

## PETIZIONE

### A TUTELA DELLA VITA DEI CITTADINI DI GAZA E DELLA DIGNITÀ UMANA DEI CITTADINI ITALIANI

La petizione lanciata da Medico e Bambino con le 5.725 firme certificate che l'hanno sottoscritta (in 5 giorni) è stata inviata tramite PEC al Presidente della Camera e del Senato e per conoscenza alla Presidenza del Consiglio il 15 maggio e reiterata il 22 maggio con le 10.758 firme raggiunte, con il testo che riportiamo qui di seguito.

Per quanto indicato dalla Costituzione italiana (articolo 50, et al), la Presidenza della Camera è tenuta a rispondere, mentre quella del Senato è tenuta a farlo solo nel caso la petizione riguardi specificamente una legge.

Abbiamo specificato nella nota in calce alla petizione che la raccolta di firme rimane aperta per l'intenzione di reiterare la petizione stessa se non ne seguirà una presa d'atto soddisfacente: rinforziamo quindi l'invito, a chi non lo avesse ancora fatto, a sottoscrivere e a far girare (<https://chng.it/LKWLG79jH5>).

Della petizione è stata data notizia alla stampa locale, nazionale e alle reti televisive; ognuno di voi firmatari potrebbe rinforzare il messaggio attraverso i propri canali personali privilegiati.

#### PETIZIONE POPOLARE AI SENSI DELL'ART. 50 DELLA COSTITUZIONE

Presentiamo la seguente petizione popolare, redatta ai sensi dell'art. 50 della Costituzione, promossa dalla rivista di Pediatria Medico e Bambino e sottoscritta, al momento dell'invio, da n. 5.725 firme di cittadini italiani, raccolte tramite la piattaforma digitale Change.org (<https://chng.it/LKWLG79jH5>).

#### Premessa

Secondo i dati delle Agenzie Internazionali, dopo due mesi dall'inizio del blocco degli aiuti alimentari e sanitari imposto dal Governo israeliano il 2 marzo di quest'anno, oltre un milione di persone sopravvissute ai bombardamenti e residenti nella Striscia di Gaza versano in condizioni di malnutrizione catastrofica e stanno morendo di fame. Tra loro, 65.000 bambini sotto i cinque anni che, oltre alla mancanza di cibo e alla distruzione di ospedali e abitazioni, non ricevono assistenza perché rimasti soli, privi di chi si prenda cura di loro.

Ancora più atroce, se mai sembrasse possibile, è ora l'annuncio del Governo israeliano di una imminente "soluzione finale" per la Striscia di Gaza e la sua popolazione.

#### Petizione

Noi firmatari di questa petizione riteniamo inaccettabile e lesivo della nostra stessa dignità umana assistere indifferenti al perpetrarsi di questa strage, al di là delle ragioni che l'hanno originata.

Per la gravità del crimine in corso, riteniamo che l'indignazione di noi cittadini debba essere rappresentata con giustificata enfasi dal Parlamento della nostra Nazione.

Chiediamo pertanto al Parlamento italiano di:

- Formulare in modo esplicito ed energico al Governo israeliano la richiesta di recedere dalla abominevole minaccia di una "soluzione finale" e di interrompere, con effetto immediato, il blocco degli aiuti alimentari e sanitari alla popolazione civile della Striscia di Gaza.
- Sostenere ogni azione diplomatica volta a garantire corridoi umanitari sicuri e continui, come previsto dal diritto internazionale.
- Ribadire il valore della vita umana e dei diritti fondamentali, che non possono essere sospesi o negoziati.
- Continuare a operare con ogni mezzo per il raggiungimento della pace e del diritto a una vita sicura e dignitosa in una libera Nazione per entrambi i Popoli in conflitto.
- Con la presente, si chiede che la petizione sia esaminata con la dovuta attenzione da parte delle Commissioni parlamentari competenti e venga discussa nelle sedi opportune.

I cittadini italiani firmatari della suddetta petizione restano in attesa del dovuto riscontro come dettato dalla Costituzione (articolo 50).

#### Nota

Le firme allegate sono state raccolte in modalità digitale sulla piattaforma sopra citata, che garantisce l'identificazione degli utenti tramite indirizzo e-mail.

La raccolta delle firme rimane aperta e la suddetta petizione verrà reiterata al Parlamento fino a quando la voce di chi la sottoscrive non verrà ascoltata.

Si allega l'elenco firme in formato PDF come scaricato dalla piattaforma, rimanendo disponibili a fornire ulteriori documentazioni a supporto.

## Nirsevimab tra presente e immediato futuro

Sono stati resi noti i risultati della prima campagna di prevenzione della bronchiolite in Italia con l'anticorpo monoclonale nirsevimab in Veneto, che è una delle Regioni (insieme a Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Trentino-Alto Adige, Val D'Aosta) che, per prime, nella stagione epidemica 2024-2025 ne hanno iniziato la somministrazione.

Ancora nel giugno del 2024, la Regione Veneto aveva approvato la delibera che disponeva l'avvio della campagna di prevenzione regionale con l'utilizzo del nirsevimab, per 30mila dosi con uno stanziamento di 8 milioni di euro, ma solo il 17 ottobre scorso la Conferenza Stato-Regioni aveva ratificato la profilassi universale dei nuovi nati in Italia. Ciò ha comportato un ritardo nell'inizio della campagna in altre regioni.

In Veneto, per i neonati nati dal mese di novembre 2024 fino al 31 marzo 2025 l'offerta attiva è avvenuta nei Punti nascita. I pediatri di famiglia (PdF), dopo un incontro formativo regionale via *web*, nel loro ambulatorio, si sono presi carico dei lattanti nati da gennaio a ottobre 2024, e ognuno in maniera autonoma ha provveduto a contattare le famiglie. Peraltro la Regione aveva inviato per posta a tutte le famiglie interessate dalla campagna un'informativa dettagliata.

Veniamo ai risultati, comunicati dalla Regione Veneto nella conferenza stampa del 28 aprile scorso.

Delle 30.000 dosi acquistate ne sono state utilizzate 28.650. La maggior parte delle somministrazioni è stata eseguita dai PdF (56,8%) e dai Punti nascita (38,8%).

L'adesione è stata dell'83,5% dei neonati nati nel periodo epidemico (novembre 2024-marzo 2025) e del 70,5% dei nati al di fuori del periodo epidemico (gennaio-ottobre 2024). Ciò è stato il risultato di un lavoro di rete efficace che ha coinvolto Regione Veneto, Azienda Zero, Aziende ULSS, PdF, Aziende ospedaliere e Punti nascita privati convenzionati e che ha permesso di raggiungere in modo ca-

pillare i genitori/tutori della popolazione *target* e favorire il programma di prevenzione.

I ricoveri sono passati da 1.003 nella stagione 2023/2024 a 260 nella stagione 2024/2025, con un calo del 74%; le giornate di degenza si sono ridotte del 78% rispetto alla media del triennio 2021-2024; l'occupazione delle Terapie Intensive neonatali è calata dell'83%, sempre riferita al triennio precedente.

Durante la campagna, la farmacovigilanza regionale non ha rilevato in nessun caso reazioni avverse significative al nirsevimab.

I risultati comunicati dalla Regione Veneto sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli di esperienze estere precedenti (per citarne due quelle della Spagna<sup>1</sup> e della Francia<sup>2</sup>) e nazionali (Regione Valle d'Aosta)<sup>3</sup>.

Ci sono state disparità di offerta delle varie Regioni, che hanno seguito modalità di erogazione e tempi di esecuzione differenti. Per esempio, Abruzzo e Umbria hanno iniziato a somministrare nirsevimab solo a partire da gennaio 2025.

È necessaria una decisione universale per tutti i bambini nati in Italia. Di questo aspetto si è occupato più volte anche *Medico e Bambino*, in particolare nell'editoriale di Federico Marchetti "La profilassi dell'infezione da virus respiratorio sinciziale: dal dire al fare?"<sup>4</sup>.

A marzo 2025, la SIP, dopo una ricognizione delle varie realtà regionali, ha denunciato una protezione a macchia di leopardo: "In Italia la protezione dal virus respiratorio sinciziale (VRS) non è uguale per tutti i neonati: dipende dalla Regione in cui vengono al mondo. In alcune Regioni l'anticorpo monoclonale per la prevenzione universale delle infezioni da VRS è garantito a tutti i nati da gennaio 2024; in altre, ai nati da luglio 2024, lasciando scoperti i bambini più grandi; in altre ancora, esclusivamente ai bambini venuti alla luce durante la stagione epidemica (da novembre 2024 a marzo 2025). Un mosaico di situazioni diverse che trasforma l'accesso alla profilassi in un diritto variabile a seconda della regione di nascita e residenza"<sup>5,6</sup>.

Come è noto, il *board* del Calendario Vaccinale per la Vita, la Società Italiana

di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, la Società Italiana di Neonatologia, la SIP, la FIMP e la FIMMG, con una lettera aperta al Ministro della Salute, ancora nel febbraio 2024 suggerivano la necessità di adottare una strategia di prevenzione universale della malattia da VRS per tutti i neonati.

È quindi veramente auspicabile che per la prossima stagione (non manca poi tanto all'autunno 2025... la Regione Veneto, per esempio, sta già predisponendo la gara d'appalto per l'acquisizione delle dosi di nirsevimab per il 2025-56), il Ministero della Salute, la Conferenza Stato-Regioni e l'Istituto Superiore di Sanità diano indicazioni uniformi e precise sulle modalità e tempi della campagna di prevenzione della bronchiolite.

Andrebbe deciso a chi fare la profilassi: se solo i nati da settembre/ottobre in poi o quelli nati da aprile 2025 (quelli nati prima sono rientrati ma solo in alcune regioni nella precedente campagna).

Una breve considerazione finale, da Pdf che hanno aderito attivamente alla campagna: ci sono state delle difficoltà organizzative, legate al breve tempo a disposizione per contattare le famiglie, a novembre e nel pieno della campagna di vaccinazione per l'influenza nonché alla impossibilità, se non strada facendo, di avere un numero certo di dosi di nirsevimab 50 (per i lattanti sotto i 5 kg di peso) e 100 su cui potere contare. Ma eravamo tutti entusiasti di partecipare al progetto e crediamo che i risultati siano stati così soddisfacenti da giustificare lo sforzo e l'investimento di tutti.

## Bibliografia

1. Coma E, Martinez-Marcos M, Hermosilla E, et al. Effectiveness of nirsevimab immunoprophylaxis against respiratory syncytial virus-related outcomes in hospital and primary care settings: a retrospective cohort study in infants in Catalonia (Spain). *Arch Dis Child* 2024;109(9):736-41. doi: 10.1136/archdischild-2024-327153.
2. Assad Z, Romain AS, Aupiais C, et al. Nirsevimab and Hospitalization for RSV Bronchiolitis. *N Engl J Med* 2024;391(2):144-54. doi: 10.1056/NEJMoa2314885.
3. Consolati A, Farinelli MP, Serravalle P, Rollandin C, Aprato L, Bongiorno S. Il nirsevimab nella prevenzione della bronchiolite da virus respiratorio sinciziale. *Medico e Bambino* 2024;43(4):239-42 doi: 10.53126/MEB43239.

4. Marchetti F. La profilassi dell'infezione da virus respiratorio sinciziale: dal dire al fare? *Medico e Bambino* 2024;43(4):211-2. doi: 10.53126/MEB43211.

5. Società Italiana di Pediatria. VRS: protezione a macchia di leopardo, e i bambini non sono tutti uguali. Comunicato stampa, Roma, 25 marzo 2025.

6. Ceconi V, Guarino A, Russo R, Badolato R; sezioni regionali SIP. Virus respiratorio sinciziale: strategia di prevenzione universale della bronchiolite nelle regioni italiane. *Pediatria* 2025;3:10-3.

**Fabrizio Fusco, Daniela Sambugaro**  
Pediatri di Famiglia, Valdagno (VI)  
fuscosam1@gmail.com

*I dati della regione Veneto che ci riportano Fabrizio Fusco e Daniela Sambugaro sono tra i primi relativi al resoconto della campagna di immunoprofilassi con nirsevimab per la bronchiolite da virus respiratorio sinciziale (VRS) per la stagione 2024-25 in Italia. E molte altre Regioni e Gruppi di lavoro stanno lavorando in questa direzione di raccolta e divulgazione dei dati. I risultati confermano l'importanza cruciale di questo anticorpo monoclonale nella prevenzione della bronchiolite e delle infezioni da VRS. Sul numero di *Maggio di Lancet Child Adolesc Health*<sup>1</sup> è stato pubblicato un ulteriore lavoro di metanalisi degli studi d'intervento sul campo (real world) da parte di un gruppo di ricercatori canadesi che ci dice che il nirsevimab è associato a una minore probabilità di ospedalizzazione correlata al VRS (odds ratio, OR: 0,17; IC 95% 0,12-0,23; I<sup>2</sup> = 85,8%), a una minore probabilità di ricovero in terapia intensiva (OR: 0,19; 0,12-0,29; 55,6%) e a una minore probabilità di incidenza di infezione delle basse vie respiratorie (OR: 0,25; 0,19-0,33; 35,1%) nei bambini di età tra 0 e 12 mesi. Non ci sarebbe evidenza nella riduzione nei giorni di degenza ospedaliera.*

*Gli Autori concludono dicendo che i risultati indicano che i benefici del nirsevimab osservati negli studi clinici randomizzati sono evidenti anche nella trasferibilità alla pratica corrente dopo l'inizio della immunoprofilassi, riducendo il carico di malattia da VRS e, di conseguenza, il carico nell'assistenza ospedaliera.*

*Sono disponibili in letteratura anche studi (alcuni di questi sponsorizzati dall'Industria Farmaceutica) che parlano in un complessivo risparmio econo-*

*mico con l'immunoprofilassi con nirsevimab<sup>2,3</sup>.*

*Alla luce di queste successive conferme sul profilo di efficacia e di sicurezza (già note dal 2023) e sulle percentuali molto favorevoli di adesione dei genitori al programma di immunoprofilassi è davvero preoccupante che l'implementazione di tale misura sia stata disparitaria tra le varie regioni italiane e continuerà ad esserlo se non si interviene ora con la definizione di punti precisi che devono essere (vista anche la larga esperienza acquisita) semplicemente decisionali. È per far questo è fondamentale che il Ministero della Salute e le istituzioni competenti adottino misure urgenti per garantire una strategia di prevenzione uniforme su scala nazionale. La mancanza di coordinamento ha portato a scenari di protezione a macchia di leopardo (con dosi di nirsevimab "prestate" da alcune regioni ad altre sprovviste!), dove l'accesso al nirsevimab è dipeso dalla regione di nascita. Questa situazione contrasta con i principi di equità sanitaria, a fronte di un intervento importante di salute pubblica che è stato già consigliato nel nuovo calendario vaccinale per la vita 2025<sup>4</sup>.*

*È pertanto auspicabile e urgente (prima dell'estate) che, in vista della prossima stagione, vengano stabilite linee guida uniformi e pratiche (e indipendenti), evitando ulteriori ritardi e gravi disparità di trattamento. Solo in questo modo potremo garantire a tutti i neonati in Italia il diritto a una protezione equa e adeguata. E nel farlo bisognerà avere un programma d'immunoprofilassi che definisca in modo chiaro quale fascia di età debba eseguire la profilassi.*

#### Bibliografia

1. Sumsuzzman DM, Wang Z, Langley JM, Moghadas SM. Real-world effectiveness of nirsevimab against respiratory syncytial virus disease in infants: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Child Adolesc Health* 2025;S2352-4642(25)00093-8. doi: 10.1016/S2352-4642(25)00093-8.

2. Zeevat F, van der Pol S, Kieffer A, Postma MJ, Boersma C. Cost-Effectiveness Analysis of Nirsevimab for Preventing Respiratory Syncytial Virus-Related Lower Respiratory Tract Disease in Dutch Infants: An Analysis Including All-Infant Protection. *Pharmacoeconomics* 2025;43(5):569-82. doi: 10.1007/s40273-025-01469.

3. Shin T, Lee JK, Kieffer A, Greenberg M, Wu J. Health economic evaluation of imple-

menting a universal immunization program with nirsevimab compared to standard of care for the prevention of respiratory syncytial virus disease in Canadian infants. *Hum Vaccin Immunother* 2025;21(1):2480875. doi: 10.1080/21645515.2025.2480875.

4. Marchetti F (a cura di). Calendario vaccinale per la vita-5a edizione 2025. *Medico e Bambino* 2025;44(1):5-17. doi: 10.53126/MEB44015.

**Federico Marchetti**

UOC di Pediatria e Neonatologia,  
Ospedale di Ravenna,  
Dipartimento Scienze Mediche  
e Chirurgiche (DIMEC),  
Università di Bologna

#### Morbillo... questo sconosciuto

Gentile Direttore,  
ho letto recentemente un interessante articolo su *Medscape* (<https://emedicine.medscape.com/article/966220-overview?form=fbf>) relativo al ritorno del morbillo e alla sua difficoltà di diagnosi, non perché sia una diagnosi difficile, ma semplicemente perché i pediatri più giovani non hanno avuto modo di vedere le malattie con tutti i suoi sintomi assai caratteristici. Per me che di morbillo ne ho visti molti nell'era pre-vaccinale la diagnosi di morbillo era questione di *routine* giornaliera, tanto che, quando alcuni anni dopo mi sono imbattuto in una forma inequivocabile di morbillo con tutte sue caratteristiche cliniche e ho fatto denuncia all'Ufficio di Igiene pubblica della mia zona sono quasi stato preso per un vecchio medico visionario dal dirigente del settore che ha richiesto l'isolamento del virus sulle urine che naturalmente si è rivelato positivo. La diagnosi di morbillo è stata per me assai facile, con mucositi marcatissime e congiuntivite fino al sanguinamento, la presenza di chiazze di Koplik, l'eruzione con andamento discendente dal capo alle estremità non lasciavano dubbi. C'era tutto. Infine nel corso della mia attività di pediatra ospedaliero, ho anche assistito un bambino con panencefalite subacuta sclerosante che lo ha condotto a morte, etichettato come svogliato perché come primo sintomo presentava anomalie di scrittura e non riusciva più a seguire le righe sul quaderno e relative numerose consulenze NPI. Forse un po' più di semeiotica al letto

del malato e un po' meno di superesami e consulenze spesso inutili per arrivare a una diagnosi non sarebbe mal fatto.

**Antonio Giaccardi**

Pediatra, Savigliano (CN)  
antonio.giaccardi@gmail.com

Caro Antonio,

grazie per aver condiviso la sua preziosa esperienza con il morbillo. È indubbio che la sua visione, maturata negli anni dell'era pre-vaccinale, offra spunti fondamentali per riflettere sull'attuale difficoltà diagnostica di questa infezione.

La recente recrudescenza dei casi di morbillo in Italia, che è riportata in modo dettagliato su questo numero della rivista (pag. 323 e pag. 327) a partire da due casi di non facilissima diagnosi, ci riconduce a un tema cruciale: l'importanza della prevenzione vaccinale. È essenziale che i più giovani e tutti gli operatori del settore comprendano chiaramente non solo i segni clinici del morbillo, ma anche le gravi conseguenze che possono derivare dalla mancata vaccinazione.

Anche nella mia esperienza di giovane pediatra ricordo le due mezze epidemie a cui ho assistito con i reparti pieni e una diagnosi allora facile per l'epidemiologia del problema che non era affatto sporadica. Si cercavano i segni prodromici che lei valorizza: febbre, raffreddore, tosse, congiuntivite, fotofobia (sempre presenti), di solito lieve prurito, le famose macchie di Koplik (piccole macchie biancastre all'interno della bocca) che tra pediatri in ospedale (o sul territorio) si faceva a gara nel ricercarle prima che sparissero, a cui seguiva quell'esantema cranio caudale, 3-5 giorni dopo l'inizio dei sintomi respiratori.

Ognuno di noi si porta il ricordo delle complicanze; il mio ricordo è di una terribile encefalite con esiti che è un costante nella mia memoria. In qualche modo mi ha segnato.

Dobbiamo assicurarci che il nostro impegno nella prevenzione si traduca in una concreta riduzione dei nuovi casi, riportando il morbillo a una condizione di rarità. La battaglia contro il morbillo si può vincere, evitando le sue recrudescenze periodiche, lavorandoci con alti livelli di copertura vaccinale (superiore al 95%, anche con la dose di

richiamo) "in tempi di pace", come ci ricorda Rocco Russo nel suo importante contributo pubblicato su *Medico e Bambino* (*Medico e Bambino* 2024;43(1):15-16).

**Federico Marchetti**

UOC di Pediatra e Neonatologia,  
Ospedale di Ravenna,  
Dipartimento Scienze Mediche  
e Chirurgiche (DIMEC),  
Università di Bologna

### Catastrofe sanitaria

Nel numero di febbraio 2025 Marchetti e Tamburini hanno pubblicato la lettera anonima<sup>1</sup> comparsa sul *BMJ* del 12 febbraio: *The antiscientific and authoritarian drift in the USA and its implications for global health* di un ricercatore federale degli Stati Uniti che ben evidenzia le tragiche implicazioni per la salute del mondo delle decisioni prese dalla attuale amministrazione americana<sup>2</sup>.

Già questa lettera e il suo commento sono sufficienti a mettere i brividi per le possibili allarmanti conseguenze del ritiro dell'America dall'OMS, che significa la fine dei finanziamenti a partire dal 2026. Ben due altri articoli su questi argomenti comparsi nel mese di aprile sul *NEJM*, ritornano sull'argomento<sup>3,4</sup>.

Nel primo articolo<sup>3</sup>: *Putting American First - Undermining Health for Population at Home and Abroad* vengono criticate le politiche dell'amministrazione Trump che, sotto lo slogan *Putting America First*, hanno portato al ridimensionamento o alla cancellazione di importanti programmi di assistenza sanitaria e cooperazione internazionale, con gravi conseguenze sia per le popolazioni vulnerabili nel mondo sia per la salute e la sicurezza economica degli stessi Stati Uniti.

Fin dal XX secolo, gli Stati Uniti hanno promosso la salute globale per motivi sia umanitari che strategici, ottenendo benefici reciproci in termini di sicurezza, commercio e prestigio internazionale. Le collaborazioni scientifiche internazionali hanno portato a importanti conquiste come l'eradicazione del vaiolo, la lotta alla poliomielite e la diffusione della terapia di

reidratazione orale (ORT), nata nei paesi a basso reddito ma adottata anche negli USA.

Grazie alle stesse collaborazioni internazionali grandi passi avanti si sono avuti nei confronti delle sindromi respiratorie acute, le pandemie da Zika, Ebola e Covid 19 con benefici estesi a tutta la popolazione globale. Da non dimenticare che il NIH (*National Institutes of Health*) ha promosso collaborazioni scientifiche multinazionali che portarono alla scoperta del virus HIV e alla identificazione di terapie efficaci per l'AIDS. Si calcola che il programma PEPFAR (*President's Emergency Plan for AIDS*) creato nel 2003 ha salvato 26 milioni di vite umane ed ha portato a una crescita economica di cui hanno beneficiato sia gli USA che i loro partner. Gli studi supportati dal PEPFAR e dai finanziamenti del NIH hanno poi contribuito "enormemente" alle attuali conoscenze riguardanti l'HIV e l'AIDS.

Si calcola inoltre che il disimpegno degli Stati Uniti da programmi sanitari globali rischia di causare 160.000 morti infantili evitabili ogni anno, compromettendo la fiducia internazionale per il mancato supporto al benessere globale con gravi ripercussioni negative per gli stessi Stati Uniti.

L'articolo evidenzia come l'impegno degli Stati Uniti nella salute globale abbia storicamente avuto motivazioni sia umanitarie che politiche; vengono forniti esempi concreti di come l'assistenza estera statunitense abbia prodotto benefici reciproci, sia per i paesi destinatari che per gli stessi Stati Uniti, attraverso lo sviluppo di terapie, la prevenzione di epidemie e il rafforzamento dei legami economici.

In conclusione, gli Autori esprimono preoccupazione per il fatto che la riduzione dell'impegno statunitense può creare un vuoto che rischia di avere conseguenze destabilizzanti, in particolare in regioni come l'Africa subsahariana.

Alla fine lanciano un appello a medici, scienziati e università a resistere a queste politiche miopi e promuovere azioni basate sull'evidenza di utilità e sottolineano come la vita e il benessere di milioni di persone nel mondo - e negli Stati Uniti - dipendono da queste decisioni.

Il secondo articolo<sup>4</sup> *Withdrawal of the United States from the WHO - How President Trump Is Weakening Public Health* torna a discutere le implicazioni della decisione del Presidente Trump di ritirare gli Stati Uniti dall'OMS per la seconda volta. La prima notifica di ritiro nel luglio 2020 non si è concretizzata poiché il processo richiede un anno e il Presidente Biden ha annullato la decisione. Tuttavia, con un nuovo ordine esecutivo del 20 gennaio 2025, Trump ha nuovamente avviato il processo di ritiro, sospendendo i finanziamenti futuri e richiamando il personale statunitense che collabora con l'OMS.

Gli Autori sostengono che questa mossa avrà effetti "catastrofici", testuale, sulla salute pubblica sia nazionale che globale. Ne contestano la motivazione, secondo cui l'OMS avrebbe fallito nell'allertare tempestivamente sulla pandemia di Covid-19, ricordando che l'OMS aveva emesso avvisi già nel gennaio 2020.

Il ritiro indebolisce la salute globale in due modi principali:

1. gli Stati Uniti sono il maggior donatore dell'OMS. La perdita di questi fondi (1.28 bilioni di dollari nel biennio 2022-2023, pari al 16% delle entrate totali dell'OMS) comprometterà gravemente le attività dell'organizzazione, inclusa la risposta alle emergenze sanitarie, l'espansione dei servizi sanitari, l'eradicazione della polio e la prevenzione di epidemie.
2. Interruzione della Collaborazione Scientifica: L'ordine di cessare le comunicazioni tra i *Centers for Di-*

*sease Control and Prevention* (CDC) e l'OMS minaccia lo scambio tempestivo di dati critici e competenze. Questo ostacola la risposta alle epidemie emergenti, come il vaiolo delle scimmie e l'Ebola. La collaborazione storica tra CDC e OMS è stata fondamentale per la sorveglianza globale delle malattie (es. influenza, malattie tropicali neglette, malaria, HIV/AIDS) e la risposta alle emergenze. Senza questa partnership, la capacità del CDC di fornire indicazioni tempestive negli Stati Uniti sarà compromessa.

Gli Autori sottolineano che l'OMS svolge un lavoro cruciale con fondi limitati e che nessun'altra agenzia ha la sua legittimità o portata globale. Esortano i professionisti sanitari statunitensi a comunicare i rischi di questo ritiro e la comunità internazionale a rafforzare la cooperazione sanitaria globale per compensare l'uscita degli Stati Uniti e garantire che il mondo non diventi più vulnerabile alle future pandemie. Nel frattempo, si suggerisce ai centri collaboratori dell'OMS negli Stati Uniti (non federali) di mantenere aperti i canali di comunicazione. La decisione degli Stati Uniti potrebbe anche innescare un effetto domino, con altri paesi come l'Argentina che annunciano ritiri simili.

Questi due articoli comparsi di seguito sulla più importante rivista di medicina, sono sicuramente ridondanti e tendono a ribadire gli stessi concetti, ma sottolineano la grande preoccupazione di medici e scienziati americani sulla salute del globo causata dal-

le scelte della attuale amministrazione americana.

Oltre a vivere ogni giorno con le notizie tragiche che provengono dalle due guerre in corso a noi vicine, con i dati sui morti giornalieri, con le distruzioni, con le migliaia di persone che stanno morendo di fame a Gaza (vedi Graffio di questo mese con la Petizione di *Medico e Bambino* - pag. 283), se continueranno a bloccare gli aiuti umanitari, con il paventato possibile utilizzo di armi nucleari, gli Autori di questi due articoli ci trasmettono ulteriore rabbia, preoccupazione e dolore per una serie di decisioni che renderanno ancora peggiore il mondo in cui viviamo e che lasceremo, ahimè, ai nostri figli e nipoti.

#### Bibliografia

1. Marchetti F, Tamburini G. La deriva antiscientifica e autoritaria negli USA e le sue implicazioni per la salute globale. *Medico e Bambino* 2024;44(2):111-3. doi: 10.53126/MEB44111.
2. Anonymous. Anger, despair, and defiance from a voice within the US federal research system. *BMJ* 2025;388:r294. doi: 10.1136/bmj.r294.
3. Duggan CP, Bhutta ZA. "Putting America First" - Undermining Health for Populations at Home and Abroad. *N Engl J Med* 2025;392(18):1769-71. doi: 10.1056/NEJMp2503243.
4. Yamey G, Titanji BK. Withdrawal of the United States from the WHO - How President Trump Is Weakening Public Health. *N Engl J Med* 2025;392(15):1457-60. doi: 10.1056/NEJMp2501790.

**Loredana Lepore**

Pediatra, Trieste

loredanalepore@hotmail.it