

Sabato 12 SETTEMBRE 2015

Scandalo nascite. Più di un parto su tre col cesareo e la stragrande maggioranza dei punti nascita a rischio è ancora in funzione. L'Accordo Stato Regioni del 2010 è miseramente fallito

A quasi cinque anni dall'Accordo che prevedeva di ridurre al 20% i cesarei e di chiudere i punti nascita con meno di 500 letti perché considerati poco sicuri, non è cambiato nulla. I cesarei sono ancora il 35,9% del totale (erano il 38,2 nel 2010) e i punti nascita troppo piccoli rappresentano tuttora il 28,1% del totale con una riduzione, rispetto al 2010, di appena lo 0,8%.

Ancora troppi parti cesarei e ancora troppi punti nascita piccoli e poco sicuri. A distanza di quasi cinque anni [dall'Accordo Stato Regioni del dicembre 2010](#), fortemente voluto dall'allora ministro della Salute **Ferruccio Fazio**, i due principali target da raggiungere, e cioè l'abbattimento delle percentuali di ricorso al cesareo per avvicinarsi allo standard del 20% stabilito dal Piano sanitario nazionale e la chiusura dei punti nascita con meno di 500 parti l'anno, non sono stati ancora raggiunti.

Anzi, a leggere gli ultimi dati delle [Schede di dimissioni ospedaliere relative al 2014](#) e da poco pubblicate dal ministero della Salute, sembra proprio che in questi anni si sia fatto poco o nulla. I punti nascita con meno di 500 letti, che l'accordo del dicembre 2010 prevedeva fossero chiusi salvo casi eccezionali e che allora erano il 28,9% del totale, oggi sono il 28,1%. I parti cesarei che rappresentavano, sempre nel 2010, il 38,2% del totale oggi sono ancora il 35,9%.

Tutti numeri di un flop. Nel [2010](#), come abbiamo appena visto, i cesarei sono stati in totale il 38,2% dei parti (i cesarei primari il 25,6%). A distanza di 4 anni, nel [2014](#) i cesarei sono scesi solo al 35,9% (i cesarei primari al 22,9%).

Nello specifico considerando nell'analisi il taglio cesareo, nel 2014 superano la media italiana di 35,9% otto regioni. In testa c'è la Campania con il 62,3% seguita da Sicilia e Puglia con il 44%. A seguire troviamo il Molise con il 43,7%, il Lazio (39,4%), Sardegna (38,5%), Basilicata (38,2%), Abruzzo (36,8%). Le regioni invece sotto la media sono il Friuli con il 22,2% di parti cesarei, poi c'è la Pa di Bolzano (24,1%), il Veneto (25,2%), la Pa di Trento (25,7%), la Toscana (26,5%), l'Emilia Romagna (27,1%), la Lombardia (28,2%), il Piemonte (28,4%), l'Umbria (31,5%), la Valle d'Aosta (31,7%), le Marche (34,6%), la Liguria (34,7%) e la Calabria con il 35,4% di parti cesarei.

Stesso discorso per quanto riguarda le strutture con meno di 500 parti l'anno. Erano il 28,9% nel 2010, nel 2014 sono il 28,1%. E dire che di punti nascita ne sono stati tagliati parecchi (dai 598 del 2010 si è scesi ai 531 del 2014) e le misure normative parlano chiaro. In ogni caso nei 531 punti nascita presenti nel 2014 la media di quelli con meno di 500 parti è del 28,1%, uno su tre.

A livello regionale, in 'testa' c'è la Pa di Trento con il 72,4% dei punti nascita che fa meno di 500 parti. A seguire c'è il Molise con il 66,6%, la Sardegna con il 57,9%, l'Umbria con il 55,5%. Poi troviamo la Pa Bolzano (42,9%), la Sicilia (33,9%), la Basilicata e il Lazio con il 33,3%. Seguite da Toscana (31%),

Emilia Romagna (30%), Campania (29,9%)e Veneto (28,6%). Sotto la media le Marche (25%), il Friuli (18,2%), la Lombardia (17,8%), seguita da: Puglia (17,6%), Piemonte (17,2%), Abruzzo (16,7%) e Calabria con il 12,5%. Infine, solo la Val d'Aosta e la Liguria non hanno nessuna struttura che fa meno di 500 parti l'anno.

Luciano Fassari

“Morta a 2 mesi per colpa di un ago”

Roma, la piccola nata prematura al Policlinico Umberto I era ricoverata al Bambino Gesù dove aveva già subito l'amputazione di un avambraccio per una grave infezione. La procura apre un'inchiesta per omicidio colposo

FRANCESCO SALVATORE

ROMA. Prima l'amputazione del piccolo avambraccio, a causa di una necrosi causata probabilmente da un ago cannula mal sistemato. Poi, a distanza di un mese, la morte. Ha smesso di vivere e lottare la piccola Valentina (nome di fantasia), la bimba nata prematura di sei mesi lo scorso primo luglio a Roma, al Policlinico Umberto I. La neonata è morta domenica all'ospedale Bambino Gesù, dove era ricoverata da circa metà luglio e dove a inizio agosto si era dovuta sottoporre ad un intervento di amputazione dell'avambraccio sinistro. Il braccino, infatti, le era andato in necrosi due settimane prima, all'Umberto I, dove la piccola era tenuta all'interno di un'incubatrice e alimentata con un sondino.

Sulla vicenda la procura di Roma ha aperto un'inchiesta, ancora senza indagati, con l'accusa di omicidio colposo. Lo scorso mese i pm Delia Cardia e Attilio Pisani avevano ricevuto la denuncia dei genitori della neonata, una coppia di origine romana, assistita dall'avvocato Marco Frazzini. I magistrati avevano sequestrato la cartella clinica e iscritto il fascicolo per lesioni colpose.

Due giorni fa, invece, è stata compiuta l'autopsia sul corpicino. I quesiti che sono stati posti al medico legale e ai consulenti sono le cause della morte prematura e di chi siano le responsabilità per l'amputazione del braccio. L'ipotesi della procura è che all'interno del reparto di terapia intensiva neonatale dell'Umberto I qualcuno abbia commesso un errore, sistemando male l'ago cannula sotto l'ascella della neonata. Sul perché della morte della bimba, invece, che nonostante la disgrazia stava crescendo e prendendo peso, ancora è tutto aperto.

La piccola Valentina viene al mondo il primo luglio, con un peso di appena 600 grammi, dopo essere stata solo sei mesi all'interno del ventre materno. La bimba viene subito sistemata in una incubatrice e, per due settimane, i suoi parametri vitali sono regolari. Intorno al 15 luglio i medici si accorgono che qualcosa non va, che il braccio sinistro della piccola sta andando in necrosi. Il 18 luglio viene disposto il trasferimento d'urgenza in un ospedale specializzato, con una strumentazione più adeguata, il Bambino Gesù. Due settimane più tardi, i primi di agosto, i camici bianchi si rendono conto di dover compiere un intervento drastico: l'infezione rischia di propagarsi a tutto l'arto e quindi è necessaria un'amputazione a livello dell'avambraccio. I genitori a malincuore firmano l'autorizzazione. L'operazione va a buon fine e la bimba viene di nuovo ricoverata in terapia intensiva. Il suo peso col tempo aumenta, così come la speranza. I genitori la vedono crescere nell'incubatrice e Valentina arriva a un chilo e mezzo. Il sogno di vederla vivere però impatta con la realtà: un'infezione ne causa la morte. Solo alcuni giorni prima la mamma era riuscita a prenderla in braccio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



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

Gli over 60 fanno pochi controlli contro l'Aids

Gli uomini di oltre sessanta anni ricorrono meno di frequente al test dell'HIV, il virus dell'AIDS, rispetto ai più giovani. A dirlo è uno studio retrospettivo dell'Università australiana di Adelaide condotto per un periodo di 13 anni su oltre 29 mila uomini, di cui 689 over 60. I risultati dello studio, apparso sulla rivista scientifica *Sexual Health*, sono in linea con i dati più recenti che mostrano un aumento della diffusione di malattie sessualmente trasmissibili, dette anche malattie veneree (MST), nella popolazione non più giovane.

GLI ANZIANI SONO A RISCHIO QUANTO I GIOVANI

«Le malattie sessualmente trasmissibili sono state considerate soprattutto come un problema di salute per i giovani, perché l'incidenza è più alta e maggiori sono le conseguenze sulla salute, comprese le implicazioni per la fertilità», ha affermato la dottoressa Carol Khaw della scuola di medicina dell'Università di Adelaide e dell'Unità Malattie Infettive del Royal Adelaide Hospital e responsabile dello studio. «Tuttavia, il potenziale per un aumento di casi di MST in adulti più anziani esiste a causa dell'attività sessuale in corso».

IN CHE COSA CONSISTE IL TESTA PER L'HIV

Lo studio ha mostrato che gli uomini più anziani (che hanno rapporti sessuali con uomini e che hanno rapporti sessuali con donne) avevano minor probabilità di essersi sottoposti ad un test dell'HIV negli ultimi 12 mesi rispetto agli uomini più giovani. Nei pazienti con sindrome da immunodeficienza acquisita (Aids) le difese immunitarie normalmente presenti nell'organismo sono fortemente indebolite a causa del virus Hiv (Human immunodeficiency virus). Il loro organismo non riesce a contrastare bene infezioni e malattie. Per sapere se si è stati contagiati dall'HIV è sufficiente un prelievo del sangue per la ricerca degli anticorpi anti-HIV.

GLI OVER 60 DEVONO FARE PIÙ CONTROLLI

«Nel complesso, i risultati di questo studio suggeriscono che gli uomini più anziani possono essere meno consapevoli della loro salute sessuale rispetto alla popolazione più giovane», spiega la dottoressa Khaw aggiungendo che, così agendo, essi si espongono anche al rischio di complicanze. L'appello lanciato dagli autori è che gli over sessanta dovrebbero essere incoraggiati e supportati nel controllarsi di più. E adottare metodi di prevenzione del contagio.

DAL 28 SETTEMBRE AL 3 OTTOBRE: SETTIMANA DEL BENESSERE SESSUALE

L'Annual epidemiological report del 2014 pubblicato dall'European Centre for Disease prevention and Control (ECDC) lo scorso maggio mostra che le MST sono in aumento in Europa. E la prevenzione non è così diffusa come dovrebbe. In Italia, la fotografia scattata dalla Federazione italiana di sessuologia scientifica (Fiss) in occasione della seconda edizione della Settimana del benessere sessuale che si svolgerà nel nostro paese dal 28 settembre al 3 ottobre mostra che il preservativo non è amato dagli italiani.

I DATI SULL'UTILIZZO DEL PRESERVATIVO

L'indagine, condotta su un campione di 800 persone, mostra che gli uomini che non lo usano lo fanno perché diminuisce il piacere (45%), il 9,5% ammette che ha paura di non mantenere l'erezione nell'indossarlo, l'1% invece rinuncia perché costa troppo. Eppure, anche gli uomini che non ne fanno uso, sanno che il rischio di contrarre infezioni sessualmente trasmissibili è alto (46,8%) mentre il 28,50% ritiene che sia basso.

Tumori, meno del 50% dei centri esegue il numero minimo di interventi



12 settembre 2015

La chirurgia è il caposaldo dell'approccio multidisciplinare ai tumori solidi e, come ampiamente dimostrato dalla letteratura internazionale, è determinante per il successo globale del trattamento i cui risultati sono espressi in termini di morbilità e mortalità.

Un'importante valutazione delle criticità in chirurgia oncologica è stata compiuta nell'ambito del Programma Nazionale Esiti di AGENAS - Ministero della Salute. Nel Programma è stato preso in considerazione il rapporto tra volume di interventi eseguiti e mortalità entro 30 giorni, riferiti all'attività dei Centri Ospedalieri e Universitari nel 2013.

"I risultati sono eclatanti - dichiara il Prof. Alfredo Garofalo, Past President Società Italiana di Chirurgia Oncologica (SICO) - per il colon retto, la mortalità post operatoria a 30 giorni passa dal 15% a meno del 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi l'anno; per lo stomaco, la mortalità post operatoria a 30 giorni si dimezza passando da più del 20% a meno del 10% quando il volume di attività raggiunge i 20/30 interventi l'anno; per il polmone la mortalità post operatoria a 30 giorni diminuisce decisamente dal 20 a circa il 5% quando il volume di attività raggiunge i 50/70 interventi annui; per la mammella - non potendosi attendere una mortalità operatoria da questo tipo di intervento - le linee guida internazionali dettate da EUSOMA identificano in 150 interventi annui la soglia minima di attività per definire la Breast Unit".

Nel 2013 un Gruppo di Lavoro formato da esperti della SICO, della Federazione italiana della Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO) e del Ministero della Salute ha individuato una metodologia rigorosa per stabilire, anche sulla base delle SDO, i volumi minimi teorici di attività per singola patologia oncologica, al di sopra dei quali le sole strutture chirurgiche che ne sono in possesso dovrebbero essere abilitate ad affrontare le patologie in oggetto.

I risultati sono sfociati in www.oncoguida.it, il sito realizzato da AIMaC, Ministero della Salute e ISS, che consente a tutti gli utenti di individuare con rigore metodologico e facilità i Centri di Chirurgia Oncologica i cui volumi di attività per tipo di neoplasia siano garanzia di prestazioni che garantiscano sicurezza e qualità. A

testimonianza della validità del lavoro svolto, il raffronto tra i risultati ottenuti dal Gruppo di Lavoro FAVO – SICO – Ministero della Salute con i dati dell'AGENAS porta a conclusioni analoghe.

“Oncoguida – dichiara il Prof. Francesco De Lorenzo, presidente FAVO - è lo strumento informativo per consentire al malato di cancro e ai familiari di scegliere i centri “ad alto volume di attività” che assicurino affidabilità ed adeguato standard assistenziale: più alto è il numero degli interventi eseguiti, maggiore è l'affidabilità del Centro”.

Si chiude oggi a Napoli il XXXVIII Congresso SICO - I^a Conferenza Internazionale dell'Oncologia Chirurgica, organizzato dalla SICO. Significativi i dati della Campania:

- su 98 centri che trattano chirurgicamente il cancro del colon retto, solo 8 superano la soglia di garanzia stabilita (80 casi per anno), mentre ben 25 centri hanno effettuato solamente da 1 a 10 interventi.

- su 92 centri che trattano chirurgicamente il cancro della mammella, solo 8 superano la soglia (80 casi per anno) e ben 47 (il 51%) hanno effettuato solamente da 1 a 10 interventi

- su 54 centri che trattano chirurgicamente il cancro del polmone, solo 7 superano la soglia (80 casi per anno) e ben 39 (il 72%) hanno effettuato solamente da 1 a 10 interventi

- su 42 centri che trattano chirurgicamente il cancro della prostata, solo 6 superano la soglia (80 casi per anno) e 11 (il 26%) hanno effettuato solamente da 1 a 10 interventi

- su 48 centri che trattano chirurgicamente il cancro del fegato, solo 8 superano la soglia (40 casi per anno) e 24 (il 52%) ne fanno meno di 5

A preoccuparsi però non devono essere solo i cittadini della Campania. Non vi sono infatti sostanziali differenze tra nord e sud. “Ad esempio, con riferimento al trattamento del colon retto – aggiunge il Prof. Garofalo – soltanto in 9 regioni si supera il 20% di centri con un volume di attività uguale o superiore alla soglia minima stabilita (cut off) mentre in altre 9 regioni la percentuale di centri con un volume di attività uguale o superiore al cut off è molto più bassa; ne consegue che nella più favorevole delle ipotesi solo 1 centro su 5 tra quelli che trattano abitualmente il tumore del colon retto ha il volume di attività necessario ad assicurare buoni risultati e comunque il dato si registra solo in metà delle Regioni; dall'11 al 46% dei centri tratta meno di 10 casi per anno”.

Il processo di riorganizzazione delle reti ospedaliere, per quanto riguarda l'oncologia chirurgica, non può prescindere dai risultati degli studi AGENAS e FAVO-SICO, considerando i volumi minimi di attività chirurgica come cut off iniziale per individuare i relativi Centri di Riferimento per Patologia e procedere conseguentemente al ridimensionamento dei posti letto e delle risorse. Il problema dell'adeguatezza in chirurgia è cruciale per il buon esito del trattamento terapeutico dei malati di cancro. Il chirurgo oncologo deve essere in grado di esprimere performance adeguate in grado di ottenere i migliori risultati di sopravvivenza registrati in letteratura.

Un intervento chirurgico non adeguato o una strategia integrata non applicata possono compromettere definitivamente l'esito delle cure, comportando ulteriore utilizzo di risorse con ricadute molto negative anche sulla spesa sanitaria, a causa di malati che andranno inevitabilmente in progressione di malattia, obbligando gli specialisti a tentativi terapeutici disperati o a interventi di salvataggio.

“Rispetto alle gravi inadempienze delle regioni a chiudere i centri che non assicurano risultati ottimali ai malati di cancro, con i rischi che ne derivano - conclude De Lorenzo - le associazioni dei pazienti chiedono a tutti coloro che devono affrontare un intervento di chirurgia oncologica di documentarsi attentamente su www.oncoguida.it scegliendo esclusivamente i centri a più alto volume di casi trattati. Ciò potrebbe comportare automaticamente, e anche senza alcun intervento da parte delle Istituzioni, la disattivazione dei centri a maggior rischio”.

[chiudi questa finestra]

Il mozzicone gigante arriva a Milano. L'iniziativa patrocinata da AIPO.



11 settembre 2015

“Esci dal tunnel non bruciarti il futuro”. Questo il titolo della campagna itinerante di prevenzione e informazione sui rischi legati al fumo e di sensibilizzazione sul tumore del polmone promossa da Walce Onlus (Women Against Lung Cancer in Europe), l'associazione europea dedicata alle persone con tumore del polmone e ai loro familiari, che farà tappa a Milano, in Piazza Cadorna il 19 e 20 Settembre prossimi.

A dominare la piazza sarà uno stand a forma di mozzicone di sigaretta gigante. Un vero e proprio tunnel di struttura cilindrica alto 3 mt e lungo 14 mt costituito da tre parti: una che riproduce il filtro della sigaretta, una bianca intermedia e una finale annerita dalla combustione.

All'interno del tunnel è stato allestito un percorso che parte da un desk di accoglienza, una parte sanitaria dove sarà possibile effettuare un esame del respiro e richiedere il consulto di un medico specializzato in malattie dell'apparato respiratorio; nell'ultima parte, in corrispondenza dell'uscita dal tunnel, saranno consegnati materiali informativi e gadget.

“Sarà sempre presente un medico pneumologo e sarà possibile fare un test spirometrico gratuito: un esame semplice e veloce da eseguire, che misura la capacità respiratoria della persona” spiega Silvia Novello presidente WALCE Onlus e docente nel Dipartimento di Oncologia Polmonare all'Università di Torino. “Nel tunnel, il cittadino riceverà informazioni sui contenuti nocivi del fumo di sigaretta (sono ben 4000 le sostanze tossiche!) e sui reali danni che provoca; a partire dal tumore al polmone, che ha colpito solo in Italia 40mila persone nel 2014, con più di 33mila decessi”.

In prima fila fra i sostenitori dell'iniziativa, l'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO), che ha patrocinato l'iniziativa e ha dato il suo contributo stimolando la presenza volontaria di pneumologi e di personale sanitario grazie ai quali sarà possibile eseguire spirometrie a chiunque sia interessato e commentare i risultati.

“Si tratta di un'iniziativa di carattere educativo di elevato impatto sulla salute pubblica” commenta Cristina

Cinti, del Gruppo di Studio AIPO Educazionale, Prevenzione ed Epidemiologia che sarà presente come medico pneumologo ed effettuerà spirometrie all'interno dello stand. "La lotta al tabagismo è ormai una priorità per chi si occupa di salute pubblica e la campagna promossa da Walce Onlus e patrocinata da AIPO è un esempio di come le Associazioni possano collaborare in maniera sinergica per un obiettivo comune. Nelle giornate di sabato 19 e domenica 20 settembre, dalle 10 alle 18.30, i cittadini avranno la possibilità di aumentare la loro conoscenza circa i danni del fumo di sigaretta, avere consigli su come smettere di fumare ed eseguire gratuitamente un esame spirometrico in grado di fotografare lo stato di salute dei loro polmoni. Un'occasione da non perdere" commenta la pneumologa.

"Non dimentichiamo inoltre l'imponente lavoro di allestimento dello stand che ha richiesto l'intervento di più figure professionali che consente di comunicare in maniera diretta e semplice con il cittadino che entra dalla parte del filtro ed esce da quella combusta. Durante il percorso, da un estremo all'altro della grande sigaretta spenta, il cittadino avrà la possibilità di visionare materiale educativo e di comprendere i rischi correlati al fumo con migliori possibilità di uscire dal tunnel del tabagismo" conclude Cristina Cinti.

Ufficio Stampa AIPO

[chiudi questa finestra]

<http://www.adnkronos.com/>

Mangiare male è la prima causa di morte prematura nel mondo



Mangiare male è la prima causa di morte prematura nel mondo. Mettere in tavola i cibi sbagliati - **troppa carne rossa e molte bevande zuccherate,** e **quantità insufficienti di verdura, cereali, frutta fresca e secca** - è la scelta che uccide prima del tempo il maggior numero di persone nel pianeta, aumentando l'incidenza di **malattie cardiovascolari, ictus e diabete.** In particolare l'**ipertensione,** killer diretto numero uno, ha tra i fattori di rischio chiave proprio la dieta scorretta, insieme alla vita sedentaria e all'**obesità.**

A riscrivere **la classifica dei 'sicari' della salute** è un maxi-studio condotto negli Usa dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (Imhe), che analizzando i **dati raccolti in 188 Paesi dal 1990 al 2013** ha aggiornato il Global Burden of Disease del 2010, considerato il report internazionale più autorevole sulle cause di malattia.

Nel 2013 - si legge fra i risultati del rapporto - ben **11,3 milioni di decessi sono risultati associati a una dieta scorretta,** la prima voce tra le 6 principali. Seguono pressione alta sistolica (10,4 milioni di morti), fumo (6,1 milioni di morti), smog (5,5 mln), alto indice di massa corporea-Bmi (4,4 mln) e malnutrizione materna e infantile

(1,7 mln). In generale, gli autori del rapporto hanno osservato che complessivamente i fattori di rischio per morte prematura sono passati nel periodo considerato da 67 a 79, nonostante la riduzione registrata in alcune singole nazioni.

Il 'podio' delle principali cause di morte prematura cambia ovviamente in base all'area geografica esaminata. Un caso a parte è rappresentato ad esempio dall'Africa sub-sahariana, dove sul conto dei decessi pesa un insieme di fattori che include malnutrizione materna e infantile, rapporti sessuali a rischio, acqua contaminata, problemi igienici.

Per quanto riguarda le **donne**, in quasi tutti i Paesi di America, Nord Africa e Medio Oriente, e in molte altre nazioni ad alto reddito, il primo fattore di rischio è il Bmi elevato, mentre la pressione alta guida la classifica nella maggior parte dell'Europa Centrale e dell'Est, e nel Sud e Sudest asiatico. Quanto invece agli **uomini**, la pressione alta e il fumo sono la prima causa di morte prematura in quasi tutti i Paesi ad alto reddito, in Nord Africa, Medio Oriente, Europa e Asia. Infine, sull'asse Kenya-Sudafrica i rapporti sessuali a rischio sono primi nella lista sia per la popolazione femminile che per la maschile.

"Fattori comportamentali, ambientali, occupazionali e rischi metabolici possono spiegare la metà della mortalità globale, offrendo dunque **ampi margini di prevenzione**", osservano gli studiosi. "Tra i primi fattori di rischio, in 23 anni l'impatto di un Bmi è cresciuto in modo particolare", aggiungono. "C'è un grande potenziale di miglioramento della salute - dichiara al quotidiano britannico Guardian il direttore dell'Imha, Christopher Murray - evitando alcuni fattori di rischio come il fumo e la cattiva alimentazione, e affrontando i fattori di rischio ambientali come l'inquinamento atmosferico. **La sfida per i decisori politici** sarà proprio quella di mettere a frutto quanto sappiamo per guidare gli sforzi in prevenzione e politiche sanitarie".

Domande e risposte d'attualità

IN AMERICA SI OFFRE UN INCENTIVO ECONOMICO A CHI SMETTE DI FUMARE. ACCADRÀ ANCHE DA NOI?



Risponde
MARCO ALLOISIO
presidente della Lega
italiana per la lotta
contro i tumori - Milano

Negli Stati Uniti si pensa che promettendo denaro ai cittadini questi tronchino con le sigarette. Ma è un metodo che funziona per battere il tabagismo?

Progetti come quello statunitense e britannico sono già stati condotti in Europa e Italia in anni recenti: si trattava di progetti-pilota volti a indagare l'effettiva efficacia degli incentivi economici sui fumatori che desideravano smettere. Ebbene, i risultati sono stati

deludenti e non hanno portato a vantaggi reali e duraturi, con in più lo svantaggio degli alti costi dell'operazione. A mio avviso, la disincentivazione al fumo si fa in altro modo: ad esempio, l'aumento del prezzo delle sigarette ha portato a qualche beneficio, così come la

legge Sirchia, che ha proibito il fumo nei luoghi pubblici, ha sensibilmente ridotto il problema del tabagismo. Inoltre, considero piuttosto diseducativo dare incentivi economici, bonus, buoni acquisto o quant'altro a chi smette di fumare: oltretutto, si è visto che la maggioranza di questi riprende il vizio dopo soli tre mesi, ma per considerarsi "veri" ex fumatori devono essere

passati almeno tre anni dall'ultima sigaretta. I soldi, insomma, sono solo un palliativo e portano a risultati illusori e parziali. Io piuttosto lavorerei sulla prevenzione, innanzitutto nelle scuole: gli ultimi dati ci dicono che l'età del primo tiro di sigaretta si è pericolosamente abbassata agli 11/12 anni. Poi andrebbero fatte campagne di prevenzione secondarie, le cosiddette diagnosi precoci.

IN CRISI

Sempre più italiani risparmiano anche dal medico

■ Gli italiani spendono sempre meno per curarsi, e anche per le visite mediche e prestazioni in intramoenia: nel 2013 il calo della spesa procapite è stata del 6,7% in meno rispetto al 2012. Cala di pari passo il ricavo degli ospedali, sceso in 4 anni del 9%, ma con una 'picchiata' del -6,2% nel 2013. È quanto emerge dalla Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria consegnata dal Ministero della Salute al Parlamento. Ogni italiano nel 2009 spendeva in media 21 euro l'anno per prestazioni che il medico svolge al di fuori del normale orario di lavoro in ospedale, passati a 19 nel 2013. Differenze grandi tra le regioni: si spendono oltre 30 euro in Toscana e sotto il 9 in Calabria.



Sanità. Nel primo anno di legge Balduzzi Scende l'incasso per le prestazioni in «intramoenia»

933 milioni

I compensi 2013
Incasso totale per i medici che
hanno esercitato in intramoenia
Lucilla Vazza

■ **Libera-professione intramoenia** più povera per i medici pubblici. Nel 2013 hanno incassato 933 milioni di euro, circa 76 in meno di un anno prima. Con un guadagno medio pro-capite di 16.814 euro, dai 23mila dell'Emilia-Romagna ai 6.173 dei medici calabresi. Le aziende per le quali i medici lavorano hanno trattenuto nei propri bilanci 218 milioni. Così il "giro d'affari" totale della libera professione "dentro le mura" ha toccato quota 1,15 miliardi (77 milioni meno del 2012). Dividendo il gettito per il numero dei cittadini, emerge che gli italiani hanno sborsato in media a testa 19,3 euro, circa due meno del 2012. Un dato che schizzerebbe a valori ben superiori se riferiti ai soli pazienti che hanno fatto effettivamente ricorso alle prestazioni a pagamento nel Ssn.

Questi sono i risultati dell'ultima rilevazione del **ministero della Salute**, la prima che tiene conto delle novità introdotte dalla "legge Balduzzi" (158/2012). Un quadro che testimonia delle solite e marcatissime differenze territoriali, con le regioni meridionali che arrancano anche nella creazione e nella messa disposizione di strutture e spazi appositamente dedicati per medici e assistiti.

La legge ha previsto una tabella di marcia per risolvere la situazione delle strutture estanziate risorse ad hoc. Finora sono

stati spesi oltre 750 milioni e sette Regioni sono pronte a scendere in pista. Le altre si stanno attrezzando. In questo modo, tutte le prestazioni libero-professionali saranno svolte nelle strutture delle aziende sanitarie e non in spazi esterni come è avvenuto negli ultimi anni.

Questo dovrebbe migliorare la situazione anche nelle aree dove tradizionalmente si fa poca attività intramoenia. Dove funziona, come in Emilia-Romagna, i cittadini hanno pagato 31,6 euro a testa; dove manca, come in Calabria, la spesa pro capite precipita a 4,8 euro. Eppure, i numeri parlano di una grande richiesta di specialistica, che vale il 65,8% delle prestazioni effettuate in intramoenia, in minimo calo rispetto al 2012 (65,5%).

A pesare sui dati, probabilmente sono gli effetti della crisi economica, ma anche la disorganizzazione. Una situazione evidente nel Lazio, dove i cittadini sono passati da 26 euro di spesa pro-capite a 21,9 del 2013. E il trend, sebbene meno clamoroso, si ripete in Toscana, dove da un dato record di 32,1 euro nel 2012 si scende al più contenuto 30,2 del 2013.

La frenata nel modello intramoenia c'è, ma fa meno rumore nelle regioni dove questo sistema è più radicato. Per i 55mila medici pubblici (circa la metà del totale) che prendono questa strada resta l'incognita del futuro. Gli effetti della "legge Balduzzi" sono appena percepibili, afferma il rapporto. Le rilevazioni 2014 potranno fornire un quadro più chiaro. Magari anche sulla tracciabilità e la trasparenza dei compensi percepiti.

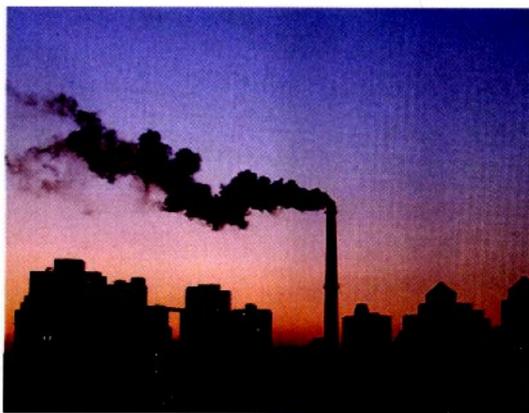
© RIPRODUZIONE RISERVATA



AMBIENTE&SALUTE

Lo smog fa male ai cuori giovani

L'inquinamento danneggia il cuore e favorisce l'infarto. La (ri)conferma giunge da due nuovi studi presentati al congresso della European Society of Cardiology (*escardio.org*). Nel primo, i ricercatori dell'Università Jagellonian, in Polonia, hanno confrontato i marcatori del rischio cardiovascolare in quasi mille giovani (16-22 anni) di due città con un diverso tasso di inquinanti - Cracovia e Lublino (circa la metà, negli ultimi dieci anni) - evidenziando nei ragazzi della prima un significativo aumento rispetto agli altri. Nel secondo, la rilevazione, effettuata in Belgio mettendo in relazione oltre 11 mila ricoveri per infarto con i livelli di particolato e gas pericolosi, dimostra che a incrementi dello smog corrisponde sempre un crescita dei casi di infarto. Spiega Elena Fattore, dell'Istituto Mario Negri di Milano: «Questi studi sottolineano che anche al di sotto degli standard internazionali, l'inquinamento incide sul rischio cardiovascolare. In più, la ricerca polacca indica che il fenomeno si verifica già in giovane età». *Agnese Codignola*



13 SETTEMBRE 2015

Studio SPRINT: abbassare la pressione sistolica a meno 120 mmHg riduce di un terzo infarti e ictus e può salvare molte vite

Un trattamento aggressivo della pressione arteriosa, mirato ad una sistolica pari o inferiore a 120 mmHg, riduce di un terzo ictus e infarti e di un quarto la mortalità negli ipertesi dai 50 anni in su. Sono i risultati dello studio SPRINT. Il trial, finanziato dai National Health Institutes, suggerisce dunque di abbassare sensibilmente l'asticella del target di sistolica previsto dalle attuali linee guida, portandolo da 140 a 120 mmHg.

E' un'altalena di numeri quella che si legge negli ultimi anni nelle raccomandazioni degli esperti circa i valori *target* da raggiungere con il trattamento antipertensivo. C'è stato il periodo del trattamento aggressivo, poi le linee guida si sono ammorbidite, in un *revival* della 'curva J', cioè nel timore che spingere troppo in basso i valori pressori potesse far aumentare il rischio cardiovascolare, anziché continuare a ridurlo. Perché infatti, mentre è ormai chiaro che ridurre i valori di colesterolo fin quasi all'infinito, è un'azione che si associa ad una riduzione continua del rischio cardiovascolare, per la pressione arteriosa, il giudizio definitivo di quale sia il valore ideale da raggiungere è molto più incerto. Su questo sfondo irrompono i risultati dello SPRINT (*Systolic Blood Pressure Intervention Trial*), uno studio indipendente, di quelli che gli americani chiamano in maniera pomposa '*landmark*', cioè 'pietra miliare', finanziato e voluto dai *National Institutes of Health* americani e interrotto precocemente, vista l'eccezionale rilevanza di questi risultati.

Il concetto espresso dai risultati dello SPRINT è che un trattamento più aggressivo della pressione arteriosa, mirato a portare i valori di sistolica ben al di sotto del *target* indicati dalle attuali linee guida, riduce in maniera significativa il tasso di malattie cardiovascolari e quello di mortalità, negli ipertesi adulti dai 50 anni in su.

Portare la sistolica al di sotto di 120 mmHg nella popolazione dello SPRINT ha ridotto infatti di circa un terzo i tassi di eventi cardiovascolari (infarti e scompenso cardiaco) e di ictus, mentre ha abbattuto di un quarto il rischio di mortalità, rispetto a quanti erano stati trattati secondo il target sistolico previsto dalle attuali linee guida, ovvero 140 mmHg.

“Questo studio – commenta **Gary H. Gibbons**, direttore del *National Heart, Lung, and Blood Institute* (NHLBI), principale sponsor dello SPRINT – offre delle informazioni potenzialmente salva-vita che saranno utili ai medici nel considerare le migliori opzioni terapeutiche per alcuni dei loro pazienti, in particolare per gli ultra-50enni. Siamo molto contenti di aver raggiunto questo importante traguardo e di averlo fatto prima della durata prevista dello studio. Ora siamo ansiosi di comunicarne al più presto i risultati completi per migliorare la cura dei pazienti e andare ad influenzare le future linee guida basate sull'evidenza”.

Lo studio SPRINT ha valutato i benefici di raggiungere un *target* più stringente di pressione sistolica nei pazienti dai 50 anni in su, con aumentato rischio di cardiopatia o di nefropatia. I risultati dimostrano che in valore di sistolica di 120 mmHg, raggiunto con un intervento terapeutico più aggressivo, potrebbe alla fine portare a salvare molte vite tra quegli ultra-50enni, che presentino, oltre all'ipertensione arteriosa, anche un fattore di rischio aggiuntivo per cardiopatia ischemica.

Iniziato nell'autunno del 2009, lo studio ha arruolato, presso un centinaio di centri e ambulatori medici negli USA e a Puerto Rico, oltre 9.300 pazienti di età pari o superiore ai 50 anni. Tra la popolazione arruolata non figuravano pazienti con pregressi ictus, né con diabete o con rene policistico.

E' il più vasto studio mai realizzato ad aver valutato come, mantenere i valori di sistolica al di sotto del livello comunemente raccomandato dalle linee guida (inferiore a 140 mmHg per la popolazione generale e inferiore a 130 mmHg per la popolazione con diabete o con malattia renale), possa avere un impatto sulle malattie cardiovascolari e renali. Lo studio è stato interrotto precocemente dai NIH per poterne comunicare immediatamente questi risultati preliminari così importanti.

I pazienti arruolati sono stati randomizzati a due gruppi di trattamento che differivano in base al *target* pressorio da raggiungere; per il primo gruppo l'obiettivo di sistolica è stato fissato al di sotto di 140 mmHg e i pazienti sono stati trattati in media con due farmaci. Nel gruppo 'trattamento aggressivo' invece l'obiettivo di sistolica da raggiungere è stato fissato su valori pari o inferiori ai 120 mmHg e per farlo sono stati utilizzati in media tre farmaci antipertensivi in associazione.

“Questi risultati – commenta **Lawrence Fine**, direttore del settore *Clinical Applications and Prevention* del NHLBI – forniscono la prova che ridurre la pressione a *target* inferiori, nei soggetti anziani o ad alto rischio, può apportare grandi benefici. Ma i pazienti tuttavia dovrebbero consultarsi con il loro medico per valutare se questi obiettivi più stringenti siano realmente adatti a loro”.

I risultati completi dello studio valuteranno anche le ricadute di una sistolica più contenuta sui tassi di nefropatia, funzione cognitiva e demenza. Ma per questi bisognerà attendere il prossimo anno, mentre i risultati preliminari, già rivelati, verranno pubblicati nei prossimi mesi.

“i risultati preliminari dello studio SPRINT – ha commentato **Kim Allan Williams**, presidente dell'*American College of Cardiology* – dimostrano perché la comunità cardiovascolare deve continuare a combattere in maniera aggressiva una condizione che porta a ictus, malattie renali e problemi cardiaci. I risultati in dettaglio dello SPRINT daranno un grande contributo alle future linee guida di trattamento della pressione arteriosa. E nel frattempo questi dati offrono ai medici informazioni da tenere in considerazione nella loro pratica clinica quotidiana per migliorare gli *outcome* nei loro pazienti ipertesi”.

Sponsor principale dello studio è stato il NHLBI; co-sponsor sono stati il *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*, il *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* e il *the National Institute on Aging*.

Maria Rita Montebelli

«Gli ospedali? In balia dei ladri» La sicurezza diventa un caso politico

Ora in azione anche i vigilantes. Pericolosi anche i parcheggi

■ BOLOGNA

NELLA vicina Pesaro stanno cercando di risolvere il problema mettendo in campo anche i vigilantes, guardie giurate che con discrezione controllano le corsie ospedaliere alla caccia dei ladri. La piaga dei furti negli ospedali, in Italia e in particolar modo in Emilia Romagna, è sempre più all'ordine del giorno. Rubano di tutto: dai farmaci per centinaia di migliaia di euro (l'ultimo furto, probabilmente su commissione a Cento: bottino 100mila euro) ai soldi dei pazienti e dei loro parenti, gli oggetti di valore, in qualche caso i vestiti, a volte addirittura le dentiere.

L'emergenza sicurezza nelle corsie ospedaliere, da Piacenza a Rimini, diventa ora anche un caso politico.

IERI la consigliera regionale del Movimento Cinque Stelle Raffaella Sensoli (vicepresidente della commissione Sanità) ha presentato un'interrogazione scritta. «I furti accertati negli ospedali della Regione sono tanti, troppi. I controlli non sono sufficienti. E' indispensabile pretendere un maggior presidio da parte delle Forze dell'ordine, sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie, in modo da tutelare

chi va in ospedale, sia per un'emergenza propria che per far visita a un proprio caro».

PROBLEMA nel problema è quello dei parcheggiatori abusivi fuori dagli ospedali. Il Movimento Cinque Stelle cita in particolare la situazione del Maggiore di Bologna, «dove ormai da anni i pazienti e i parenti delle persone ricoverate devono fare i conti con queste persone che oltre a chiedere denaro hanno spesso degli atteggiamenti intimidatori nei confronti soprattutto di donne e anziani».

L'allarme rosso nei parcheggi ospedalieri si registra anche in altre città della regione, come Parma, Modena, Ferrara e Rimini.



Sparito l'anello di nozze della morta

Il 2 agosto la signora Luigina è morta al Maggiore di Bologna. Aveva al dito la fede che la dottoressa di turno, dopo aver parlato con i famigliari, ha messo nella cassetta di sicurezza del reparto di medicina d'urgenza. Quando la figlia è andata a riprenderlo, l'anello non si trovava più

L'esempio di Rimini: furti calati del 75%

Ci sono anche buone notizie, per fortuna. A Rimini la sicurezza negli ospedali era diventata un vero e proprio caso. E così, nell'ultimo anno, con un'autentica task force, le forze dell'ordine hanno bloccato i ladri: dai 300 colpi all'anno, siamo passati a circa 70



Malati derubati

Non esistono dati ufficiali, ma pare che ogni giorno un centinaio di furti si verificherebbero negli ospedali regionali. Soldi e oggetti di valore

Le medicine

Un ospedale su dieci ha registrato negli ultimi anni un furto di farmaci. A Cento quello più importante degli ultimi tempi. Giro d'affari annuo: 10 milioni



INCONTRI SNAMI CON I CITTADINI

Sostituibilità dei farmaci e diritto alla miglior cura

11 Settembre 2015

Serve un'informazione più chiara e puntuale sui farmaci e sulla loro sostituibilità. Da qui l'idea del Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani SNAMI di incontrare i cittadini, organizzando una serie di appuntamenti aperti alla popolazione fino a dicembre in varie città italiane. Dopo gli appuntamenti a Pisa e Bologna nello scorso mese di maggio e di Napoli a giugno, i prossimi incontri sono fissati per domani 12 settembre ad Avellino e il 19 settembre a Trieste. Ecco le info:

12 Settembre – Hotel de la Ville – via Palatucci 20 - Avellino

19 Settembre – NH Hotel Trieste – Corso Cavour, 7 - Trieste

“Le percentuali non lasciano spazio ad alcun dubbio – afferma **Angelo Testa**, Presidente Nazionale Snami – ci troviamo di fronte ad una fetta considerevole della popolazione. Uno dei fattori determinanti che ha dato un sensibile contributo al peggioramento delle condizioni di salute di tutti questi soggetti, è stata la promozione, non adeguatamente regolamentata da un punto di vista medico, della prescrizione e dell'uso di farmaci equivalenti sostituibili tra loro durante la terapia. Sono due le principali motivazioni che, fino ad ora, hanno guidato questa linea di condotta seguita su scala globale dagli operatori della salute:

. La prima è determinata dalla precisa richiesta del Ministero della Salute di attuare una forte riduzione della spesa sanitaria nazionale, che quindi 'de facto' stimola la libera prescrizione (quando possibile) di farmaci equivalenti, tenendo come unico parametro di valutazione la bio-equivalenza

. La seconda ragione è data dalla accettazione, a livello generale, del concetto che i farmaci equivalenti siano intercambiabili tra loro durante la fase di terapia poiché, sostanzialmente, identici in termini di efficacia.

Sostituire il farmaco di partenza, che questo sia generico oppure brand, con un suo equivalente, durante la fase di cura, espone ad un rischio (non calcolabile), di complicare la gestione farmacologica della malattia e, in alcuni casi, può arrivare a rendere perfino inefficace la prescrizione medica stessa. L'obiettivo è far comprendere l'importanza di una terapia costante nel trattamento delle malattie, soprattutto di quelle croniche, tenendo sempre in giusta considerazione le possibili complicanze cliniche che potrebbero scaturire da un continuo (o anche singolo) cambio di medicinali equivalenti durante la terapia. Vi sono molte ragioni oggettive per le quali si può avere l'obbligo di dare un solo tipo di farmaco al paziente, queste motivazioni sono inoppugnabili ed è sulla base di queste che si apre la possibilità di riportare il controllo della terapia nelle mani del prescrittore e rispettare dunque il diritto del paziente ad essere curato nel migliore dei modi possibili".

(LARA LUCIANO)

Lascia il tuo commento

I SONDAGGI DEL GIORNO



Voi preferite che vinca la Pennetta o la Vinci?

[VOTA SUBITO! →](#)


Luigi Di Maio: per voi ha le carte in regola per fare il premier?

[VOTA SUBITO! →](#)


07.09.2015
La Juve nel caos per colpa di Agnelli: "Ha perso la testa per la moglie di..."



10.09.2015
Il pene ovunque, orrori in ogni posizione
Miriam Leone racconta il suo dramma



08.09.2015
Al Milan verso la (clamorosa) cacciata: rottura totale con Sinisa. Così adesso...



05.09.2015
Milan, grossissimi guai per Mihajlovic: negli spogliatoi finisce molto male, e Silvio lo chiama ad Arcore...



10.09.2015
Fa sesso per anni con benda e fallo finto Poi la scoperta che la sconvolge



08.09.2015
Voi la vedete sempre così, a mezzobusto Guardate queste foto, è pazzesca / [Foto](#)



09.09.2015
Seredova look-horror: il seno esce dall'abito, lo sguardo va giù / [Foto](#)



06.09.2015
Decolleté estremo (e abito trasparente) Il look pazzesco di Maria Elena Boschi alle nozze / [Foto](#)



09.09.2015
Il lato B da schianto (a quasi 60 anni) E quando si gira è anche meglio / [Foto](#)



09.09.2015
All'uscita con papà Mourinho ci va nuda Matilde, 19 anni: una bomba sexy / [Foto](#)



07.09.2015
Fiorello, confessione horror sul suo pene: "Cosa mi hanno fatto e come ho vissuto" / [Guarda il video](#)

PUNTI DI VISTA

LA SANITÀ DEL FUTURO? PIÙ VICINA A CHI SOFFRE

PIERO RANDAZZO

I DESTINATARI di questo manifesto sono le forze politiche, la giunta regionale, i consiglieri della Regione. L'articolo 32 della Costituzione afferma: la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Questo documento-manifesto si propone come un impegno solenne, da parte delle forze politiche e istituzionali, a lavorare insieme su un punto costituzionalmente sacro e irrinunciabile, quale è il diritto alla salute e al benessere psico-fisico dei cittadini.

Si propone quanto segue:

1) L'obiettivo comune è quello di una sanità efficiente, moderna e sociale ed occorre collaborare per raggiungerlo. È quindi necessario accantonare le differenze e le prese di posizione fini a se stesse

2) Occorre avere, come punti di riferimento, due parole guida nel formulare proposte e suggerimenti: merito e bisogno. Merito alla vera professionalità riconosciuta e non raccomandata per dirigenti, amministratori Asl e medici. Bisogno per non perdere mai di vista il mondo della sofferenza, sia fisica che sociale.

3) Sostituire tutti i vertici delle aziende sanitarie, che pur avendo avuto responsabilità decisionali, non siano stati all'altezza del loro compito-obiettivo, cioè il miglioramen-

to della sanità in Liguria e la continuità di servizio per le strutture di eccellenza.

Sino ad oggi si è tenuto conto solamente dei costi, di ridurre e non riqualificare la spesa sanitaria, non si sono tenuti in alcun conto i valori umani, i disagi sia fisici che psicologici, che ogni giorno si consumano nella sofferenza e nella malattia. Sottoscrivere questo manifesto è quanto di più democratico e fedele alla Costituzione possano fare i partiti e i rappresentanti delle Istituzioni.

Uno dei primi risultati di tale impegno, pubblico e solenne, di lavorare assieme per una migliore e umana sanità, per una buona politica sociale, sarà quello di invertire la tendenza, sempre più pericolosa da parte dei cittadini, a diffidare della politica e ad allontanarsene.

La realizzazione di questi obiettivi è possibile e fattibile solo con impegno e buona volontà. Quindi non si cerchino più scuse per non fare quanto è necessario e urgente, solo per le diverse ideologie politiche.

Dobbiamo ripensare allo spirito collaborativo, ritrovare un'unità d'intenti, lavorare insieme seriamente per uno scopo che riguarda tutti: la buona gestione della sanità. Non si dica che è impossibile, basta solo volerlo.

*L'autore fa parte
 dell'Associazione Gigi Ghirotti*



Shiatsu la pressione che aiuta

Una pratica
preventiva
che rafforza
le difese
E i benefici
non sono
solo
per il corpo

MICHELA DI CARLO

UN'AGOPUNTURA fatta con le mani per riequilibrare le giuste connessioni tra mente, corpo e spirito. È lo Shiatsu, la tecnica di antica tradizione orientale, non invasiva, che tramite pressioni effettuate con pollici e palmi (ma anche gomiti, nocche, ginocchia) su determinati punti del corpo, migliora la salute riequilibrando l'energia vitale. Una pratica preventiva, in grado di rafforzare le naturali difese dell'organismo. A promuoverne la diffusione con trattamenti individuali, workshop, semi-

nari ed eventi gratuiti in tutta Italia, i professionisti di Fisio (Federazione italiana Shiatsu insegnanti e operatori) in occasione della IV edizione della Settimana Nazionale dello Shiatsu (18-25 settembre). «Con la pratica dello Shiatsu — spiega Nadia Simonato, responsabile del progetto — si favorisce soprattutto lo sviluppo di un nuovo atteggiamento mentale e di uno stile di vita in grado di preservare e stimolare un'armonica relazione con l'ambiente circostante. Utile per non lasciarsi coinvolgere dagli effetti negativi dello stress». I benefici infatti non sono solo fisici, perché lo Shiatsu considera la persona nella sua totalità: aiuta a combattere paura, ansia e depressione oltre a recuperare la tonicità dei tessuti, migliorare il ritmo sonno-veglia, sbloccando articolazioni irrigidite. Più in generale, è un valido aiuto per la stimolazione del sistema circolatorio, linfatico e ormonale e la regolazione dell'attività del sistema nervoso. Adatto anche per anziani, bambini e donne in gravidanza. L'importante è affidarsi a mani esperte. Ma in cosa consiste una seduta di Shiatsu? Un trattamento dura circa 45 minuti e solitamente caratterizzato da una sequen-

za di manipolazioni codificata. Il corpo, a differenza di quando viene massaggiato, non è nudo ma vestito e solitamente ci si sdraia su un futon senza uso di creme o olii. Il fine ultimo è trovare dentro se stessi la risposta al proprio disequilibrio e uno stimolo al cambiamento. Due le scuole tradizionali giapponesi che fanno capo ai due padri fondatori: Tokujiro Namikoshi e Shizuto Masunaga. Il primo si concentra sui sintomi, con l'obiettivo di curare e prevenire le malattie. Il secondo recupera l'antica visione energetica orientale adattandola alle necessità della tecnica Shiatsu. È lo stile più diffuso in Occidente e si concentra sulle cause di un disagio, che viene fatto risalire sempre a uno squilibrio energetico nell'organismo. Gli stili contemporanei però possono essere moltissimi e spesso riconducibili a contaminazioni tra varie discipline. Tra questi, il Quantum Shiatsu elaborato dall'allieva di Shizuto Masunaga, Pauline Sasaki. Per la terapeuta, il corpo è un vero e proprio Universo in miniatura; un campo di vibrazioni energetiche, capace espandersi e contrarsi durante le sue manifestazioni quotidiane.

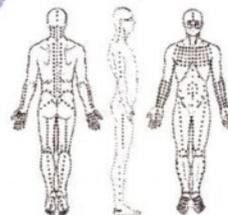
GRIPRODUZIONE RISERVATA

Shiatsu
Termine di origine giapponese
(Shi = dito e atsu = pressione)
Mediante precise sequenze
di pressione sul corpo,
riattiva le giuste connessioni
tra mente e corpo,
per riportare energia
e serenità

LO SHIATSU SI BASA SU CINQUE "PILASTRI"



MERIDIANI
Sistema di canali
di scorrimento
dell'energia vitale
nel corpo umano



Shizuto Masunaga
li codificò
in una mappa
tuttora in uso



Zen Shiatsu
 La Terapia Shiatsu secondo i principi dello Zen di Shizuto Masunaga
 Edizioni Mediterranee
 188 pagine
 Euro 17,50

TECNICA
 Le due manovre principali eseguite sono la pressione e lo stiramento praticate con mani, gomiti, ginocchia e piedi
 Una seduta dura circa 45 min

IL METODO NAMIKOSHI
 Teoria e Pratica Shiatsu
 Edizioni Mediterranee
 220 pagine
 Euro 25,00

LE SCUOLE PIÙ NOTE

<p>NAMIKOSHI (o Nippon Shiatsu) La forma più diffusa in Giappone Si concentra maggiormente sui sintomi. Pone enfasi sui punti (tsubo)</p>	<p>MASUNAGA (o Zen Shiatsu) Maggiormente diffuso in occidente Si concentra sui meridiani L'attenzione è spostata dai sintomi alle cause. Enfasi sui meridiani</p>
--	---

Altre tendenze/stili

<p>Healing Shiatsu Simile allo Zen Shiatsu È un massaggio dolce</p>	<p>Do-IN Praticato da soli con tecniche di stretching e self-shiatsu Simile allo Zen Shiatsu per i fondamentali</p>	<p>Watsu Si pratica in acqua a temperatura di circa 35° sostenuti dall'operatore (watsuer)</p>	<p>Quantum shiatsu Ideato da Pauline Sakai, unisce i principi della Medicina Tradizionale Cinese ed Ayurvedica con i concetti della Fisica Quantistica</p>
--	--	--	--

Pillole di storia

VI Secolo
 Monaci buddisti diffondono i principi curativi della medicina tradizionale cinese in Giappone

1910-20
 Codificazione dello Shiatsu come precisa tecnica corporea

1955
 Riconoscimento ufficiale del Ministero della Sanità giapponese

1970
 Diffusione dello Shiatsu nel resto del mondo