

La Chaux-de-Fonds: les photographies du médecin et explorateur Jules Jacot-Guillarmod à l ...



Culture «Eclairer le monde», c'est ainsi que s'intitule la nouvelle exposition du Musée d'histoire de la Chaux-de-Fonds, qui présente les photographies de Jules Jacot-Guillarmod. Elle est ouverte au public jusqu'au 16 janvier 2022, sous réserve des conditions sanitaires.

Il était le premier à avoir photographié le K2, il était médecin, explorateur, alpiniste célèbre, photographe et conférencier! Jules Jacot-Guillarmod, né à La Chaux-de-Fonds en 1868, a eu une vie bien remplie. Elle est désormais à l'honneur au Musée d'histoire de sa ville natale dans une exposition intitulée «Eclairer le monde», visible sauf imprévu sanitaire jusqu'au 16 janvier 2022.

Jules Jacot-Guillarmod saisit pour la première fois un cliché du deuxième plus haut sommet du monde, le K2, en 1902. Il est engagé en sa qualité de médecin aux côtés du...

Kinshasa : lancement de la campagne de vaccination anti Covid-19 le 15 mars 2021

Le ministre de la Santé de la République démocratique du Congo, Docteur Eteni Longondo, annonce le lancement, pour ce 15 mars 2021, de la vaccination contre la Covid-19 à Kinshasa.

Dans un communiqué rendu public ce mercredi 10 mars, ce membre du gouvernement informe que cette campagne débute aux Cliniques Universitaires de Kinshasa.

Trois "groupes prioritaires" sont concernés par cette vaccination. Il s'agit du groupe prioritaire I composé de professionnels de santé et de travailleurs sociaux qui représentent 1% de la population ; du groupe prioritaire II où l'on compte des personnes avec

comorbidité, entendez la maladie rénale chronique, hypertension, diabète, représentant 13% de la population, ainsi que le troisième groupe prioritaire constitué de personnes âgées de plus de 55 ans et qui représentent 6% de la population.

Les sites ciblés pour la campagne de vaccination sont les Cliniques Universitaires de Kinshasa, Clinique Ngaliema, Centre médical de Kinshasa, Centre hospitalier Monkole et Hôpital Sino congolais, CSR Vijana, Hôpital Saint Joseph, Centre médical Diamant, HJ Hospital, Médecin des nuits, Hôpital des Nations Unies.

Le ministre de la Santé prévient que d'autres sites seront ajoutés, non seulement à Kinshasa, mais aussi dans les provinces.

MediaCongo LM LM

congo-press.com (MCP) /mediacongo.net

A Nyon, 25 bougies ont été allumées en hommage aux victimes du Covid



Coronavirus De plus en plus de veillées en hommage aux personnes décédées du Covid fleurissent à travers le pays. Mardi soir à Nyon, un groupement citoyen en a organisé une.

Après Berne ou Lausanne, c'est au tour de Nyon de s'illuminer en hommage aux personnes qui ont succombé au coronavirus. Le concept de ces veillées est simple: une bougie équivaut à un décès. Mardi soir, il y a eu vingt-cinq allumées lors de la commémoration sur la place du Château. Un événement qui s'est déroulé en toute discrétion afin de ne pas rassembler un nombre de personnes trop important et de respecter au mieux les mesures liées au Covid-19.

A...



Entretien entre le Prof. Jean-Jacques Muyembe et le Médecin directeur du Programme élargi de ...

Le coordonnateur du Secrétariat technique du Comité multisectoriel de la lutte contre le coronavirus 2019 en RDC (ST/CMR-Covid-19), le Prof. Jean-Jacques Muyembe Tamfum, a animé ce mardi 9 mars 2021 à Kinshasa une séance de travail avec le Médecin directeur du Programme élargi de vaccination (PEV), le Dr Elisabeth Mukamba Munsenga.

Cette séance de travail a consisté à faire le point sur des avancées sur le travail préliminaire qui a été confié au PEV concernant la vaccination et à la définition des stratégies communes entre le ST/CMR-Covid-19 et le PEV afin de mieux atteindre la cible qui a été retenue pour cette nouvelle activité de la riposte.

Pour le Prof. Muyembe, la vaccination est un pilier de la riposte et bénéficie des orientations et de l'appui scientifique de son institution.

« Le PEV a tous les dispositifs logistiques pour le stockage et la conservation, voire pour la distribution, des vaccins en RDC. Il est donc l'autonomie et le Secrétariat technique du Comité multisectoriel de la lutte contre le Covid-19 reste l'appareil conseil de ce programme chargé de la vaccination », a déclaré le Prof. Muyembe.



Prof. Jean-Jacques Muyembe Tamfum

« Nous sommes appelés à travailler ensemble Nous visons tous à mettre fin à cette pandémie qui n'a fait que perturbé énormément la vie et le quotidien des congolais vivants, non seulement en République démocratique du Congo, mais aussi ceux qui vivent en dehors du pays », a indiqué le Dr Elisabeth Mukamba qui souhaite voir porter un impact positif à la vaccination, tout en espérant que un impact positif à la lutte contre la maladie.

Dr Elisabeth Mukamba Munsenga, Médecin directeur du Programme élargi de vaccination (PEV)

Pour rappel, cette vaccination concernera dans un premier temps le personnel de santé, les personnes présentant une comorbidité (diabète, hypertension artérielle, maladies rénales chroniques, les personnes âgées de plus de 55 ans.

Cette séance de travail a bénéficié de la participation de différents experts et membres du ST/CMR-Covid-19, parmi lesquels

L'Incident manager de la riposte, le Prof. Steve Ahuka Mundeke.

MediaCongo

Le Hautpanel /MCP, via mediacongo.net

Les Grecs durement confinés en attendant le retour des touristes

Après plus de quatre mois de restrictions sévères visant à diminuer la circulation du virus et sauver la saison touristique, la population exprime sa colère.

Elisa Perriguer, Athènes

Publié aujourd'hui à 13h15



Depuis début novembre, les restaurants, commerces et écoles sont fermés et la liberté de circuler très limitée pour faire baisser le taux de contamination. Athènes, 9 février 2021.

AFP

À chaque fois qu'elle sort de chez elle, l'Athénienne Dina Stamatopoulou se plie machinalement à ce rituel «absurde». La comédienne écrit un SMS aux autorités grecques, y inscrivant un chiffre de 1 à 6. Chaque nombre correspond à un motif «valable» de sortie: visite chez un médecin, courses alimentaires, etc. Elle risqué une amende de 300 euros en cas d'oubli de cette règle imposée aux 10 millions de Grecs depuis le début du confinement, le 7 novembre.

Une fois déchargée de cette procédure intrusive, Dina peut parcourir, masquée, les rues bordées de restaurants, bars et magasins aux rideaux baissés. Quelques rares enfants jouent dans les rues: ils ne vont plus à l'école, fermée également. Postés en grand nombre dans les rues, des policiers scrutent les clients des supermarchés, rares commerces ouverts. Tous les Athéniens devront rentrer chez eux avant le couvre-feu, fixé à 21 heures en semaine.

Les articles ABO sont réservés aux abonnés.



Arzt schockiert nach 12-Stunden-Schicht mit völlig ausgetrockneten Händen

Publiziert 10. März 2021, 17:41

Das Gesundheitspersonal steht weiter unter dem Druck der Pandemie. Nun zeigt ein italienischer Arzt, wie die Hände nach einer langen Schicht aussehen.

von Patrick McEvily

1 / 3

Der 48-jährige Arzt Salvatore Quarta hat das Bild mit der Zeitung «La Repubblica» geteilt.

Facebook/La Repubblica

Der Anästhesist arbeitet in der Poliklinik Santa Maria alle Scotte in Siena.

Azienda Ospedaliero-universitaria Senese

Das Gesundheitspersonal weltweit ist seit einem Jahr ununterbrochen mit den Folgen der Pandemie konfrontiert.

Universitätsspital Zürich

- Ein italienischer Arzt hat das Bild seiner völlig ausgetrockneten Hand gezeigt.
- Nach einer 12-Stunden Schicht sehen die Hände 30 bis 40 Jahre älter aus, erklärt er.
- Der Anästhesist möchte auf die schwierigen Bedingungen für das Spitalpersonal aufmerksam machen.

Die italienische Zeitung «La Repubblica» hat auf ihrem Facebook-Kanal das erschreckende Bild der völlig ausgetrockneten Hand eines Arztes publiziert. Der Anästhesist hatte das Bild nach einer 12-Stunden Schicht auf der Covid-Station aufgenommen.

Der 48-jährige Salvatore Quarta arbeitet in der Poliklinik Santa Maria alle Scotte in Siena. Zum Bild schrieb er:

«Heute, nach einer weiteren anstrengenden Schicht beim Ausziehen von drei Handschuhen, habe ich ein intensives Brennen wahrgenommen: wahrscheinlich eine Kombination aus Schweiß, Desinfektionsmittel, und Gleitgel. Die Hände wirken um 30-40 Jahre gealtert.»

«Helft uns»

Der Mediziner aus der Toskana hatte sich dazu entschieden, das Bild mit der Zeitung zu teilen, um auf die erschwerten Bedingungen aufmerksam zu machen, unter denen das medizinische Personal zurzeit arbeitet.

«Wir haben uns daran gewöhnt, die Gesichter des medizinischen Personals zu sehen – oder besser gesagt ihre müden Augen. Die Hände sind jedoch nicht zu sehen, doch das sind unsere primären Arbeitsinstrumente. Das Bild soll auf die Verletzungen des Gemüts und der Körperlichkeit all jener hinweisen, die diese Pandemie täglich im Graben bekämpfen. Worum wir also bitten: Helft uns.»

Die Arbeitsschichten im Spital seien laut Quarta zurzeit so eingerichtet, dass alle Ärzte während zwei bis drei Monaten auf der Covid-Station arbeiteten, und anschliessend für einen Monat in den OP wechseln würden – und zwar um sich auszuruhen. So paradox wie das klinge: die Arbeit auf der Covid-Station sei anstrengender, beteuert Quarta. Dort müssten die Mediziner nämlich ständig Maske und Schutzschirm tragen, hätten mit immer jüngeren Erkrankten zu tun und seien mit schweren Schicksalen konfrontiert.

Hast du oder hat jemand, den du kennst, Mühe mit der Coronazeit?

Hier findest du Hilfe:

Neuer Therapie-Ansatz macht Long-Covid-Betroffenen Hoffnung

[unable to retrieve full-text content] Sie litt selber an Long Covid, wie auch andere Ärztinnen und **Ärzte**, welche die Symptome aus eigener Erfahrung kennen und den verzweifelten ...

Was tun, wenn man es im Job nicht mehr aushält?

- Getty Images/Westend61

1/7

Wenn es der Chef auf einen abgesehen hat, kann das schnell zu Stresssituationen im Job führen.

- Getty Images

2/7

Wer es auf der Arbeit nicht mehr aushält, fühlt sich oft hilflos.

- Getty Images

3/7

Wenn man unter den Arbeitsbedingungen leidet, sollte man dies so früh wie möglich intern ansprechen.

- Getty Images



Wenn es gar nicht mehr geht, ist die Kündigung die beste Option.

Die Frau am Telefon klingt verzweifelt. «Als ich die Kündigung bekam, bin ich krank geworden. Nun sagt mein Chef, ich müsse die Krankheitstage später abarbeiten. Aber ich kann unmöglich an diesen Arbeitsplatz zurückkehren!» Die Anruferin – nennen wir sie Sara Lüthi – fühlt sich schon seit einiger Zeit vom neuen Chef schikaniert. «Er wollte mich von Anfang an weghaben», erzählt die Exportsachbearbeiterin. Nach der Kündigung schrieb der Hausarzt sie krank. Und nun das: Durch die Arbeitsunfähigkeit während der Kündigungsfrist verlängert sich das Arbeitsverhältnis – womöglich um mehrere Monate (siehe: «Kündigungsschutz bei Arbeitsunfähigkeit»). «Was kann ich tun, um so rasch wie möglich von diesem Job wegzukommen?», will Sara Lüthi vom Beobachter-Beratungszentrum wissen.

Auch Sebastian Engeler* würde seinen Job lieber heute als morgen verlassen. Enormer Leistungsdruck und Intrigen schlagen ihm auf die Gesundheit. Eine andere Stelle hat er jedoch bisher nicht gefunden. Einfach so zu kündigen, das traut sich der Familienvater nicht zu. Zu Recht befürchtet er Sanktionen durch die Arbeitslosenversicherung – es drohen Einstelltage wegen selbstverschuldeter Arbeitslosigkeit.

In Krisenzeiten verlieren viele Angestellte ihre Stelle. Doch auch die Zurückbleibenden bekommen die negativen Auswirkungen der schwächelnden Wirtschaft zu spüren. Nicht nur bleibt die Arbeit der Entlassenen an ihnen hängen – Sparübungen und zunehmender Druck führen zu Stress, Mobbing und Verdrängungskämpfen. Was tun, wenn man sich aus gesundheitlichen Gründen ausserstande sieht, in einer solchen Stelle zu verbleiben?

1. Intern früh ansprechen

Es gilt: Vorbeugen ist besser als heilen. Wer unter den Zuständen am Arbeitsplatz zu leiden beginnt, sollte frühzeitig Hilfe holen, denn gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen muss man nicht hinnehmen. Arbeitgeber haben eine Fürsorgepflicht: Sie müssen «die Persönlichkeit des Arbeitnehmers achten und schützen und auf dessen Gesundheit gebührend Rücksicht nehmen», heisst es im Gesetz. Gemeint ist auch die psychische Gesundheit. Der erste Schritt ist also immer das Gespräch mit dem Vorgesetzten. Nützt das nichts – oder ist der Chef selbst das Problem –, kann man sich an die nächsthöhere Stelle oder die Personalabteilung wenden. Grössere Firmen verfügen oft über einen internen Sozialdienst oder haben ein Abkommen mit unabhängigen Anlaufstellen, an die man sich wenden kann.

2. Externe Stellen beiziehen

Kommt man intern nicht weiter, können externe Stellen helfen. Vernachlässigt ein Arbeitgeber den Gesundheitsschutz, ist das kantonale Arbeitsinspektorat zuständig (www.ekas.admin.ch). Es berät, nennt Unterstützungsangebote und kann notfalls auch direkt im Betrieb intervenieren. Anzeigen werden vertraulich behandelt.

3. Offenheit gegenüber dem Arzt

Bei gesundheitlichen Problemen sollte man auch mit dem Hausarzt offen über den Stress am Arbeitsplatz sprechen, damit er die Beschwerden einordnen kann. Wer sich bereits an eine

Beratungsstelle gewandt hat, sollte auch das erwähnen, denn es ist wichtig, dass alle Involvierten miteinander kooperieren können.

Bei schweren gesundheitlichen Störungen oder wenn jemand die Situation am Arbeitsplatz nicht mehr aushält, wird der Arzt die Person eine Zeit lang arbeitsunfähig schreiben. Allerdings nützt das wenig, wenn anschliessend die Pein von neuem beginnt. Mit dem Arzt sollte deshalb besprochen werden, wie viel Zeit man für die Erholung braucht und wer die nötige Hilfe bieten kann. Sobald es wieder besser geht, ist das weitere Vorgehen zu klären: das längst fällige Gespräch mit den Vorgesetzten, eine mögliche Versetzung innerhalb der Firma oder ein Stellenwechsel.

4. Wenn es gar nicht mehr geht

Falls die Stelle aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zumutbar ist, sollte man das vom Arzt schriftlich bestätigen lassen. Dann kann man selber kündigen, ohne Taggeldkürzungen bei der Arbeitslosenversicherung zu riskieren – das wäre auch ein Ausweg für Sebastian Engeler. Wird ein Arbeitnehmer krank, nachdem der Arbeitgeber gekündigt hat, verlängert sich die Kündigungsfrist gemäss den gesetzlichen Sperrfristen. Wenn man tatsächlich krank ist, ist das ein sinnvoller Schutz, kann man doch in dieser Zeit keine neue Stelle suchen. Geht es aber nur darum, einem unerträglichen Arbeitsklima zu entfliehen, zieht eine Krankschreibung das Arbeitsverhältnis unnötig in die Länge. Dann sollte man mit dem Arbeitgeber über eine einvernehmliche Vertragsauflösung verhandeln.

Eine gütliche Einigung erzielte schliesslich auch Sara Lüthi. Als dem Chef klar wurde, dass sie sich monatelang krankschreiben lassen würde, nur um nicht mehr an den Arbeitsplatz zurückkehren zu müssen, stimmte er einer Freistellung während der Kündigungsfrist zu – und Lüthi konnte sich unbelastet der Jobsuche widmen.

* Name geändert

Kündigungsschutz bei Arbeitsunfähigkeit

Solange Sie ganz oder teilweise arbeitsunfähig sind, darf der Arbeitgeber während der folgenden Sperrfristen nicht kündigen:

- 30 Tage im 1. Dienstjahr;
- 90 Tage vom 2. bis zum 5. Dienstjahr;
- 180 Tage ab Anfang des 6. Dienstjahrs.

Wird trotzdem eine Kündigung ausgesprochen, ist sie ungültig. Tritt die Arbeitsunfähigkeit erst während der Kündigungsfrist ein, steht diese während der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum Ablauf der Sperrfrist, still. Dann verlängert sich das Arbeitsverhältnis entsprechend und endet erst am darauffolgenden Monatsende.

Bei einer Kündigung durch den Arbeitnehmer gibt es keine Sperrfristen.

Einvernehmliche Vertragsauflösung

Lassen Sie sich nie zu einer Auflösungsvereinbarung drängen. Fordern Sie stets Bedenkfrist. Beachten Sie Folgendes:

- Stimmen Sie keiner Verkürzung der Kündigungsfrist zu, es sei denn, Sie haben bereits eine neue Stelle.



- Stimmen Sie keiner Vertragsauflösung zu, solange Sie vollständig arbeitsunfähig sind (also nicht nur in Bezug auf die gegenwärtige Stelle) und einen Kündigungsschutz geniessen.
- Versuchen Sie eine Freistellung während der Kündigungsfrist auszuhandeln. Freistellung heisst: Sie müssen nicht mehr arbeiten, erhalten aber trotzdem den vollen Lohn. Die Details sollten schriftlich festgehalten werden.
- Unterschreiben Sie keine Klausel «per saldo aller Ansprüche», wenn Sie nicht wirklich sicher sind, dass alles seine Richtigkeit hat.
- Bestehen Sie auf einem fairen, wahrheitsgetreuen Arbeitszeugnis. Lassen Sie es zur Sicherheit von Experten checken.

Artikel aus dem «Beobachter»

zVg

Dieser Artikel wurde aus dem Magazin «Beobachter» übernommen. Weitere spannende Artikel finden Sie unter www.beobachter.ch

Publiziert: 10.03.2021, 16:54 Uhr

Anhänger von Arzt und Corona-Kritiker bedrohen Kantonsangestellte

Publiziert 10. März 2021, 16:08

Einem Arzt aus Ebikon, der als Gegner der Corona-Schutzmassnahmen bekannt ist, wurde vom Kanton Luzern die Bewilligung entzogen. Nun werden deswegen Kantonsangestellte bedroht.

von Gianni Walther

1 / 5

Die Luzerner Behörden haben einem Arzt und Corona-Kritiker unter anderem wegen «Schrecken der Bevölkerung» die Bewilligung entzogen. Gegen ihn ist ein aufsichtsrechtliches Verfahren eröffnet worden.

Screenshot Youtube/Corona Mahnwachen

Nun werden Kantonsangestellte in Luzern bedroht.

Screenshot Youtube/Corona Mahnwachen

«Schrecken der Bevölkerung» werde dem Mann vorgeworfen, weil er sich ohne gesicherte Beweise gegen die Impfung gegen das Coronavirus ausgesprochen habe. (Symbolbild)

Getty Images/iStockphoto

- Einem Luzerner Arzt, der sich kritisch gegenüber den Corona-Massnahmen geäussert hatte sowie ohne Maske praktiziert und Maskendispensen ausgestellt haben soll, ohne Patienten zuvor persönlich gesehen zu haben, haben die Luzerner Behörden die Bewilligung entzogen.

- Nun werden exponierte Mitarbeitende des Gesundheits- und Sozialdepartementes bedroht.
- Die Kantonsangestellten erhalten Telefonate, Emails und Briefe – teilweise sogar an ihre Privatadresse.
- Die Luzerner Regierung geht gegen eruierte Täter strafrechtlich vor.

Hohe Politiker wurden schon bedroht, nun sind auch normale Kantonsangestellte betroffen von Wutattacken und Drohungen von Corona-Gegnern: Nachdem die Luzerner Behörden einem Arzt und Gegner der Corona-Schutzmassnahmen die Berufserlaubnis entzogen haben, bekommen nun offenbar Luzerner Kantonsangestellte der entsprechenden Dienststelle die Wut von Anhängern dieses Arztes zu spüren: «Via Telefon, Mails und Briefen selbst an die Privatadresse erleben wir einen echten Shitstorm, der über uns hinwegfegt», heisst es in einer internen Email an Mitarbeitende des Kantons, das «Pilatus today» und «Tele 1» vorliegt. Im Bericht heisst es, der Shitstorm käme von Anhängern des Arztes.

Sogar an Privatadresse

So würden Angestellte etwa am Telefon beschimpft und sogar bedroht. Der Dienststellenleiter sowie der Kantonsarzt sollen sogar an ihren Privatadressen belästigt worden sein. «Tatsächlich ist es zu Drohungen, Beschimpfungen und Anfeindungen gegenüber exponierten Mitarbeitenden des Gesundheits- und Sozialdepartements gekommen. Wir sehen momentan davon ab, weitergehende Auskünfte zu diesem Thema zu erteilen», heisst es beim Gesundheits- und Sozialdepartement auf Anfrage von 20 Minuten.

Wegen der Drohungen werde auch die Kriminalpolizei aktiv. Die Luzerner Polizei habe zum präventiven Schutz ihre Patrouillentätigkeit an sensiblen Orten intensiviert. Die Dienststelle wolle nun abklären, ob weitere Massnahmen zum Schutz des Personals nötig seien.

Der umstrittene Ebikoner Arzt war vergangenes Jahr in die Schlagzeilen geraten, weil er sich etwa an einer Demonstration kritisch zu den Corona-Massnahmen wie der Maskentragepflicht geäussert hatte. Die gesamte Belegschaft seiner Praxis in Ebikon hatte dann gekündigt. Er soll auch ohne Maske praktiziert und Maskendispensen ausgestellt haben, ohne Patienten zuvor persönlich gesehen zu haben, deshalb haben die Luzerner Behörden ihm die Bewilligung entzogen. Auch seine Anstellung im Altersheim in Ebikon hatte der Arzt verloren.

Für eine Stellungnahme war der betroffene Arzt am Mittwoch nicht erreichbar.

«Wir gehen konsequent strafrechtlich dagegen vor»

Der Luzerner Regierungspräsident Reto Wyss sagte gegenüber der Luzerner Zeitung, dass sein Regierungskollege und Gesundheitsdirektor Guido Graf «immer wieder beschimpft, beleidigt und bedroht» werde. Im Visier seien auch exponierte Mitarbeiter des Gesundheitsdirektors.

Die Regierung versucht, die Täterschaft ausfindig zu machen und einer Strafe zuzuführen. Wyss: «Das verurteilen wir aufs



Schärfste, und wir gehen auch konsequent strafrechtlich dagegen vor. Die meisten Drohungen werden zwar anonym vorgebracht; in einigen Fällen ist der Urheber aber durchaus zu eruieren. Wichtig ist, dass wir hier eine Nulltoleranz zeigen. Auch wenn manche Einträge in den sozialen Medien spontan aus einer Emotion heraus entstehen, entschuldigt das in keiner Weise die Art und den Inhalt. In Regierung und Verwaltung sind wir jederzeit offen für Kritik und jedem steht frei, eine anderslautende Meinung zu äussern. Aber bitte mit Respekt und Anstand!»

Hast du oder hat jemand, den du kennst, Mühe mit der Coronazeit?

Hier findest du Hilfe:

In acht Tagen aus dem Lockdown?

[unable to retrieve full-text content]Der Thurgauer **Arzt** und Unternehmer Thomas Krech will die gesamte Bevölkerung zweimal testen lassen und innerhalb acht Tagen die ...



Neuer Therapie-Ansatz macht Long-Covid-Betroffenen Hoffnung

[unable to retrieve full-text content]Die westliche **Medizin** arbeite mit Scans, Proben, Untersuchungen; werde nichts angezeigt, dann gebe es auch keine Diagnose. Hoher Puls und ...

Rekord bei FSME-Erkrankungen in Deutschland

PATRICK PLEUL

Im vergangenen Jahr erkrankten 705 Menschen in Deutschland an Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME).

Er habe eigentlich erwartet, dass vor allem Touristen vom Rekord bei den FSME-Erkrankungen im vergangenen Jahr betroffen gewesen seien, sagte Gerhard Dobler, Leiter des Nationalen Konsiliarlabors für FSME am Mittwoch in Stuttgart. Dies habe sich aber nicht bestätigt.

Vermehrter Aufenthalt in heimischen Regionen

«Wir müssen jetzt konstatieren: Es sind Personen, die nicht ausreichend geimpft sind, die aufgrund der Corona-Situation sich vermehrt in heimischen Regionen aufgehalten haben», sagte Dobler. Im vergangenen Jahr erkrankten nach seinen Angabe 705 Menschen in Deutschland an FSME, so viele wie noch nie seit Beginn der Meldepflicht im Jahr 2001.

Mit Abstand die meisten Fälle gab es nach Angaben der Universität Hohenheim in Baden-Württemberg, wo allein 331 Menschen an FSME erkrankten, und in Bayern. Beide Bundesländer zusammen stehen laut Dobler für 90 Prozent der Erkrankungen und verzeichneten im Vorjahresvergleich einen «sehr deutlichen» Anstieg. Auch in Thüringen und Sachsen stiegen demnach die Fallzahlen, in Hessen dagegen nahmen sie deutlich ab.

Mehr Zecken wegen wärmerem Winter

Als zweiten Effekt neben den verstärkten Aufenthalten im Freien machten die Forscher der Universität Hohenheim klimatische Gründe für den Rekord mit verantwortlich. Wegen der wärmeren Winter gehen die Zecken demnach nicht mehr wie früher in eine Ruhephase, dadurch träten die ersten FSME-Fälle auch immer früher im Jahr auf. Die Veränderung des Klimas schein auch eine Rolle dabei zu spielen, dass FSME nun auch in höheren Lagen auftrete, sagte Dobler. Dies sei erst seit wenigen Jahren der Fall.

Wie Dobler sagte, entwickelte sich die FSME-Verbreitung im

vergangenen Jahr regional in Europa unterschiedlich. In Österreich, der Schweiz und Tschechien habe es extrem hohe Fallzahlen und teils Rekorde gegeben, während in Skandinavien oder im Baltikum die Zahlen stabil geblieben oder gesunken seien.

Die Auwaldzecke ist das ganze Jahr aktiv

Eine stärkere Ausbreitung stellten die Hohenheimer Forscher bei der Auwaldzecke fest, die sich in ganz Deutschland verbreite. Die Auwaldzecke ist das ganze Jahr aktiv. Sie befallt zwar Menschen nicht so gern, könne aber eine Rolle bei der Ausbreitung des FSME-Erregers spielen, erklärte Ute Mackenstedt, Zeckenexpertin der Universität Hohenheim. Im vergangenen Jahr sei zum ersten Mal bei einer Auwaldzecke in Sachsen der FSME-Erreger nachgewiesen worden.

Als eine weitere Zeckenart breite sich die vermutlich mit Zugvögeln nach Deutschland gekommene Tropenzecke Hyalomma in Deutschland aus. Diese übertrage zwar kein FSME, aber verschiedene andere Krankheiten wie Hämorrhagisches Fieber. Dies sei bereits in Spanien nachgewiesen worden, in Deutschland aber noch nicht, sagte Mackenstedt.

Bei diesen Symptomen müssen Sie sofort zum Arzt

[imago/blickwinkel](#)

Mit den warmen Temperaturen kommen auch die Zecken wieder – Vorsicht ist geboten! Doch manchmal wird man gebissen, ohne das man es überhaupt merkt. BLICK gibt Tipps, auf welche Symptome Sie achten sollten.

Lesen Sie hier weiter.

Publiziert: 10.03.2021, 13:17 Uhr

Im Sprechen komme der Mensch zur Vernunft, hiess es lange. Für Gehörlose hatte diese Annahme ...

Die Gebärdensprache wurde seit der Aufklärung unterdrückt - sie galt als primitive Kommunikationsform, die bestenfalls für «Wilde» geeignet war.

Lange wurde die Gebärdensprache unterdrückt, inzwischen ist sie vollständig rehabilitiert. Hier sind zwei Übersetzer an einem SP-Parteitag in Aktion, 2008.

Alessandro Della Valle /KEYSTONE

Kein Mensch ist ohne Makel. Kaum ein Gebrechen aber hat die Gesellschaft so gereizt wie die Gehörlosigkeit. Die Blinde, der Gelähmte, die Demente: Auch sie wurden immer wieder unterstützt und waren zugleich damit konfrontiert, dass die Politik sich nur am makellosen Normalmenschen orientierte.



Spital Bülach behält die Abteilung Neonatologie

Nach den Protesten hat sich die Lage im Spital Bülach beruhigt. Nun steht die Wahl des Verwaltungsrats und des CEO bevor - und die Rückkehr von Nic Zerkiebel steht zur Diskussion.



Sharon Saameli

Publiziert heute um 05:30 Uhr



Urs Müller, CEO ad interim, und Thomas Hillermann, Ärztlicher Direktor ad interim, geben im Interview Auskunft über die Veränderungen am Spital Bülach.

Foto: Balz Murer

Vor einem halben Jahr krepelten die Proteste der Belegschaft das Spital Bülach um. Nun wird am 29. März der neue Verwaltungsrat gewählt. Wie nehmen Sie die Stimmung heute wahr?

Thomas Hillermann: Man ist in gespannter Erwartung. Natürlich, der Spitalalltag läuft. Je nach Bereich sind die Erwartungen an die Generalversammlung aber sehr verschieden - beispielsweise wartet die Innere Medizin immer noch auf einen Chef.

Urs Müller: Ich habe in den vergangenen Monaten um die 150 Gespräche mit Mitarbeitenden geführt, um genau das herauszufinden. Die Stimmung ist tatsächlich sehr unterschiedlich; beispielsweise werden ja die Servicebereiche anders geführt als die medizinischen, sie sind von den Geschehnissen nicht direkt betroffen.

Hillermann: Dort hingegen, wo die Betroffenheit gross ist - etwa in der Inneren Medizin -, habe ich die Mitarbeitenden so engagiert erlebt wie an wenigen Spitälern. Teils nehme ich aber auch Ratlosigkeit wahr, weil vieles nicht oder zu wenig schnell vorwärtsging. Die Belegschaft erwartet jetzt, dass sie sich in Zukunft einbringen kann.

Um diesen Artikel vollständig lesen zu können, benötigen Sie ein Abo.



Welche Therapie für wen? Globale Krankheiten und ihr kolonialer Schatten

Als zu Beginn des letzten Jahres in den europäischen Medien die ersten Meldungen über das Auftreten eines neuartigen Virus in China erschienen, schien dieses Ereignis den meisten Leser:innen noch ähnlich fern wie der sprichwörtliche Sack Reis. Doch dies änderte sich schnell. Wenig bestimmt die Wahrnehmung der gegenwärtigen Pandemie so sehr wie der Umstand, dass das Virus nicht an nationalen Grenzen haltmacht. Die Gesundheitskrise ist global und Berichte über die Corona-Lage in verschiedenen Teilen der Welt prägen die öffentliche Diskussion. Mit dem Beginn des Impfprogramms erhält die Diskussion um die globale Dimension der Pandemie derzeit eine neue Wendung: In den Blick rückt die ausgesprochen ungleiche Verteilung von Impfstoffen zwischen dem Globalen Süden und dem Globalen Norden – und der vielfach wiederholte Appell, dass sich die „globale Krankheit“ auch nur „global“ bekämpfen ließe.

Was aber bedeutet es, wenn eine Krankheit „global“ ist – für ihre Erforschung und für ihre Bekämpfung? Welche Effekte hat das aktuell beobachtbare Zusammenwirken globaler Vernetzung mit sozialer wie politischer Ungleichheit? So sehr uns diese Fragen heute umtreiben, so wenig entstammen sie der aktuellen Situation. Corona bildet nur die Spitze einer Reihe pandemischer Infektionskrankheiten und tödlicher Epidemien der Vergangenheit, die uns helfen können, die globale Dimension der aktuellen Pandemie besser zu verstehen.

Schock und Aufbruch: Europäische Wahrnehmungen der „Schlafkrankheit“

Ein aufschlussreiches Beispiel für die europäische Wahrnehmung „globaler“ Krankheit ist die afrikanische Trypanosomiasis. Als die sogenannte Schlafkrankheit vor allem in Uganda und dem Kongo-Becken am Beginn des 20. Jahrhunderts hunderttausende Tote forderten, waren ihre Schockwellen auch in Europa zu spüren. Noch waren weder Erreger noch Übertragungswege bekannt. Unter den Kolonialmächten machte sich die Sorge breit, die Krankheit könnte sich auf den gesamten Kontinent ausbreiten, etwa entlang des Nils bis nach Ägypten gelangen – mit katastrophalen wirtschaftlichen Folgen.



Robert Koch (rechts) in einem Laborzelt am Viktoriasee, Uganda; Quelle: rki.de

In der Wissenschaft erzeugte die Pandemie hingegen Aufbruchsstimmung: Die Schlafkrankheit bot mit ihrer medialen wie politischen Aufmerksamkeit der noch jungen Disziplin der Tropenmedizin die Gelegenheit, die eigene Relevanz unter Beweis zu stellen. Robert Koch, David Bruce, Émile Brumpt und andere damalige Stars des Feldes machten sich auf den Weg nach Afrika, um die unbekannte Krankheit zu erforschen.

Koloniale Krankheit

Es war der Kolonialismus, der aus der Schlafkrankheit eine globale Krankheit machte. Weil sie durch die Tsetse-Flye übertragen wird, die einzig im subsaharischen Afrika vorkommt, bestand zwar nie die reale Gefahr, dass die Schlafkrankheit zu Epidemien in Europa führen könnte. Doch auf dem afrikanischen Kontinent wurde die Eskalation des Infektionsgeschehens durch die koloniale Eroberung angetrieben; bereits Zeitgenossen sahen in der verstärkten Mobilität und der neuen Verkehrsinfrastrukturen, in der Vertreibung und Neuansiedlung lokaler Bevölkerung die Gründe für das Ausufern der Epidemie.



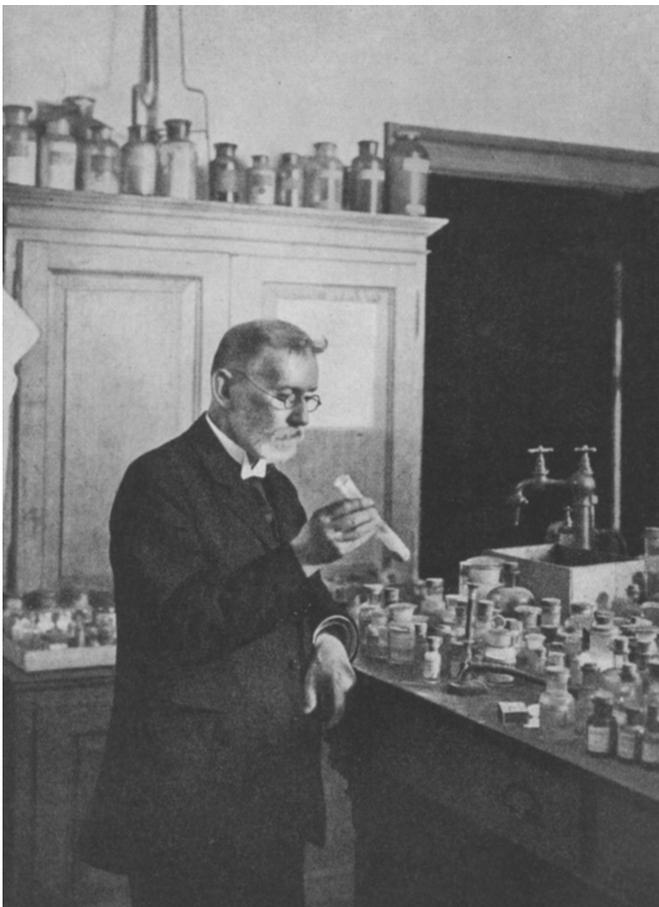
Infizierte in einem „Schlaflager“ in Bugala (Uganda) 1907; Quelle: rki.de

Zudem wurde die Krankheit zu einem Experimentierfeld der europäischen Mächte. Die medizinischen Maßnahmen der Kolonialverwaltungen griffen tief in die kolonisierten Gesellschaften ein. Ärzte durchsuchten die Kolonialgebiete nach Infizierten und brachten auf diese Weise den Kolonialstaat gleichsam in die Fläche der Kolonien. Infizierte wurden in Lagern interniert, um sie an einer Weiterverbreitung der Infektion zu hindern und um mögliche Therapien an ihnen zu testen. Im Zuge der Schlafkrankheitskampagnen wurden neue, sogenannte sichere Siedlungsgebiete geschaffen, indem durch Umwelteingriffe wie Rodungen oder Trockenlegungen der Lebensraum der Tsetse-Flye vernichtet wurde. Die Pandemiebekämpfung fügte sich nicht nur nahtlos in die brutale Herrschaft der europäischen Kolonialmächte ein, sie changierte auch zwischen Gewalt, Rassifizierung und Entwicklungsphantasien.



Koloniale Forschungen

Für die Wissenschaft eröffnete sich mit den neuartigen Epidemien ein hervorragendes Forschungsfeld. Im kolonialen Kontext waren Untersuchungen möglich, die in Europa so nicht durchführbar gewesen wären. Dies betraf insbesondere Menschenversuche mit infizierten Afrikaner:innen, die in allen europäischen Schlafkrankenlagern stattfanden. Wissenschaftler wie der Nobelpreisträger Paul Ehrlich sandten ausgesuchte Wirkstoffe in die Kolonien, die hier an einer großen Anzahl Infizierter getestet werden konnten. Dabei ging es nicht nur darum, ein Mittel gegen den Erreger der Schlafkrankheit zu finden. Die Hoffnung war, dass sich ein solches auch gegen andere, europäische Krankheiten einsetzen ließe. Ehrlich etwa experimentierte mit Verfahren zur Heilung von Syphilis und suchte nach chemotherapeutischen Strategien gegen Infektionskrankheiten, als er in die koloniale Forschung einstieg. Auch dafür lieferten Studien in den Schlafkrankenlagern genaue Beschreibung der Nebenwirkungen der getesteten Substanzen bei unterschiedlicher Dosierung.



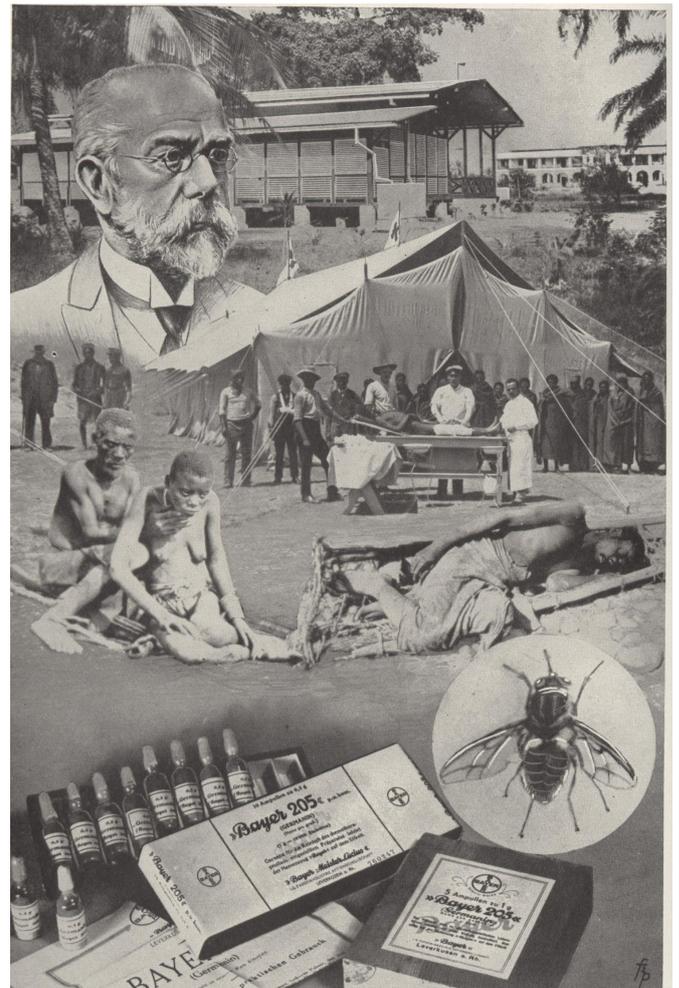
Paul Ehrlich in seinem Frankfurter Labor, 1910; Quelle: wikipedia.org

In europäischen Laboren wären solche Untersuchungen nicht nur aufgrund der mangelnden Anzahl an möglichen Testpersonen nicht möglich gewesen. Ein Hinderungsgrund waren auch die unbekanntene Effekte der Wirkstoffe, da zu Beginn des Jahrhunderts nach einigen in der Presse wild diskutierten Skandalen in mehreren europäischen Staaten gesetzliche Regulierungen zu Humanexperimenten erlassen worden waren. In den Kolonien fühlten sich Ärzte dagegen freier und fern kritischer Aufmerksamkeit. So gingen die Experimente in den Kolonien regelmäßig mit

massiven Nebenwirkungen wie Lähmungen, Erblindungen und vereinzelt tödlichen Vergiftungen einher, über die auch immer wieder in Fachzeitschriften berichtet wurde. Zum Abbruch solcher Experimente führten in der Regel jedoch nicht ethische oder juristische Überlegungen, sondern die hohen Fluchraten der Internierten.

Die Forschung in den Schlafkrankenlagern wurde von den führenden pharmakologischen Unternehmen unterstützt. Sie stellten Wirkstoffe zu Testzwecken zur Verfügung und übernahmen ihren Transport in betroffene Gebiete. Bewährte sich ein Mittel, versprach es die Erschließung eines vielversprechenden Marktes. Kolonialbehörden beurteilten den Erfolg eines Wirkstoffes dabei unter epidemiologischen Gesichtspunkten, ohne den Gefahren für den Einzelnen besondere Aufmerksamkeit zu schenken: Das hochtoxische Medikament Atoxyl etwa besaß zwar keine dauerhafte Heilwirkung, vermochte jedoch kurzzeitig die Erregerlast im Blut zu verringern und damit Ansteckungsketten zu unterbrechen. Das Produkt wurde deshalb bis zum Ersten Weltkrieg standardmäßig zur Bekämpfung der Krankheit eingesetzt. Trotz schwerer Nebenwirkungen wie Erblindungen schufen die kolonialen Schlafkrankenlagern somit einen Absatzmarkt für Atoxyl, der sich für europäische Pharma-Unternehmen als ausgesprochen profitabel erwies.

Postkoloniale Ungleichheiten



Collage für das Medikament Suramin mit einem Bild von Robert Koch; Quelle: wikipedia.org



Mit der Dekolonisation wendete sich das Blatt: Hatten zuvor die Kolonialmächte das Feld der kolonialen Gesundheitsversorgung nach ihren Interessen ausgerichtet, überließen sie es nun komplett der Pharma-Industrie. Europa setzte keine Forschungsanreize mehr für eine funktionierende Therapie der Schlafkrankheit; nicht zuletzt deshalb gehört die Krankheit heute zu den „neglected tropical diseases“. Erst seit 2013 wird versucht die vor allem in der Demokratischen Republik Kongo weiterhin verbreitete Krankheit mithilfe einer Förderinitiative von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Bayer und Sanofi einzudämmen. Die nötigen Medikamente werden kostenfrei durch die WHO zur Verfügung gestellt. Doch gerade an ihnen zeigt sich nicht nur eine Persistenz kolonialer Strukturen, sondern auch, wie sehr sich Expertise und Interessen im Kampf gegen die Schlafkrankheit verschoben haben: Von den fünf Standardmedikationen, die aktuell von der WHO aufgeführt werden, stammen drei Medikamente (Suramin *1920, Pentamidin *1940, Melarsoprol *1949) noch aus der Kolonialzeit. Trotz erheblicher Nachteile wie verbreiteter Resistenzen sind sie vielerorts mangels Alternativen noch immer in Benutzung.

Bei den anderen beiden Wirkstoffen Eflornithin und Fexinidazol wurde zwar die Wirkung gegen Schlafkrankheitserreger erst nach der Dekolonisation festgestellt. Doch mangels Wirtschaftlichkeit waren die Produkte bald nicht mehr auf dem Markt. Eflornithin, ein Mittel gegen weibliche Gesichtshaarung (Hirsutismus) ist seit 1990 auch als Schlafkrankheitstherapeutikum zugelassen. Bereits 1995 stellte das Pharma-Unternehmen Sanofi die Produktion jedoch aus wirtschaftlichen Gründen ein, auch wenn der Wirkstoff als Mittel gegen Gesichtshaar auf dem Markt blieb. Erst intensive Kampagnenarbeit der *Médecins Sans Frontières* und Verhandlungen der WHO führten dazu, dass Sanofi 2001 die Produktion wiederaufnahm.



Plakat der "Drugs for Neglected Diseases Initiative"; Quelle: adeevee.com

Auch die Produktion des in den 1970er Jahren entwickelten Wirkstoffes Fexinidazol hat das Unternehmen Hoechst (heute Sanofi) aus marktstrategischen Gründen aufgegeben. Erst durch die Forschungsförderung der *Drugs for Neglected Diseases Initiative* begann Sanofi 2005 mit der Vorbereitung klinischer Studien für eine Zulassung. Seit 2019 verfügbar erweist sich das Produkt momentan als therapeutischer wie logistischer Segen: Im Gegensatz zu den bisherigen Medikationen ist es weit weniger toxisch, wirkt in allen Stadien der Krankheit, kann oral verabreicht werden und macht so einen Krankenhausaufenthalt während der Therapie

unnötig. Endlich zeichnet sich damit eine Kontrolle der Schlafkrankheit ab. Zugleich zeigt die Geschichte der Medikamentenproduktion aber deutlich, wie sehr auch nach dem Ende des Kolonialismus globale Strukturen der Ungleichheit die Produktion medizinischen Wissens und damit Therapiemöglichkeiten im Globalen Süden bestimmten.

Medizinisches Wissen und tatsächliche Therapiemöglichkeiten

Neben der Frage, welche auf der Welt auftretenden Krankheiten im Blick medizinischer Forschungen stehen, steht die Frage nach dem globalen Zugang zu bestehenden Therapiemöglichkeiten. Sie ist besonders offensichtlich am Beispiel der HIV/AIDS-Pandemie. Obwohl der Umgang mit HIV und AIDS seit den 1980er Jahren von massiver Stigmatisierung und homophober Gewalt begleitet war, erzielten Forscher:innen während der letzten Jahrzehnte bemerkenswerte Erfolge: Stellte eine HIV-Infektion bis Mitte der 1990er Jahre ein sicheres Todesurteil dar, war dies mit der Entwicklung der antiretroviralen Therapie (ART) vorbei. Mittlerweile haben Infizierte bei frühzeitiger Diagnose und langfristiger ärztlicher Begleitung eine normale Lebenserwartung bei guter Lebensqualität. Hinzu kommt: Solange unter der Therapie das Virus im Blut nicht nachweisbar ist, können Infizierte es auch nicht weitergeben. Im Jahr 2019 galt dies etwa für 96% der deutschen HIV-Patient:innen.

Doch die Entwicklung der antiretroviralen Therapie führte keineswegs dazu, dass das AIDS-Sterben auf der Welt endete. Die weltweit höchste Zahl von AIDS-Toten verzeichneten die Vereinten Nationen im Jahr 2005 mit 1,95 Millionen Gestorbenen und damit zu einem Zeitpunkt, als das erfolgreiche ART-Verfahren bereits über zehn Jahre alt war. Im Globalen Norden war die Krankheit damals längst zu einer beherrschbaren Infektion geworden. Im Globalen Süden ist HIV/AIDS hingegen noch heute einer der „big three“, der drei „großen Killer“ und verzeichnet weiterhin hohe Neuansteckungsraten. Das Wissen zur Bekämpfung der Krankheit ist also eigentlich seit langem vorhanden. Solange es jedoch keinen ausreichenden Zugang zu Therapien gibt, bleibt HIV ein globales Problem.

Globalisierte Krankheiten in einer globalisierten Welt

Manches aus der Geschichte von Schlafkrankheit und HIV/AIDS wiederholt sich in der aktuellen Pandemie. Auch ohne den „Möglichkeitsraum“ der Kolonien hat die Corona-Pandemie immense Aktivitäten der medizinischen Forschung provoziert und der Impfstoffentwicklung in kürzester Zeit einen rasanten Wissenssprung ermöglicht. Auch sie erweist sich als Türöffner für neue Technologien, die erst jetzt in großem Rahmen getestet werden können. Wie Paul Ehrlich die kolonialen Schlafkrankheitsstudien als Erprobungsfeld für die Chemotherapie von Infektionskrankheiten nutzte, lassen sich auch an Corona erzielte Erkenntnisse auf weitere Felder der Medizin übertragen. Vor allem die sogenannten mRNA-Impfstoffe, an denen seit über 15 Jahren geforscht wird, versprechen völlig neuartige Therapiemöglichkeiten auch für andere Krankheiten.

Kann sich ihr Wirkprinzip bald auch an Krebs, Alzheimer oder Diabetes bewähren? Die Hoffnung zumindest ist greifbarer geworden. Für Malaria konnte mit der mRNA-Technik bereits zum ersten Mal ein funktionierender Impfstoff entwickelt werden, der schon jetzt als „absolute game changer“ gefeiert wird. Ob der Impfstoff jedoch tatsächlich die Welt von dieser Seuche befreien wird,



muss sich erst noch erweisen. Auch hierüber werden ökonomische Interessen mitbestimmen, wie sie derzeit die Diskussion um die Patente der Corona-Impfstoffe prägen. Wie sehr die Gesundheitsversorgung im Globalen Süden unter dem Forschungsboom zum Corona-Virus leiden könnte, lässt die Lepra-Impfstoffentwicklung erahnen. Sie ist gegenwärtig fast vollständig zum Erliegen gekommen, weil die damit beschäftigten Labore aufgekauft und für Corona-Vakzin-Testreihen benutzt werden. Im Gegensatz zu Corona ist die Lepra-Bekämpfung ein Feld humanitärer Interventionen und damit durch Spenden finanziert.

Insofern ist es wichtig, nicht allein auf wissenschaftliche Fortschritte zu vertrauen, sondern in der Pandemiebekämpfung immer wieder an die Ungleichheiten zwischen Globalem Norden und Globalem Süden zu erinnern. Das Beispiel HIV/AIDS zeigt exemplarisch, was passieren kann, wenn in einer Pandemie Forschungsergebnisse nur in den reichen Regionen der Welt verwertbar gemacht werden. Natürlich ist die Verteilung von Impfstoffen nur bedingt mit der Schaffung einer Gesundheitsinfrastruktur zu vergleichen, in der HIV-Infizierte über Jahrzehnte täglich Medikamente erhalten könnten. Dennoch rufen angesichts der aktuellen globalen Verteilung der Corona-Impfstoffe insbesondere AIDS-Expert:innen dazu auf, mit der neuen Pandemie nicht die Fehler der Vergangenheit zu wiederholen.

Nachdrücklich wird gemahnt, dass eine dauerhafte Verbreitung von Corona-Infektionen in anderen Teilen der Welt zwangsläufig zu Mutationen und absehbar auch zu Resistenzen führen werde, vor denen sich auch Europa nicht wird schützen können. Doch ob mit diesem Argument, dass die globale Bekämpfung der Pandemie zu einem Interesse des Nordens erklärt, tatsächlich vergangene Fehler vermieden werden, scheint fraglich. Wichtiger wäre es anzuerkennen, dass der Umgang mit der Pandemie nicht von den noch immer bestehenden Ungleichheiten zwischen dem Globalen Süden und dem Globalen Norden zu trennen ist. Globale Krankheiten treffen eben weder die ganze Welt gleichermaßen, noch erweisen sie sich als die großen Gleichmacher. Vielmehr liegt die Globalität von Krankheiten oftmals gerade in der Unterschiedlichkeit, mit der sie verschiedene Weltregionen prägen.



La storia di Wu Lien-teh, padre della mascherina chirurgica

Oggi è un giorno importante e a ricordarcelo è Google, che con un doodle (la modifica temporanea del proprio logo effettuata per celebrazioni speciali), porta sulle nostre pagine web la storia di Wu Lien-teh, medico malese di origini cinesi nato esattamente 142 anni fa.

A Wu Lien-teh dobbiamo molto, specialmente in questo periodo di pandemia: è sua, infatti, l'invenzione della mascherina in cotone idrofilo, l'antenata dell'odierna N95, che il medico sviluppò nel 1911 per combattere la diffusione della peste in Manciuria.

Sebbene il primo utilizzo registrato di una mascherina chirurgica sia avvenuto già nel 1897 a Parigi, Wu Lien-teh può a tutti gli effetti essere ritenuto uno dei suoi inventori. Appurato che il morbo si diffondeva via aerea, sviluppò una mascherina con diversi strati di garza e cotone che filtrassero l'aria, supervisionando personalmente la produzione di oltre 60 mila esemplari. Dobbiamo ringraziare questo pioniere della sanità, dunque, per la diffusione di uno strumento così utile ai giorni nostri.



Wu Lien-teh, tra il 1910 e il 1915. © Wikipedia

Wu Lien-teh in breve

Nato il 10 marzo 1879 a Penang, città allora appartenente alle colonie britanniche in Malaysia, Wu Lien-teh aveva origini cinesi sia dal ramo paterno sia da quello materno. Nel 1896 fu ammesso all'Università di Cambridge dopo aver vinto la Queen's Scholarship, una prestigiosa borsa di studio. Fu il primo studente di origini cinesi a frequentare questa università dove ebbe un enorme successo e fu premiato con numerose altre borse di studio. Nel 1903 fece ritorno in Malaysia e quattro anni dopo si trasferì in Cina con la sua famiglia.

Tra il 1910 e il 1911, Wu Lien-teh venne inviato in Manciuria per investigare su una malattia misteriosa che aveva ucciso il 99,9% delle persone infettate. Dopo essersi accertato che il morbo si fosse diffuso per via aerea, il medico lo eradicò tramite la realizzazione delle mascherine e l'implementazione di rigide quarantene e norme igienico-sanitarie (come la disinfezione degli edifici e la cremazione delle vittime). In seguito, Wu sedette nei comitati consultivi della Società delle Nazioni e ricevette lauree honoris causa dalla Johns Hopkins University, dall'Università di Pechino, dall'Università di Hong Kong e da quella di Tokyo. Nel 1935 divenne il primo malese ad essere nominato per il premio Nobel per la medicina.

Continuò poi a lavorare come medico fino alla morte, avvenuta il 21 gennaio 1960 a Penang, la stessa città dove nacque.

©CdT.ch — Riproduzione riservata

Casa anziani Sementina: braccio di ferro col medico cantonale



Casa anziani Sementina: braccio di ferro col medico cantonale

Dopo i due rapporti critici sulla gestione Covid nella prima ondata con 21 decessi, la Direzione ha nuovamente contestato le conclusioni di Giorgio Merlani

È un autentico braccio di ferro quello in corso fra la Direzione generale e medica della casa anziani di Sementina e l'Ufficio del



medico cantonale diretto da **Giorgio Merlani**. Tema del contendere i 21 decessi per Covid registrati un anno fa tra gli ospiti durante la prima ondata pandemica. La struttura - i cui vertici, ricordiamo, sono penalmente indagati per le ipotesi di reato di omicidio colposo e violazione della legge sulle pandemie - sostiene di avere in quel periodo adeguatamente applicato le norme previste e le direttive emanate dal medico cantonale per contenere il diffondersi del virus, con alcune temporanee eccezioni. Invece l'Ufficio del medico cantonale in due rapporti redatti fra l'estate e l'autunno scorsi (qui le conclusioni) sostiene il contrario evidenziando una serie di gravi manchevolezze che hanno favorito il diffondersi del Covid fra collaboratori e da questi agli ospiti nei vari piani. Il secondo rapporto include peraltro le osservazioni che la Direzione della struttura ha redatto e spedito alla luce del primo rapporto, ciò che ha comunque portato l'Ufficio del medico cantonale a confermare la stragrande maggioranza delle critiche della prima ora.

Israele, minacce 'No Vax' a ricercatrice su vaccini



Figura di spicco nella lotta al Covid, la professoressa Galia Rahav — direttrice del laboratorio di ricerca sulle malattie infettive nel centro medico Sheba di Tel Aviv — è in questi giorni vittima di una campagna di odio e di minacce lanciata sul web dei 'No Vax'.

Mentre le autorità sanitarie ancora esaminano la possibilità di passare nei prossimi mesi alla vaccinazione anti-Covid di bambini, contro Rahav sono comparse accuse roventi. Fra queste, riferisce Yediot Ahronot, che sarebbe stata pagata dalla Pfizer per influenzare il ministero della Sanità. Qualcuno ha anche inviato alla professoressa, figlia di sopravvissuti alla Shoah, un messaggio esplicito: "Ti auguriamo che Dio ti prenda presto, Amen. Sarai la vicina di Hitler, nell'inferno". Il ministero della Sanità è rimasto scosso dalle espressioni di odio. In un comunicato ha ricordato oggi che la professoressa Rahav si tiene a sua disposizione "in totale volontariato". Ha aggiunto che nella sua lunga e apprezzata carriera "essa ha salvato migliaia di vite umane. Respingiamo con sdegno — ha concluso il ministero — le accuse vergognose che le vengono rivolte".

GenomSys apre una filiale a Lugano



GenomSys, società svizzera di software e tecnologie nel campo della genomica, ha aperto un nuovo ufficio a Lugano, «per attingere (e contribuire) al polo di innovazione in Ticino e per accelerare la propria crescita», segnala l'azienda in un comunicato.

La nuova filiale di GenomSys a Lugano si aggiunge all'ufficio già esistente nella Swiss Health Valley, un polo di innovazione tecnologica e genomica intorno ai centri di ricerca dell'Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne e dello Swiss Genome Center.

«Il nostro nuovo centro uffici in Ticino riflette la nostra mentalità — multiculturale, multidisciplinare e orientata al futuro, una piccola Svizzera in un'azienda, ed è allineato con i nostri ambiziosi obiettivi di crescita che richiedono nuovi talenti e competenze. Come persona che vive in Ticino da molti anni, sono anche orgoglioso di contribuire alla comunità di innovazione locale e alla creazione di un altro importante centro di innovazione in Svizzera con focus sul futuro della medicina umana», ha affermato il CEO di GenomSys Alessio Ascari.

«Lugano è stata scelta perché «business center» del Ticino», sottolinea GenomSys, «e come hub emergente per l'innovazione delle startup nella Tecnologia medica nel sud della Svizzera, oltre che per la vicinanza agli hub d'innovazione italiani di Milano. Lo sforzo mirato del Cantone, il recente sviluppo del Centro di Competenza Lifestyle-Tech e le iniziative dei centri di ricerca locali (USI e SUPSI) stanno creando una vivace comunità di innovatori nel digitale, nell'intelligenza artificiale e nella biotecnologia, a cui GenomSys è sia desiderosa di contribuire sia di attingere».

Luca Trotta nuovo Chief Scientific Officer

Luca Trotta, PhD in genetica, genetista medico e consulente scientifico con una lunga esperienza internazionale in genomica, ha iniziato a GenomSys come Chief Scientific Officer. «Col suo contributo», afferma l'azienda, «potremo perseguire la nostra visione, cioè contribuire alla missione di permettere applicazioni di medicina personalizzata per tutti (tramite lo studio del genoma, ndr) nel modo più conveniente, con il massimo rispetto della privacy degli individui».

©CdT.ch — Riproduzione riservata



Aumentano ancora i contagi in Ticino



Aumentano ancora i contagi in Ticino

Altri 94 casi nelle ultime 24 ore. Il bollettino del medico cantonale

Non accennano a calare i contagi da Covid-19 in Ticino. Nelle ultime 24 ore l'ufficio del medico cantonale ha registrato 94 nuovi positivi e un decesso nel nostro cantone.



Costi della salute troppo alti: ancora divergenze a Berna



Permangono delle divergenze tra i due rami del Parlamento nell'esame della revisione della LAMal volta a limitare i costi sanitari. Oggi il Consiglio nazionale si è avvicinato alla posizione degli Stati quanto ai forfait nelle cure ambulatoriali ma non sui progetti pilota.

Le due Camere sono d'accordo di incoraggiare le tariffe forfettarie nel settore ambulatoriale, una via promettente per la riduzione dei costi. A differenza degli Stati, il Nazionale non ha voluto consentire eccezioni.

La Camera del popolo ha però seguito quella dei cantoni lasciando ai partner tariffali la possibilità di concordare ulteriori forfait ambulatoriali. Ciò non rappresenta una concorrenza con gli altri forfait, ma consente di spingersi in settori che non sono coperti, ha affermato Pierre-Yves Maillard (PS/VD) a nome della commissione.

Circa le condizioni per l'attuazione di tali progetti pilota, il Nazionale ha ribadito la necessità di fissare dei paletti. «Non vogliamo concedere un assegno in bianco al Consiglio federale», ha affermato Philippe Nantermod (PLR/VS).

L'oggetto ritorna al Consiglio degli Stati.

©CdT.ch — Riproduzione riservata

Camere: costi sanità, sperimentazione animale e legge covid



Palazzo federale KEYSTONE/ANTHONY ANEX sda-ats

Questo contenuto è stato pubblicato il 10 marzo 2021 — 07:30 10 marzo 2021 — 07:30 (Keystone-ATS)

La giornata odierna al Consiglio nazionale (08.00–13.00 e 15.00–19.00) inizierà con l'esame, a livello di divergenze, della revisione della LAMal volta a limitare i costi sanitari. Le camere si oppongono per quel che concerne i progetti pilota in deroga alla legge.

Le discussioni proseguiranno con l'iniziativa popolare "Sì al divieto degli esperimenti sugli animali e sugli esseri umani — Sì ad approcci di ricerca che favoriscano la sicurezza e il progresso", che, come indica la sua denominazione, esige un divieto incondizionato della sperimentazione animale e della ricerca sugli esseri umani in Svizzera. Oggi i dibattiti saranno incentrati sull'opportunità o meno di affiancargli un controprogetto.

Il Consiglio degli Stati (08.15–13.00) inizierà la seduta con l'esame della modifica della legge sul riciclaggio di denaro. L'unica divergenza rimasta riguarda la nozione di "sospetto fondato".

I "senatori" affronteranno poi la legge federale concernente l'esecuzione delle convenzioni internazionali in ambito fiscale. Il suo scopo principale è garantire anche in futuro, tenendo conto del mutato paesaggio giuridico internazionale, un'esecuzione semplice delle cosiddette CDI, le convenzioni per evitare le doppie imposizioni.

La Camera dei cantoni tornerà anche ad affrontare la revisione urgente della legge covid-19. Una delle divergenze rimaste riguarda l'ammontare della diminuzione del fatturato che darebbe diritto a un sostegno per i "casi di rigore". Il Nazionale ritiene che una diminuzione del 25% sia sufficiente per qualificare un caso di rigore, gli Stati puntano al 40%. Le Camere si oppongono anche sulla quota a carico della Confederazione: 70% per la Camera del popolo, 80% per quella dei cantoni.



Parole chiave:

