federico II

La malattia da virus Ebola (dal nome del fiume Ebola, in Repubblica Democratica del Congo) è apparsa per la prima volta nel 1976 a Nzara in Sudan, quando YuG, un operaio addetto alla lavorazione dei tessuti in una fabbrica di cotone si ammalò di una febbre emorragica che provocò la sua tragica dipartita solo 9 giorni dopo la comparsa dei primi sintomi.

In seguito alla sua morte, il virus si diffuse rapidamente tra gli altri operai della stessa fabbrica e le loro famiglie.

Da allora la malattia si è manifestata in focolai sporadici negli ultimi decenni, interessando per lo più aree circoscritte, rurali e remote fino all'episodio più recente, il mese scorso che ha colpito la zona sanitaria di Mongwalu, in Congo.

Le risorse della regione, che ospita attualmente un conflitto, sono molto limitate e si sono rivelate insufficienti a gestire il dilagare dei casi. A ciò si aggiunge che le strade, particolarmente dissestate, limitano la tempestività degli aiuti da parte delle organizzazioni umanitarie, rendendo di fatto quest'ultima epidemia particolarmente difficile da arginare, al punto che il 16 maggio 2026 l'OMS ha dichiarato lo stato di "*emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale*".

Ma cos'è l'Ebola virus? Come si diffonde ma soprattutto: corriamo il rischio di una nuova pandemia globale simile a quella causata dal virus SARS-CoV-2?

Proviamo a fare chiarezza procedendo per gradi.

I virus Ebola sono virus filamentosi con una caratteristica forma a filo ritorto appartenenti alla famiglia dei *Filoviridae*. *I Filoviridae* sono virus a RNA a filamento negativo e traggono il loro nome dalla parola latina "filum", che significa "filo".

Esistono 5 sottotipi del virus Ebola che causano la malattia clinica negli esseri umani e prendono il nome dalla zona geografica in cui sono stati identificati per la prima volta: Zaire/Ebola (EBOV), Bundibugyo (BVD), Sudan (SUDV) e, più recentemente, Tai Forest (TAFV) e Bombali (BOMV).

L'ospite o gli ospiti serbatoio naturali dell'Ebola virus sono i pipistrelli frugivori della famiglia Pteropodidae che vivono nelle foreste africane e i primati non umani (scimmie e antilopi).

La modalità di trasmissione iniziale è quindi di natura zoonotica, tramite animali selvatici, e successivamente si diffonde da uomo a uomo attraverso il contatto diretto con i fluidi di una persona infetta (saliva, sangue, urina, feci, sudore, latte materno o sperma) e il contatto con oggetti contaminati.

Una volta entrato nell'ospite, il virus si incuba per un periodo asintomatico e non contagioso, che di solito dura da diversi giorni a qualche settimana.

Le caratteristiche cliniche della malattia da virus Ebola sono generalmente aspecifiche e possono mimare cause comuni di malattie febbrili, come malaria, tifo e dengue. I periodi di incubazione variano da 2 a 21 giorni e la malattia progredisce da sintomi "*secchi*" (febbre, dolori, affaticamento) a sintomi gastrointestinali "*umidi*" (diarrea e vomito). Può colpire tutti gli organi e si manifesta con cefalea, vertigini, atassia, perdita di memoria, encefalite, parestesia, uveite, perdita dell'udito, edema polmonare, disfunzione epatica, disfunzione renale, manifestazioni circolatorie/cardiovascolari, del sistema riproduttivo, osteoarticolari e muscoloscheletriche. Sono spesso riportati anche alcuni sintomi respiratori, singhiozzo, iperemia congiuntivale ed eruzione cutanea macropapulare.

Manifestazioni emorragiche si osservano nella metà delle persone infette benché non ci sia una chiara correlazione tra sanguinamento e gravità della malattia. Le risposte emorragiche sono complesse e comportano l'interruzione della cascata della coagulazione attraverso l'aggregazione piastrinica, che sequestra le piastrine, causando sanguinamento e coagulazione simultaneamente.

La morte può sopraggiungere rapidamente dall'insorgenza dei sintomi (spesso entro 6-10 giorni), mentre nei sopravvissuti non è raro riscontrare conseguenze a lungo termine, tra cui epatite, encefalite, uveite e lesioni del midollo spinale.

L'aspecificità dei sintomi può inficiare sulla corretta diagnosi e quindi sulla gestione del paziente ecco perché nelle aree epizootiche di tutto il mondo è opportuno mantenere un elevato livello di sospetto clinico.

Ma, prima dei test di conferma, come si identifica un *caso sospetto*?

Quando ci si trova di fronte ad un concreto rischio pandemico il riconoscimento precoce e le strategie di base per il controllo delle infezioni sono fondamentali per contrastare la diffusione del virus, ecco perché occorre ricordare la regola delle tre **I**:

IDENTIFICARE:

Potremmo definire "*caso sospetto*", chiunque presenti uno o più dei seguenti fattori di rischio:

1. Chiunque abbia viaggiato in una zona colpita da un'epidemia di Ebola entro 2-21 giorni dalla comparsa dei sintomi.
2. Chi ha avuto un contatto con una persona malata con sospetta o confermata infezione da Ebola, oppure contatto con qualsiasi oggetto che possa essere venuto a contatto con fluidi corporei negli ultimi 21 giorni
3. Il personale sanitario che abbia prestato assistenza a un caso sospetto o confermato di Ebola senza le opportune misure di protezione.
4. Chi, trovandosi in una regione in cui l'epidemia è in corso, abbia partecipato a determinate attività considerate a rischio, quali preparare una salma per la sepoltura, lavorato o visitato una miniera o una grotta o abbia avuto contatti con pipistrelli o altri animali.

ISOLARE

Una volta identificato, il paziente deve essere prontamente isolato e sottoposto alle seguenti misure preventive:

1. Al paziente viene assegnata una stanza singola con bagno privato
2. Il personale sanitario che entra in contatto con lo stesso deve essere adeguatamente formato, e va preso nota di chiunque entri o esca dalla stanza in un apposito registro
3. Vanno eseguiti solo i test e le procedure strettamente necessari.

INFORMARE

È necessario raccogliere un'anamnesi accurata dei malati e dei loro contatti stretti, ai fini del follow-up da parte delle autorità sanitarie locali o statali. Queste monitoreranno individualmente tutti i contatti stretti per 21 giorni. Inoltre, qualsiasi caso sospetto o confermato di Ebola deve essere segnalato al dipartimento sanitario locale o statale il prima possibile poiché l'Ebola è soggetta a notifica obbligatoria a livello internazionale in base alle normative sanitarie internazionali.

Il tasso di guarigione dal virus Ebola dipende dall'intervento precoce e dall'accesso a un'assistenza sanitaria adeguata che consiste principalmente nel fornire al paziente cure di supporto continue e nella sua rivalutazione ad intervalli ravvicinati. Le cure di supporto sono essenziali per correggere la disidratazione, l'anemia e fornire sostegno respiratorio, quando necessario.

Anche con un trattamento ottimale però, il virus Ebola resta uno dei patogeni più letali al mondo arrivando a registrare tassi di mortalità (per la specie *Zaire*) che variano dal 25% al 90%.

Non sorprende dunque che la recente epidemia di Ebola (specie Bundibugyo) nella Repubblica Democratica del Congo abbia generato un diffuso allarme sociale, accentuato da una fruizione dell'informazione spesso limitata ai titoli più sensazionalistici, anziché a un'analisi approfondita dei dati e delle valutazioni degli esperti.

Cosa sappiamo ad oggi sul rischio concreto che la malattia si diffonda in Europa e, in particolare, in Italia?

Gli strascichi psicologici e sociali lasciati dalla pandemia di COVID-19 hanno contribuito ad accrescere l'attenzione e, talvolta, l'apprensione della popolazione nei confronti delle malattie infettive emergenti.

In questo contesto, le notizie riguardanti l' Ebola possono essere percepite come il preludio di una nuova pandemia, nonostante le differenze epidemiologiche tra le due malattie.

Anche se entrambi i virus sono in grado di causare malattia grave, le somiglianze tra i due patogeni terminano di fatto qui.

Il virus SARS-CoV-2 , si propaga efficientemente da persona a persona tramite aria, superfici e contatti stretti. Un singolo infetto può contagiarne decine, con asintomatici che amplificano la catena. La trasmissione intraumana estremamente efficiente unita alla capacità del virus di mutare e alla sua notevole plasticità genetica hanno reso il **SARS-CoV-2** pandemico.

Al contrario, il virus Ebola, richiede il contatto diretto con fluidi corporei, secrezioni, o con superfici contaminate da materiale infetto per trasmettersi efficacemente.

Alla domanda sulla possibilità che la malattia possa propagarsi anche in Europa il Ministero della salute risponde così:

“Per l’attuale epidemia di Malattia da Virus Bundibugyo (BVD) nella Repubblica Democratica del Congo e in Uganda, è stata attivata, nel nostro Paese, la sorveglianza sanitaria al personale, sanitario e non, impiegato in attività di cooperazione/supporto sanitario o logistico presso organizzazioni governative e cooperanti, che erogano servizi di tipo sanitario, assistenziale e logistico, impiegati nelle zone del Paese interessate dal focolaio.”

Quali sono, dunque, le ragioni per cui l'attuale epidemia di BVD è stata considerata un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale?

Benché il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) abbia definito **molto basso** il rischio di infezione per le persone che vivono nell'UE/SEE ciò non mitiga di fatto i danni che il virus sta causando in Congo e in Uganda.

Dal punto di vista del contenimento dell'infezione infatti vi sono due aspetti particolarmente rilevanti. In primo luogo, i test diagnostici comunemente impiegati per l'identificazione dei virus Ebola non sempre consentono di

rilevare efficacemente il BVD, a differenza di quanto avviene per il ceppo Zaire. Ciò comporta il rischio di una sottostima del numero reale di casi e rende più difficile valutare l'effettiva estensione della trasmissione nella popolazione.

In secondo luogo, la mancanza di vaccini autorizzati e di terapie specifiche per il BVD limita le possibilità di prevenzione e trattamento, aumentando il rischio di progressione verso forme gravi della malattia.

A rendere ancora più complessa la gestione dell'epidemia contribuiscono inoltre fattori di natura strutturale e socio-politica, quali le persistenti crisi umanitarie, la fragilità dei sistemi sanitari locali e l'elevata mobilità della popolazione nelle aree interessate, elementi che ostacolano l'attuazione di interventi di sanità pubblica tempestivi ed efficaci e giustificano lo stato di emergenza.

HANTAVIRUS “VA IN CROCIERA”: COSA SAPPIAMO SUL FOCOLAIO SULLA MV HONDIUS

Antonio Arnese

Dipartimento di Medicina Sperimentale AOU Luigi Vanvitelli

L’allarme è scattato dopo la segnalazione di un cluster di gravi malattie respiratorie tra passeggeri della nave da crociera MV Hondius, impegnata in una rotta nell’Atlantico meridionale. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, al 7 maggio 2026 sono stati segnalati 8 casi, di cui 5 confermati come hantavirus, e 3 decessi. Il virus identificato è il virus Andes, l’unico hantavirus noto per poter causare, in circostanze rare, una trasmissione limitata da persona a persona, soprattutto dopo contatti stretti e prolungati.

L’episodio ha attirato l’attenzione delle autorità sanitarie internazionali perché gli hantavirus sono malattie rare ma potenzialmente gravi, e perché il contesto di una nave da crociera richiede misure rapide di isolamento, tracciamento e gestione dei passeggeri.

Gli hantavirus sono virus zoonotici, cioè trasmessi dagli animali all’uomo. Il serbatoio naturale è rappresentato soprattutto da roditori selvatici. Il contagio umano avviene principalmente attraverso:

- inalazione di particelle contaminate da urine, feci o saliva di roditori infetti;
- contatto con superfici o materiali contaminati;
- più raramente, morsi di roditori;
- solo in casi particolari, trasmissione da persona a persona.

Il Ministero della Salute ricorda che la trasmissione interumana è stata documentata solo per il virus Andes nelle Americhe e rimane rara. Gli hantavirus delle Americhe possono causare la sindrome cardio-polmonare da hantavirus, una forma grave con febbre, disturbi gastrointestinali e rapida evoluzione verso insufficienza respiratoria. In Europa e Asia, invece, altri hantavirus sono associati più spesso a forme con interessamento renale, e la trasmissione da persona a persona non è documentata.

La nave interessata dal focolaio di Hantavirus era partita da Ushuaia, in Argentina, il 1° aprile 2026, con 147 persone tra passeggeri ed equipaggio e 23 nazionalità rappresentate. Secondo l'OMS, l'esordio dei sintomi nei casi segnalati si è verificato tra il 6 e il 28 aprile 2026. I sintomi riportati comprendevano febbre, disturbi gastrointestinali, polmonite, sindrome da distress respiratorio acuto e shock.

Le indagini sono ancora in corso per stabilire con precisione dove e come sia avvenuta l'esposizione. Non è corretto affermare con certezza che il contagio sia avvenuto "a bordo" per la presenza di roditori infetti: tra le ipotesi considerate c'è anche l'esposizione prima dell'imbarco, in aree dell'Argentina dove il virus Andes è presente. L'OMS ha inoltre indicato che, dato il periodo di incubazione, potrebbero emergere altri casi.

La maggior parte degli hantavirus non si trasmette tra esseri umani. Il virus Andes fa eccezione: può farlo, ma in modo limitato e di solito in seguito a contatti stretti e prolungati con una persona infetta. L'OMS sottolinea che si tratta di un evento serio, ma valuta il rischio per la salute pubblica come basso.

Anche l'ECDC, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, considera il rischio per la popolazione generale europea molto basso, perché sono state attivate misure di prevenzione e controllo dell'infezione e perché gli hantavirus non si diffondono facilmente tra le persone.

L'OMS ha coordinato la risposta con diversi Paesi attraverso il Regolamento Sanitario Internazionale. Tra le misure attivate ci sono:

- isolamento e assistenza dei casi sospetti o confermati;
- valutazione medica dei passeggeri e dell'equipaggio;
- invio di un esperto a bordo;
- supporto ai laboratori con kit diagnostici;
- tracciamento dei contatti;
- preparazione di indicazioni operative per lo sbarco e il rientro sicuro dei passeggeri.

L'obiettivo dichiarato dall'OMS è assicurare cure ai malati, proteggere le persone ancora a bordo e prevenire un'ulteriore diffusione del virus.

Quali precauzioni indica il Ministero della Salute

Il Ministero della Salute spiega che la prevenzione si basa soprattutto sulla riduzione del contatto con roditori e loro escrezioni. Le precauzioni principali sono:

- evitare il contatto con roditori vivi o morti;
- non toccare urine, feci, saliva o materiali potenzialmente contaminati;
- arieggiare bene locali chiusi prima di pulirli, soprattutto se c'è sospetto di infestazione;
- non sollevare polveri con scope o aspirapolvere in ambienti contaminati;
- usare protezioni adeguate durante pulizie in aree a rischio;
- conservare alimenti e rifiuti in contenitori chiusi;
- segnalare e gestire rapidamente eventuali infestazioni da roditori.

Non esistono al momento un vaccino né una terapia antivirale specifica contro gli hantavirus; la cura è principalmente di supporto e deve essere tempestiva, soprattutto nei casi con interessamento respiratorio, cardiaco o renale.

Al momento non ci sono elementi che indichino un rischio specifico per l'Italia. La valutazione più prudente è che il rischio per la popolazione generale europea sia molto basso, non nullo ma fortemente contenuto dalle misure di sanità pubblica già in corso.

È quindi sbagliato minimizzare dicendo che "non c'è alcun rischio" in senso assoluto, ma sarebbe altrettanto scorretto parlare di emergenza per l'Italia. La situazione richiede monitoraggio, tracciamento dei contatti e gestione sanitaria dei passeggeri esposti, non allarme generalizzato.

Cosa ci insegna questo caso

Il focolaio sulla MV Hondius mostra quanto sia importante la sorveglianza sanitaria nei viaggi internazionali e negli ambienti chiusi e complessi come le navi da crociera. Le lezioni principali sono tre:

1. Sorveglianza rapida

   La segnalazione all'OMS e il coordinamento internazionale hanno permesso di attivare misure di controllo.

2. Gestione dei contatti

   In presenza di virus Andes, il tracciamento dei contatti stretti è fondamentale, perché la trasmissione interumana, pur rara, è possibile.

3. Comunicazione chiara

   Informare correttamente significa evitare sia il panico sia la sottovalutazione. Il rischio per la popolazione generale resta basso, ma i passeggeri esposti devono essere seguiti con attenzione.

In conclusione, il focolaio collegato alla MV Hondius è un evento raro, serio e ancora sotto indagine. A differenza di quanto inizialmente ipotizzato, il virus coinvolto è il virus Andes, capace in rari casi di trasmissione interumana limitata. Per questo le autorità internazionali stanno applicando misure di isolamento, test, tracciamento e controllo.

Per l'Italia e per la popolazione generale europea il rischio è considerato molto basso. La raccomandazione resta quella di seguire le indicazioni delle autorità sanitarie, senza allarmismi ma con attenzione ai dati aggiornati.

L’ESAME DEL FONDO OCULARE E LE SUE IMPLICAZIONI DIAGNOSTICHE IN MEDICINA INTERNA

Pasquale Capozzi

Specialista in Oftalmologia

Si narra che Hermann von Helmholtz, grande medico tedesco (1821-1894) affermò che lo studio dell’occhio umano aveva lo stesso fascino dello studio di una stella della volta celeste. Probabilmente e’vero, data la grande attrazione per l’Ottica fisica e per la Astronomia che questo eclettico medico e scienziato nutriva nel proprio animo.

Lo sviluppo della Oftalmoscopia medica e la prima strumentazione per lo studio del fondo oculare si devono proprio a lui. Gli strumenti e le tecniche si sono ovviamente evoluti lungo gli ultimi due secoli: oggi si fa uso -dopo un primo esame del fondo oculare ove necessario- della Tomografia a Coerenza Ottica (OCT) e della Fluorangiografia (FAG) per esplorare la retina, metodi adeguati alla nostra era per ricevere il massimo delle informazioni che lo studio del Fondo Oculare può fornire.

Ma non ci soffermeremo sulla descrizione delle tecniche, ben note agli addetti ai lavori, e che si possono reperire in tutti i motori di ricerca di rete.

Oggi vogliamo sottolineare quanto sia importante l'esame del Fondo Oculare nella pratica medica anche non strettamente specialistica, per le sue implicazioni diagnostiche in altri campi della Medicina, nella valutazione della funzione renale, in neurologia, nel diabete, nella ipertensione arteriosa ed in molto altro ancora.

E’ un fatto che il Fondo Oculare permette di valurare il microcircolo retinico, che condivide caratteristiche strutturali e funzionali con quello dei reni, organi ad elevata vascolarizzazione; e lo studio dei vasi retinici fornisce persino informazioni prognostiche -oltre che di elevato valore diagnostico- in una insufficienza renale conclamata.

L’esame del Fondo Oculare in neurologia consente l’osservazione diretta del nervo ottico, che è una estensione del sistema nervoso centrale, e la procedura è fondamentale per porre diagnosi di ipertensione endocranica, o nelle patologie demielinizzanti come la sclerosi multipla, o nelle malattie cerebro-vascolari di origine genetica.

Tuttavia è lecito affermare che è nello studio della ipertensione arteriosa sistemica e nel diabete che l'esame del Fondo Oculare viene massimamente adoperato in Medicina. Ci soffermeremo dunque su questi due ultimi ambiti ed estensioni.

.

. .

IL CIRCOLO VASCOLARE RETINICO

E’ l’insieme dei vasi sanguigni arteriosi e venosi che nutrono l'epitelio retinico (settore retinico interno e circolo coroideale esterno).

L’arteria centrale della retina è il ramo principale della arteria oftalmica. Entra nel bulbo oculare avvolta nel nervo ottico, proprio al suo interno. Dentro l'occhio si divide in un ramo superiore ed in un ramo inferiore, che a loro volta si biforcano in rami nasali e temporali.

I vasi retinici sono terminali, nel senso che la occlusione di una arteria conduce alla ischemia, che comporta la irreversibile compromissione della funzione percettiva retinica.

Il sangue de-ossigenato viene raccolto da una rete di venule che confluiscono nella vena centrale della retina, che esce dall'occhio parallelamente alla arteria omologa, anche essa avvolta nel nervo ottico, che attraversa per dirigersi verso il sistema circolatorio generale.

L’albero vascolare retinico nei soggetti giovani e sani presenta un decorso fluido, privo di turbative, quali l'ispessimento delle pareti vasali dovuto ai processi aterogenetici, senza chiazzature emorragiche, di un bel colore rosso vivo, appena più scuro in ambito venulare.

STADIAZIONE DELL' ESAME DEL FONDO OCULARE NELLA IPERTENSIONE ARTERIOSA SISTEMICA

Seguiamo qui la classificazione di Keith-Wagener-Barker, che la suddivide in quattro gradi.

Stadio 1 - Restringimento lieve ed asintomatico delle arteriole retiniche.

Stadio 2 - Restringimento arteriolare più marcato, presenza di incroci artero-venosi patologici (segno di Gunn) e riflesso vascolare "a filo di rame".

Stadio 3 - Emorragie retiniche "a fiamma", isole ischemiche con l'aspetto di noduli, che sono veri e propri essudati retinici.

Stadio 4 - Edema del disco ottico nel polo posteriore retinico \ edema della regione maculare. Quest'ultimo stadio, grazie agli interventi di medicina preventiva, emerge ormai piuttosto raramente nei nostri pazienti. Esso tuttavia, quando osservato, rappresenta un indice di rischio molto elevato per ictus ed altri severi problemi vascolari.

STADIAZIONE DELL'ESAME DEL FONDO OCULARE NEL DIABETE

Distinguiamo due categorie principali: Retinopatia diabetica non proliferante (in fasi iniziali) e Retinopatia diabetica proliferante (in fasi avanzate).

R.D. NON PROLIFERANTE

1 - Assenza di segni visibili di retinopatia

2 - a) Lieve - Presenza di almeno un microaneurisma;

. b) Moderata - Presenza di emorragiole retiniche, microaneurismi, essudati duri;

. c) Severa - Presenza di emorragie retiniche in più quadranti della retina, dilatazione e congestione delle venule retiniche, gravi anomalie microvascolari.

3 - R.D. Proliferante

a) Neovascolarizzazione, e cioè presenza di vasi sanguigni anomali e fragili sulla retina e attorno al nervo ottico;

b) Emorragie vitreali (dette anche pre-retiniche);

c) Distacco di retina, generato dalla contrazione e dal trascinamento del tessuto cicatriziale formatosi attorno ai nuovi vasi anomali.

In qualsiasi stadio, anche iniziale, può svilupparsi un edema maculare diabetico, che compromette più o meno severamente la funzione visiva.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L’esame del Fondo Oculare dura circa 20 minuti. I primi 5\10 minuti sono impiegati per dilatare la pupilla dell’Assistito a mezzo di 1 goccia di collirio midriatico.

Può essere impiegata per l’esame una lente associata al biomicroscopio dell'ambulatorio oculistico, oppure un semplice oftalmoscopio diretto.

Il fastidio per l’Assistito è minimo: per circa due ore dopo l’esame, a causa delle sue pupille dilatate, non potrà guidare, o lavorare al computer. Un oculista esperto in pochi minuti eseguirà diagnosi e stadiazioni; in caso di necessità può avviare la persona a tecniche strumentali oftalmologiche complesse. I costi per il Sistema Sanitario Nazionale sono molto ridotti, e corrispondono ad un terzo di quanto corrisposto per un’ora di attività di uno Specialista Oculista Ambulatoriale.

IL MIRACOLO DELL'ACQUA

Antonio Arnese

Dipartimento di Medicina Sperimentale AOU Luigi Vanvitelli

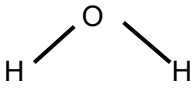
L'acqua è una molecola miracolosa e vi spiego perché.

L'acqua è da sempre considerata la fonte primaria di vita sulla Terra. Senza di essa, nessun essere vivente potrebbe sopravvivere.

La molecola d'acqua è molto semplice: un atomo di ossigeno e due di idrogeno H_2O. Ma le cose si complicano se studiamo la struttura della molecola. Quando disegniamo la struttura della molecola, molto semplicemente la immaginano così:

H – O – H

In realtà la molecola ha un angolo tra l'ossigeno e i due atomi di idrogeno di 104,5°, quindi se vogliamo rappresentare la sua struttura la molecola va disegnata in modo diverso:



È la molecola è la stessa e sembrerebbe non cambiare nulla, ma in realtà se l'acqua avesse una struttura lineare l'acqua sarebbe un gas e non liquido e non ci sarebbe vita sulla Terra.

Allora perché l'acqua è allo stato liquido?

Quando lo spiego ai bambini racconto questa favola:

Un giorno miliardi di anni fa quando non esistevano ancora i pianeti, prima che sulla Terra ci fosse la vita le molecole d'acqua erano formate da un ossigeno O e da due braccia di idrogeno H, inizialmente le due braccia che tenevano legati gli atomi di idrogeno all'ossigeno erano distese e le molecole non potevano abbracciarsi e restavano separate tra loro come i gas. Ma Dio aveva bisogno di acqua allo stato liquido per creare la vita sulla Terra, allora, afferrò gli atomi di idrogeno tra le sue dita e li piegò creando un angolo tra le braccia.

Così le molecole d'acqua si strinsero in un abbraccio così forte da restare unite tra loro. Così l'acqua da gas divenne liquida perché Dio voleva così.

E nell'acqua liquida nacque la vita.

Torniamo adulti.

L'acqua: caratteristiche chimico-fisiche

Del punto di vista chimico e fisico, l'acqua è una molecola composta da due atomi di idrogeno e uno di ossigeno (H_2O). Ma non è questa semplice combinazione conferisce all'acqua proprietà uniche, come ho spiegato in precedenza è l'angolo di 104,5° tra i due idrogeni e l'ossigeno che attraverso la formazione di legami intermolecolari molto stabili conferiscono alla molecola proprietà che potremmo definire uniche e senza le quali sul pianeta e in tutto l'universo non ci sarebbe la vita.

Ma perché l'acqua è essenziale alla vita sul pianeta:

L'acqua svolge funzioni essenziali per il metabolismo degli esseri viventi.

Il fabbisogno giornaliero di acqua della specie umana è di circa 2,5 litri alle nostre latitudini.

L'acqua è in grado di sciogliere molte sostanze (motivo per cui è chiamata "solvente universale"),

L'acqua ha un elevato calore specifico e una straordinaria capacità di termica. L'acqua si comporta ammortizzatore termico che può assorbire grandi quantità di calore variando di poco la sua temperatura. Questo ci permette di termoregolare meglio la nostra temperatura. Noi siamo organismi omotermi e abbiamo bisogno di mantenere la nostra temperatura costante a 37°C e l'acqua ci aiuta in questo. Per esempio, se il nostro corpo costituito per l'80% di acqua fosse fatto per l'80% di ferro somministrando 70 chilocalorie a un uomo di 70 Kg la sua temperatura aumenterebbe di 7°C, ma siccome siamo fatti di acqua la nostra temperatura aumenta di 1°C.

Il ghiaccio ha una densità più bassa dell'acqua allo stato liquido e questo consente al ghiaccio di galleggiare sull'acqua. Questa proprietà unica perché in tutti gli altri casi un liquido che congela ha una densità superiore al liquido l'acqua è un'eccezione. Questo fa si che nei laghi di montagna l'acqua congela solo in superficie e consentendo la vita dei pesci nello strato liquido al di sotto del ghiaccio. Il ghiaccio dell'Artico galleggia sull'acqua questo consente la vita sotto la calotta polare e impedisce l'innalzamento dei mari sulle terre emerse.

L'acqua bolle a 100°C a livello del mare e questo, ci consente di cuocere gli alimenti.

L'uomo è un organismo omotermo che deve mantenere la sua temperatura costante a 37°C. Come facciamo a mantenere la nostra temperatura a 37°C se in alcuni periodi dell'anno la temperatura sera questo valore sino a circa 50°C. Sempre grazie all'acqua; quando sudiamo e l'acqua evapora disperdiamo per ogni chilogrammo di acqua circa 850 chilocalorie, che è il calore latente di evaporazione dell'acqua. Esiste una malattia, fortunatamente rara, chiamata anidrosi in cui l'individuo che ne è affetto non è capace di sudare. Questi individui, quando la temperatura dell'aria supera i 42°C muoiono per ipertermia.

Ma come fa il pianeta Terra a garantirci acqua dolce quando quella del mare è salata?

Attraverso il ciclo biogeochimico dell'acqua un processo naturale attraverso il quale l'acqua si muove tra atmosfera, terra e mari. L'evaporazione, la condensazione, la precipitazione e l'infiltrazione sono le principali tappe di questo ciclo. Attraverso questi passaggi, l'acqua si purifica e si distribuisce, garantendo la sopravvivenza degli ecosistemi e la disponibilità per l'uomo.

Nel prossimo numero di Agorà Sanitaria continueremo questo viaggio meraviglioso del miracolo della vita realizzatosi attraverso l'acqua.

ATTUALI EMERGENZE SANITARIE IN ITALIA E CONSIGLI

la redazione

1. Perché i vaccini sono ancora uno strumento fondamentale per la salute pubblica?

I vaccini rappresentano una delle più importanti conquiste della medicina moderna. Proteggono dalle malattie infettive stimolando il sistema immunitario a riconoscere e combattere virus e batteri. Oltre a ridurre il rischio di malattia grave, contribuiscono a limitare la circolazione degli agenti infettivi, proteggendo anche le persone più fragili che non possono vaccinarsi.

2. Che cos'è l'antibiotico-resistenza e perché è una minaccia globale?

L'antibiotico-resistenza si verifica quando i batteri sviluppano la capacità di resistere ai farmaci normalmente utilizzati per eliminarli. Questo fenomeno è favorito soprattutto dall'uso improprio o eccessivo degli antibiotici. Di conseguenza, infezioni un tempo facilmente curabili possono diventare più difficili da trattare, aumentando il rischio di complicanze e ricoveri.

3. Quanto è importante la salute mentale per il benessere generale?

La salute mentale è parte integrante del benrssere della persona. Stress, ansia e depressione possono influenzare non solo il benessere psicologico, ma anche quello fisico, aumentando il rischio di diverse patologie croniche. Chiedere aiuto quando si avverte un disagio emotivo è un segno di consapevolezza e permette di intervenire precocemente con percorsi di supporto efficaci.

4. Perché lavarsi le mani è ancora una delle misure preventive più efficaci?

Un corretto lavaggio delle mani con acqua e sapone elimina molti microrganismi responsabili di infezioni respiratorie e gastrointestinali. È un

gesto semplice, economico e alla portata di tutti, particolarmente importante prima di mangiare, dopo aver usato i servizi igienici e dopo il contatto con persone malate. Questa abitudine riduce significativamente la trasmissione di numerose malattie.

5. Quale ruolo ha la ricerca scientifica nello sviluppo di nuove cure?

La ricerca scientifica è il motore del progresso in medicina. Attraverso studi di laboratorio, sperimentazioni cliniche e collaborazioni internazionali, vengono sviluppati nuovi farmaci, vaccini e tecnologie diagnostiche sempre più efficaci e sicure. Investire nella ricerca significa offrire ai pazienti terapie innovative e migliorare la prevenzione e la gestione di molte malattie.