

Il focus

Le medicine d'oro nuovo business per la malavita

**I MAGAZZINI ORA
DIVENTANO
STANZE BLINDATE
CON TELECAMERE
INFERRIATE
E VIGILANTES**

**UNA CURA ONCOLOGICA
VALE 45MILA EURO
IL PRESIDENTE
FARMINDUSTRIA:
«UNA TASK FORCE
CONTRO LE RAPINE»**

IL FENOMENO

ROMA E' il nuovo affare della malavita organizzata: entrare di notte nelle farmacie degli ospedali e portare via solo alcuni medicinali. Quelli più costosi, oncologici o immunosoppressori, da rivendere in altri paesi europei. In quelli dell'Est, per esempio, dove i costi sono ancora più alti. Un accordo ormai ben saldo tra le bande europee.

PAESI DELL'EST

In poco più di un anno oltre un centinaio di furti. Un ospedale su dieci è stato ripulito durante la notte. Nella zona di Modena, nel mese di maggio, due colpi. Hanno portato via medicinali per quasi 500mila euro. Personale ben attrezzato e ben istruito. In grado di entrare anche con un camion nella farmacia dell'ospedale, è successo in Puglia, pur di fare razzia. E trasportare il tutto soprattutto in Ungheria, Romania, Albania, Polonia e Grecia. Ma lotti di prodotti distribuiti in Italia sono stati scoperti anche in Germania e in Gran Bretagna.

Furti, fino ad oggi, facili da mettere a segno con un ritorno economico da capogiro. Basta fare i calcoli: 4 somministrazioni per pazienti con melanoma arrivano fino a 45 mila euro, una terapia per colon metastatico sfiora i 30mila euro, stessa cifra per affrontare un tumore al polmone con non specifiche mutazioni. Roba che, in altri paesi, si vende bene al doppio. Ma in quali condizioni? «La maggior parte della refurtiva - spiega Massimo Scac-

cabarozzi presidente di Farmindustria - va tenuta in frigorifero per avere il massimo del suo effetto. Certo, molti camion, lo hanno ma molti, forse, no. Certo è che il bottino non può essere rivenduto in Italia perché, attraverso il numero del lotto, si scopre che si tratta di merce rubata. Con l'Agenzia del farmaco, la Finanza e i carabinieri del Nas abbiamo messo su un sito, Impact Italia, dove vengono segnati tutti i numeri corrispondenti ai furti. Sotto presi di mira gli ospedali ma anche i camion delle aziende lungo le autostrade».

FRIGO-CASSAFORTE

E l'interesse è sempre per i farmaci-gioiello. Che hanno ormai trasformato il lavoro dei farmacisti negli ospedali. Magazzini diventati ormai dei bunker. Con i frigo come casseforti di una banca. E, d'ora in poi, ancora di più. Visto che i Nas e la Sifo (Società italiana di farmacie ospedaliere) hanno stilato un decalogo per prevenire i furti. Nella pratica significa, proteggere i luoghi dove vengono tenuti i farmaci con allarmi, telecamere a circuito chiuso, porte blindate, inferrate, serrature difficili da copiare e, chi può, anche una guardia giurata. Poche persone e ben selezionate potranno entrare nella farmacia. «Questo grande affare sui medicinali ha trasformato il nostro lavoro - commenta Laura Fabrizio presidente della Sifo - Dovremo, per esempio, fare acquisti molto limitati. Vivere tra gli allarmi e controllare anche chi viene a

portarci i carichi. Così, il personale esterno, non avrà la possibilità di venire a sapere cosa custodiamo nei nostri frigo e nelle nostre stanze. Percorsi diversi per gli esterni e chi viene da fuori».

Una volta, negli ospedali, erano gli oppiacei ad essere tenuti sotto chiave. Ma si trattava di furti da poco, robetta per lo smercio nelle vie sotto casa. Ora i prezzi sono talmente alti che nove nuovi prodotti arrivano sul mercato ma non vengono coperti dal servizio sanitario nazionale. E chi ha i soldi può pagarseli. «Mai e poi mai mi sarei creduto che quello che prescrivo ai pazienti, parlo di farmaci che si trovano solo in ospedale - spiega Stefano Cascinu, presidente Aiom, l'associazione che riunisce gli oncologi ospedalieri - potesse diventare merce di contrabbando. Questo significa che i reparti non possono più gestire le preparazioni ma che le terapie devono essere preparate in luoghi sicuri e centralizzati».

Tra le rapine, gli allarmi e gli affari internazionali una piccola voce dei pazienti malati di tumore. Nel corso del 2012 sono stati oltre 770mila gli italiani ricoverati in una regione diversa da quella di appartenenza. «Circa due miliardi di euro nel 2012 è il saldo dei viaggi della speranza che continuano a convogliare risorse dal Sud verso il Nord». E' la denuncia delle associazioni dei malati che hanno presentato un Manifesto per i diritti dei pazienti oncologici promosso da Salute Donna onlus insieme ad altre nove associazioni.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Era la speranza contro l'Aids Ma il virus l'ha tradita

«Mississippi Baby», 4 anni, nel 2013 era stata data per guarita

SA RA RICOTTA VOZA

Ne aveva parlato tutto il mondo. Il caso della «Mississippi Baby» era una di quelle buone notizie che ogni tanto arrivano all'improvviso inaspettate dai laboratori della ricerca scientifica e immediatamente si diffondono ai quattro angoli del globo suscitando speranza in milioni di famiglie coinvolte in storie di malattia e di sofferenza.

Era il marzo di un anno fa quando una bambina sieropositiva trattata precocissimamente (a sole 30 ore dalla nascita) con farmaci antiretrovirali fino ai 18 mesi, dopo oltre un anno di sospensione del trattamento non presentava più tracce del virus e i medici del centro del Mississippi che l'aveva in cura avevano potuto annunciare al mondo che la piccola era completamente guarita.

Ieri la doccia fredda: un banale prelievo di routine ha rilevato che la bambina - che oggi ha quattro anni - non è affatto guarita e il virus è tornato assieme a quantità elevate di linfociti e anticorpi legati all'Hiv.

«È stato come un pugno nello stomaco» si è sfogata Hannah Gay, la pediatra della University of Mississippi

DELUSIONE

Il trattamento con i retrovirali
a 30 ore dalla nascita
aveva suscitato speranze

di Jackson che l'aveva in cura fin dal primo istante. Al di là del dolore per il nuovo calvario di cure esami e monitoraggi che attendono la bambina e la sua famiglia, infatti, c'è lo sconforto dei ricercatori per la battuta d'arresto di un percorso che sembrava avrebbe potuto portare alla guarigione tanti neonati sieropositivi e anche adulti appena contagiati.

I medici, infatti, speravano che una terapia davvero precoce e aggressiva con farmaci retrovirali potesse impedire l'infezione permanente e a breve uno studio federale sarebbe dovuto entrare nella fase della sperimentazione. Ora, ovviamente, tutto si è bloccato.

«Una grande delusione», ha riconosciuto Anthony Fauci, uno dei massimi esperti di Aids negli Usa e direttore del National Institute of Allergy and Infectious Diseases (Niaid), «È un momento di sconforto per questa bambina, per il personale medico coinvolto nelle cure e per tutta la comunità di ricerca sull'Hiv/Aids».

Agli infettivologi il compito di capire che cosa può essere successo. I farmaci antiretrovirali, infatti, possono tenere il virus sotto controllo nel sangue, ma l'Hiv avrebbe dei serbatoi - nell'intestino e nel cervello - in cui può nascondersi. I medici avevano sperato che il trattamento farmacologico entro poche ore dalla nascita avrebbe impedito a tali serbatoi di formarsi.

Ma così non è stato.

«Scientificamente questo ci ricorda che abbiamo ancora molto da imparare circa la complessità di infezione da Hiv e dove il virus si nasconde nel corpo», ha concluso il prof. Fauci.

«Mississippi Baby» aveva contratto il virus dalla madre, che aveva scoperto di essere infetta solo durante il parto.



Risarcimenti. Il decesso di un bambino in ospedale

La malasania non aggrava il danno

L'INDICAZIONE

Va subito contestato nei giudizi di merito l'uso di tabelle inferiori a quelle milanesi per quantificare l'indennizzo

MILANO

■ Il decesso di un figlio, di 3 anni, sia pure per un episodio di quella che corre sotto il nome di «malasania» non dà diritto a un maggiore **risarcimento** ai genitori. Come pure al riconoscimento di un **danno da lucro cessante**. Inoltre l'applicazione per la determinazione dell'entità del risarcimento a carico della Asl di tabelle diverse da quelle milanesi, considerate ormai punto di riferimento nazionale, non può essere contestata per la prima volta in Cassazione. Lo precisa la stessa Cassazione con la sentenza n. 15909 della Terza sezione civile depositata ieri.

La Corte si trovava ad affrontare le conseguenze del decesso di un bambino di 3 anni avvenuto nel 1996 all'ospedale di Montebelluna per quella che inizialmente al medico di turno del reparto pediatria, era apparsa una «sospetta epiglottide», rivelatasi poi però patologia assai più grave, tanto da avere provocato prima il coma del piccolo e poi, 5 giorni dopo, il suo decesso.

La Cassazione respinge il ricorso presentato dalla difesa dei genitori contro la sentenza della Corte d'appello di Vene-

zia che, tra l'altro, aveva negato l'esistenza di un danno da lucro cessante, precisando che la giovanissima età del bambino, l'assenza di qualsiasi possibilità di conoscere le sue inclinazioni lavorative rendevano impossibile affermare, anche solo sulla base di presunzioni, che, una volta cresciuto, il bambino avrebbe contribuito alla vita familiare. Diventava così impossibile determinare l'effettiva esistenza di un pregiudizio di natura patrimoniale. Da una valutazione prognostica, precisa la Cassazione, si sarebbe sconfinato nella profezia.

Quanto all'"aggravante" della «malasania» i giudici la negano alla radice, sottolineando come la morte rimanga morte comunque la si debba affrontare. Il decesso tanto tragico di un bambino, all'interno di un ospedale, non può, allora, da solo, giustificare la corresponsione di un risarcimento maggiore di quello che comunque venne erogato per danno morale e biologico.

Infine, quanto alla determinazione della somma da riconoscere, la sentenza osserva che l'adozione delle tabelle in uso nel Triveneto, con importi che la difesa sostiene essere più bassi di quelle milanesi, punto di riferimento nazionale, non può essere fatta valere per la prima volta in sede di legittimità. Serviva invece avere contestato prima, nei giudizi di merito.

G. Ne.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SANITA': PATTO SALUTE, 337 MLD CERTI PER 3 ANNI E ROAD MAP SETTORE

Roma, 11 lug. (AdnKronos Salute) - Con il Patto della Salute, definitivamente approvato ieri in Conferenza Stato-Regioni, la sanità riparte dai 337 miliardi certi per il prossimo triennio. Quasi 110 miliardi per l'anno in corso, oltre 112 per il 2015 e più di 115 per il 2016. Meno soldi di quanto il settore richiede, secondo i Governatori, ma in questa fase storica graditi comunque alle Regioni, soprattutto perché le cifre sono garantite per il triennio. La certezza delle risorse è uno dei punti cardine dell'accordo che ieri ha vacillato anche su questo tema. L'articolo 1, infatti, garantisce la certezza delle cifre "salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e variazioni del quadro macroeconomico". L'accordo ha rischiato di saltare proprio perché i governatori non avevano gradito che nel passaggio del testo al Mef l'indicazione di rivedere l'intero Patto in caso di variazioni delle cifre dovute a problemi di quadro economico, fosse stata messa al condizionale. E così nell'ultima versione del documento - ancora nelle mani dei tecnici per le limature formali - è stato modificato, per arrivare alla firma, il secondo comma dell'articolo 30: "In caso di modifiche sostanziali e/o importi, ove necessarie in relazione al conseguimento di obiettivi di finanza pubblica e variazioni del quadro macroeconomico, la presente intesa dovrà essere altresì oggetto di revisione". Altra importante novità del Patto, condivisa da governatori e ministro della Salute, è l'impegno a mantenere le risorse risparmiate, con le nuove misure adottate, all'interno del Servizio sanitario nazionale. Le oltre 30 pagine del documento, inoltre, disegnano il quadro della nuova sanità e la road map del settore. Si punta sull'umanizzazione delle cure, prevedendo anche strumenti di valutazione della qualità percepita dai cittadini. E sulla riorganizzazione delle cure primarie, confermando la strada dello sviluppo di forme organizzative integrate, con un potenziamento del territorio e una riduzione dei piccoli ospedali. Viene avviata anche la revisione di ticket ed esenzioni, che dovranno tenere maggiormente conto del reddito e della composizione del nucleo familiare. Questa 'svolta' è affidata a un gruppo di lavoro misto (ministeri Economia e Salute, Regioni, Agenas) che dovrà definire il tutto entro il 30 novembre. Anche l'aggiornamento dei Lea viene rimandato a dicembre. Il capitolo dell'edilizia sanitaria e degli investimenti per l'ammodernamento tecnologico - che sta particolarmente a cuore ai governatori - indica l'impegno del Governo su piano economico. Ma anche la messa a punto, in collaborazione con le Regioni, di un programma triennale - entro il 31 dicembre - che consenta di superare la logica degli interventi straordinari anche attraverso la revisione delle norme tecniche su sicurezza igiene e uso degli ambienti. Tempi più stretti, invece, per il 'Patto della sanità digitale': Governo e Regioni dovranno vararlo entro 30 giorni dalla stipula del Patto per la salute. Obiettivo rimuovere gli ostacoli che rallentano la diffusione delle innovazioni e innescare un circuito virtuoso - anche con soluzioni pubblico/privato - di risorse. Per quanto riguarda i piani di rientro si prevede una revisione delle procedure, i governatori non potranno più essere commissari (incompatibilità con affidamento o prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale nella Regione commissariata) ed entro il 31 marzo 2015 dovrà essere realizzato un testo unico delle disposizioni in materia. Infine, per le Regioni in piano di rientro il blocco vale solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva. La cabina di regia monitorerà l'applicazione delle misure previste dal Patto e anche l'applicazione delle misure previste dal Governo per il contenimento della spesa.

AIDS: VELLA(ISS), RACCOMANDAZIONE OMS VALE ANCHE PER ITALIA

"DA NOI Pochi CASI, MA SACCHE INFEZIONI MOLTO VICINE"

(ANSA) - ROMA, 11 LUG - La raccomandazione dell'Oms di dare la pillola antiretrovirale agli omosessuali per prevenire l'infezione da Hiv vale anche per l'Italia. Lo afferma Stefano Vella, direttore del Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanita', che sottolinea come pero' la pillola non sostituisca gli altri metodi di prevenzione. "In Italia il numero di nuovi casi fortunatamente e' piu' basso rispetto ad altri paesi - spiega Vella - ma per vedere esempi dell'esplosione delle nuove infezioni non dobbiamo andare lontano. Nel Marais a Parigi, ad esempio, l'incidenza dell'Hiv e' del 7%, superiore a quella del Botswana. Per questo la raccomandazione vale per tutto il mondo, Italia compresa". Sull'efficacia del metodo, spiega l'esperto, non ci sono dubbi. "Il principio e' lo stesso della profilassi antimalarica per chi va in Africa, anche se ci sono dei problemi da risolvere - sottolinea -. Intanto c'e' l'aderenza alla terapia, che i test hanno dimostrato essere difficile da ottenere, poi c'e' il problema dell'accesso. Queste terapie non si trovano certo in farmacia, ed e' difficile dire chi dovrebbe pagarli. In Italia, almeno per ora, non certo il Ssn, forse sarebbe piu' giusto che chi li usa li pagasse di tasca propria". L'uso della profilassi anti Hiv non sostituirebbe comunque gli altri metodi, come anche la stessa Oms ha sottolineato. "L'aderenza alla terapia e' gia' difficile da ottenere in chi e' malato - sottolinea Vella - in questo caso rischieremmo di avere persone che magari si sentono sicure, e si espongono al contagio, senza invece essere immuni. Per questo bisogna continuare a spingere anche sugli altri metodi, a cominciare dal preservativo. Ora nuove sperimentazioni stanno cercando di stabilire se anche prendendo la compressa piu' sporadicamente, in pratica 'on demand', la protezione rimane, questo faciliterebbe le cose".(ANSA).

quotidiano**sanità**.it

Sabato 12 LUGLIO 2014

AIDS e HIV. Rischio 19 volte più alto per gay. OMS: "Assumere antiretrovirali per prevenzione"

Tra le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per gli uomini che praticano sesso con altri uomini, quella di "considerare l'assunzione degli antiretrovirali come profilassi pre-esposizione, oltre all'uso del condom". Tra le altre categorie a maggiore rischio, i 'sex workers', i transgender e i tossicodipendenti. Ecco le [linee guida dell'OMS](#)

Gli uomini che hanno rapporti sessuali con partner di sesso maschile sono soggetti ad un rischio di infezione da virus dell'HIV 19 volte più alto rispetto alla popolazione generale. Una situazione che richiede urgentemente nuove opzioni di prevenzione, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'OMS ha appena diffuso delle [linee guida](#) specificamente per i gruppi più a rischio. Il documento, intitolato *Consolidated guidelines on hiv prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, prima dell'International AIDS Conference dal 20 luglio a Melbourne, in Australia.

Tra le raccomandazioni OMS, per gli uomini che hanno rapporti sessuali con partner dello stesso sesso, quella di "prendere in considerazione **l'assunzione di farmaci antiretrovirali** come ulteriore metodo di prevenire l'infezione da HIV (profilassi pre-esposizione), affiancata all'uso del condom", si legge nella recente comunicazione OMS. Secondo i modelli forniti, infatti, si avrebbe a livello globale una riduzione del 20-25% dei casi di contagio per questa categoria a rischio, mediante questa profilassi pre-esposizione; con il risultato di evitare fino a un milione di infezioni in 10 anni, sempre secondo i dati OMS.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, inoltre, raccomanda di eliminare le barriere sociali e legali che impediscono a molte persone di accedere ai servizi sanitari.

Tra categorie a rischio, anche le donne 'sex workers', con una probabilità di infezione da HIV 14 volte più alta rispetto alle altre donne, mentre per i transgender e per i tossicodipendenti questa probabilità sale a ben 50 volte rispetto a quella della popolazione generale.

"Nessuna di queste persone vive in isolamento", ha spiegato **Gottfried Hirnschall**, Direttore del Dipartimento HIV dell'OMS. "I sex workers e i loro clienti hanno mariti, mogli e partner. Alcuni si iniettano droghe, molti hanno figli. Il fatto di non fornire servizi alle persone che sono a maggior rischio di HIV mette in pericolo ulteriori progressi contro l'epidemia globale e minaccia la salute e il benessere degli individui, le loro famiglie e la comunità più ampia".

Inoltre, l'OMS fa notare che raramente i transgender sono citati nei piani anti-HIV; poi soltanto il 70% dei paesi si occupa delle necessità degli omosessuali e dei sex workers, mentre nel caso di tossicodipendenti la percentuale scende al 40%. E anche nel caso di linee d'azione messe per iscritto, è difficile per le persone accedere ai servizi.

Secondo il dato OMS relativo al 2012, ci sono 35,3 milioni affette da HIV al mondo. I dati parlano di una riduzione globale dei decessi legati all'HIV pari al 20% dal 2009 al 2012; entro la fine del 2013, inoltre, 13 milioni di persone assumevano la terapia antiretrovirale, di cui 11,7 milioni in paesi a basso o medio reddito. Tuttavia, riferisce l'OMS, i tassi di infezione da HIV tra gli uomini che praticano sesso con altri uomini rimangono alti quasi ovunque e nuove opzioni di prevenzione sono urgentemente necessarie.

Il business degli aborti “Solo se paghi 100 euro” Arrestati due medici

- > I carabinieri riprendono la trattativa in ospedale
- > Le ragazze minacciate: “Altrimenti scadono i 90 giorni”

Scandalo sanità

“Cinquanta più cinquanta” il mercato degli aborti nella terra degli obiettori

Tangenti sulle Ivg, due arresti a Cerignola. Il calvario delle donne: 9 ginecologismi su 10 rifiutano gli interventi



MARIA GRAZIA FRISALDI

Un giro di affari costruito sulle interruzioni volontarie di gravidanza, in un ospedale pubblico. È il “business dell’aborto” scoperto dai carabinieri nell’ospedale Tatarella di Cerignola, dove le donne che chiedevano di praticare l’intervento in tempi rapidi - due o tre giorni dalla richiesta - erano chiamate a versare 100 euro all’unico medico non obiettore di coscienza presente nell’ospedale, Osvaldo Battarino, 56enne dirigente medico responsabile del servizio, che poi divideva l’obolo 50€-50 con il collega Giuseppe Belpiede, 62 anni, direttore dell’unità di anestesia e rianimazione della struttura. Prestazioni a carico del servizio sanitario nazionale che avvenivano durante il normale orario di servizio, nei locali

e con le attrezzature della struttura pubblica. Entrambi i medici sono ora ai domiciliari, indagati per il reato di concussione in concorso. Per gli inquirenti, sono almeno venti i casi accertati, episodi che hanno visto coinvolte donne più o meno giovani, italiane e straniere. Tutte messe spalle al muro dalla richiesta di denaro per “saltare la fila”. In caso contrario, il rischio era quello di aspettare e confrontarsi con tempi d’attesa lunghi, indefiniti, con il paventato rischio di superare il limite dei 90 giorni dall’inizio della gravidanza, termine oltre il quale non si può più praticare l’intervento.



L'indagine è partita nel 2013 quando un uomo ha denunciato Battarino per aver preteso denaro per effettuare l'interruzione volontaria di gravidanza alla figlia. Ma a inchiodare i due professionisti ci sono anche una serie di intercettazioni e video, uno dei quali immortalava anche una cessione di denaro. "Se vuoi fare subito, due o tre giorni, devi pagare questo. Se invece vuoi andare all'altro ospedale, non paghi niente, ma c'è molto da aspettare", si sente in uno stralcio di intercettazione che svela il modus operandi contestato ai due medici che, secondo l'accusa, sfruttavano il fatto di essere gli unici medici dell'ospedale di Cerignola a non essere obiettori di coscienza. In questo modo, i due avrebbero dato vita ad un giro di affari ingente, almeno stando a quanto riferito dallo stesso Battarino in una conversazione intercettata dai militari: "Io faccio 500 interruzioni all'anno, da 25 anni. 500 all'anno, hai capito?".

Nove ginecologi su dieci in Puglia sono obiettori di coscienza. Forse può bastare anche solo questo dato per spiegare il caso di Cerignola. Perché per abortire nella nostra regione bisogna fare una corsa contro il tempo e contro gli ostacoli. Bisogna aprire tante porte vuote, perdere tempo fra i consultori che non forniscono le prescrizioni e schivare gli obiettori presenti in gran numero fra medici, anestesisti, ostetriche e persino infermieri. Il fenomeno in Puglia è sempre più diffuso. Negli ultimi tre anni ha subito un'accelerazione improvvisa. Quando tra aprile e maggio il ricercatore Paolo Trerotoli ha messo a punto gli ultimi dati sull'obiezione in tutti gli ospedali pugliesi per conto dell'Osservatorio epidemiologico regionale, non voleva credere ai suoi occhi: «Devo ammetterlo – confessa il medico che ha stilato la rilevazione insieme a Nicola Bartolomeo, Sabrina Triggiani e Gabriella Serio – non ci aspettavamo questo balzo in avanti».

Per comprendere la sorpresa dei ricercatori bisogna partire dal 2011. In quell'anno il **ministero della Salute** certificava che fra i medici pugliesi l'obiezione di coscienza era al 70 per cento. Tre anni dopo, nei dati dell'Oer, quel dato schizza in alto arrivando all'86,1 per cento. Un balzo di quindici punti percentuali. In pratica oggi su 445 ginecologi pugliesi, 383 si rifiutano di praticare l'aborto. Obiezione elevata (al 79 per cento) anche fra le ostetriche: si rifiutano di effettuare le interruzioni volontarie di gravidanza in 419 su 531 totali. Stabili invece le cifre tra infermieri e anestesisti. Per i primi la percentuale non raggiunge il 70 per cento, mentre tra gli infermieri si attesta al 59,7 per cento.

Sulle cause Trerotoli rimane cauto: «Non possiamo dire come sia stato possibile arrivare a questo punto. Bisognerebbe organizzare un'indagine nelle Asl. Quel che è certo è che i medici che sono andati in pensione non sono stati sostituiti a causa del blocco del turnover». Il risultato è che in molti ospedali pugliesi la percentuale di obiezione fra i ginecologi raggiunge il 100 per cento. Nel nuovo ospedale della Murgia sono obiettori in 9 su 9 in organico, al Di Venere su 15 medici 14 non praticano le Ivg. La legge 194 è messa a dura prova all'ospedale di San Severo, oltre che negli enti ecclesiastici. Difficoltà anche in grandi strutture come Policlinico di Bari e Ospedali Riuniti di Foggia. Blocco del turnover, certo, ma anche altro. Perché secondo Antonella Morga, responsabile delle politiche di genere per la Cgil Puglia «la verità è che chi fa gli aborti non fa carriera tra i ginecologi e soprattutto viene isolato dal reparto, come accaduto l'anno scorso al San Paolo di Bari. L'obiezione di coscienza ormai dilaga e i non obiettori sono animali in estinzione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I PUNTI

100euro

LATANGENTE

La cifra chiesta dal ginecologo e dall'anestesista per accelerare i tempi delle interruzioni volontarie di gravidanza

14

DIVENERE

Sono gli obiettori di coscienza al Di Venere su 15 ginecologi

9

MURGIA

Nove su nove sono i medici che non praticano le interruzioni di gravidanza nel nuovo ospedale della Murgia

I numeri

86,1 %

L'obiezione di coscienza fra i ginecologi in Puglia nel 2014

383

I medici obiettori su un totale di 445 ginecologi

71 %

L'obiezione di coscienza fra i medici rilevata nel 2011

+15 %

L'aumento dell'obiezione negli ultimi tre anni

79 %

L'obiezione di coscienza fra le ostetriche nel 2014

419

Gli ostetrici obiettori su un totale di 531 in Puglia

69,6 %

L'obiezione fra infermieri nel 2014

59,7 %

L'obiezione fra anestesisti nel 2014

fonte: Osservatorio epidemiologico Regionale

Patto Salute. Lorenzin: “Risorse per attuazione sono garantite”
Al Patto il ministro della Salute dedica l'editoriale dell'ultimo numero della newsletter Salute Informa+. “La possibilità di realizzare concretamente gli obiettivi fissati – scrive - è garantita non solo dai risparmi derivanti dall'applicazione delle misure in esso previste ma anche da quelli conseguiti dalla revisione della spesa”.

12 LUG - “Grande soddisfazione” da parte del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, per l'Intesa sul nuovo Patto per la salute 2014-2016 in Conferenza Stato Regioni lo scorso 10 luglio. “Sono molto soddisfatta – scrive il ministro, che al Patto dedica l'editoriale dell'ultimo numero della newsletter Salute Informa + del ministero – perché tutto ciò è stato possibile proprio grazie al lavoro che abbiamo svolto con le Regioni ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze in un clima di grande collaborazione e senso di responsabilità comune. Siamo riusciti a creare, in una fase delicatissima, un'ottima sinergia che ci ha visto insieme autori di una vera e propria riforma della sanità italiana. Questo risultato mi riempie di grande soddisfazione ed è la dimostrazione di cosa possono fare le istituzioni quando decidono di “costruire” insieme attorno ad un tavolo”.

Lorenzin assicura poi che “la possibilità di realizzare concretamente gli obiettivi fissati nel nuovo Patto per la salute è garantita non solo dai risparmi derivanti dall'applicazione delle misure in esso previste, che rimarranno nella disponibilità delle Regioni per finalità esclusivamente sanitarie, ma anche da quelli conseguiti dalla revisione della spesa, che saranno utilizzati per migliorare i livelli qualitativi dell'intero sistema sanitario”.

“Con l'Accordo sottoscritto da Governo e Regioni – prosegue Lorenzin - abbiamo messo in sicurezza il sistema sanitario italiano per le prossime generazioni e abbiamo gettato le basi per donare un nuovo volto alla nostra sanità. E' stato il mio obiettivo sin dal principio del mio mandato e a distanza di un anno esatto, dopo tanto lavoro fatto con i miei Uffici, posso dire di averlo raggiunto. Con il Patto abbiamo affrontato i grandi temi della sanità. Dalla programmazione triennale dei costi standard e dei fabbisogni regionali, che consente di avviare e implementare politiche di innovazione del SSN sul territorio, alla definizione degli standard relativi all'assistenza ospedaliera, che, unitamente all'assistenza sanitaria transfrontaliera, all'aggiornamento dei LEA ed alla reale promozione dell'assistenza territoriale, costituiscono i pilastri su cui fondare tutte le iniziative necessarie per garantire la tutela della salute a tutti i cittadini uniformemente sul territorio nazionale. Il tema degli

investimenti in sanità e' anch'esso centrale per garantire le condizioni di competitività, di qualità e di sicurezza delle strutture sanitarie”.

Tra le novità contenute nel Patto, il ministro ricorda “la previsione di attivare un sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance delle Aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati. E' previsto che questo compito venga affidato all'Agenas quale strumento operativo del Ministero della Salute, analogamente a quanto accade negli altri Paesi dell'Unione Europea. Il Patto sarà governato da una Cabina di regia politica, che ne garantirà il monitoraggio costante e verificherà l'attuazione di tutti i provvedimenti, avvalendosi di un apposito Tavolo tecnico, istituito presso l'Agenas”.

Per Lorenzin “anche il tema della gestione delle risorse umane trova nel Patto un impegno definito e uno strumento concreto per procedere ad una riforma del sistema attuale attraverso specifici provvedimenti che saranno elaborati dal Governo insieme alle Regioni. Il tema della revisione del sistema di compartecipazione (ticket) e delle esenzioni sono trattati nel Patto in un'ottica di riforma, affinché si eviti che la compartecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi sanitari e la principale causa dell'esodo dei cittadini dalle cure”.

Il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016, conclude il ministro, “mira ad un generale efficientamento del nostro SSN, proprio nell'ottica dell'appropriatezza. Tutte le previsioni in esso contenute sono state ispirate dai bisogni di salute dei cittadini e, allo stato attuale, costituisce il solo strumento per la costruzione di una sanità piu' vicina alle persone, piu' efficace ed efficiente, sicura, di qualità e competitiva in Europa”.

12 luglio 2014

© Riproduzione riservata

FARMACI:'CONTO TERZI' INDUSTRIA FARMACEUTICA, SETTORE IN CRESCITA

(AGI) - Napoli, 11 lug. - Un comparto 'giovane' e in espansione, che dopo una decina d'anni puo' gia' contare su 6mila addetti, per un fatturato di 1,2 miliardi di euro. Sono i numeri della produzione 'in conto terzi' dell'industria farmaceutica, ovvero il meccanismo con il quale alcune aziende affidano a imprese esterne attivita' quali la produzione e il controllo dei medicinali. La crescita di fatturato e occupazione, che dal 2005 al 2013 vede aumenti del 120 per cento, spingono Farmindustria a immaginare scenari ancora piu' floridi. Presentando a Napoli i dati di settore, l'associazione di Confindustria che unisce le imprese farmaceutiche sottolinea che non ci sono solo vantaggi in termini di risparmio, ma anche di competitivita' sul mercato internazionale e qualita' del prodotto. Lo dimostrano i dati dell'export, che ha toccato quota 850 milioni di euro, il 71% del valore totale. "E' la dimostrazione che il made in Italy nel campo farmaceutico e' un fattore indiscutibile - spiega Roberto Teruzzi, presidente del Gruppo produttori conto terzi di Farmindustria - grazie a risorse umane qualificate e specializzate e a un prodotto che supera i rigidi controlli delle agenzie internazionali". In Campania si contano una quarantina di imprese, 900 addetti diretti e un indotto di 4.000 persone, con investimenti di grandi marchi a capitale estero e medie imprese a capitale italiano. La Novartis e' una delle multinazionali che opera in Campania, insieme con la Pierrel, che si occupa principalmente di anestetici dentali. A Napoli l'export ha raggiunto i 717 milioni, pari al 14,5% del totale manifatturiero e al 35,7% dell'hi tech e nel primo trimestre del 2014 le esportazioni sono cresciute del 14% su base annua. L'obiettivo per l'Italia e' quello di diventare un hub farmaceutico a livello europeo. "La produzione in conto terzi puo' rappresentare una fondamentale leva di sviluppo per il Paese", sottolinea Teruzzi, visto che il mercato del Contract manufacturing in Europa potrebbe raggiungere un fatturato di 21 miliardi di dollari nel 2018. In questa sfida, Farmindustria chiede il contributo delle istituzioni centrali e locali, che devono garantire la stabilita' necessaria ad attirare gli investimenti dei privati in un Paese che e' gia' leader per le materie prime, i macchinari e i centri di sviluppo. "Bisogna rendere il territorio fruibile in termini di sicurezza, infrastrutture e trasporti - ragiona Teruzzi - garantire maggiore flessibilita' nel lavoro ed eliminare le lentezze burocratiche".

L'attitudine del paziente influenza l'aderenza terapeutica nelle malattie infiammatorie?



13 luglio 2014

Convinzioni e preoccupazioni possono influenzare la capacità dei pazienti di aderire alla terapia farmacologica in un buon numero di malattie croniche infiammatorie autoimmuni.

A suggerirlo è un nuovo studio i cui risultati preliminari sono stati presentati questo giugno a Parigi in occasione dello European League Against Rheumatism (EULAR) Congress 2014.

Lo studio ha individuato, in un'ampia coorte di pazienti, due tipologie prevalenti di approccio alla terapia. Da un lato i pazienti "accettanti", non preoccupati degli effetti indesiderati e più propensi a seguire correttamente il piano terapeutico; dall'altro i pazienti "ambivalenti", che temono maggiormente l'insorgenza di possibili eventi avversi.

Dallo studio emerge anche una migliore aderenza nei pazienti trattati con inibitori del TNF α (anti-TNF), rispetto a quella mostrata dai pazienti in trattamento con terapie convenzionali.

I risultati mettono inoltre in evidenza la necessità per i medici di "sviluppare una comprensione migliore delle modalità con cui i loro pazienti percepiscono il loro trattamento, una base per comprendere perché essi potrebbero non mostrare livelli di aderenza ottimali", afferma il Prof. John Weinman, ricercatore e psicologo presso l'Istituto di Scienze Farmaceutiche del King's College di Londra, durante un'intervista a Medscape Medical News.

Questa comprensione "offrirà loro una base per lavorare in maniera più ravvicinata con i loro pazienti, per incentivare un utilizzo migliore dei medicinali", ha affermato il Prof. Weinman.

I risultati presentati a EULAR 2014 sono il frutto dello studio ALIGN, sponsorizzato da Abbvie Inc. (USA), attraverso il quale i ricercatori hanno valutato l'effetto sull'aderenza terapeutica di convinzioni, preoccupazioni e atteggiamento verso la terapia con anti-TNF e alcune terapie convenzionali selezionate. Le terapie in questione potevano essere utilizzate, da sole o in associazione, nel trattamento di malattie autoimmuni infiammatorie quali l'artrite reumatoide (AR), la spondilite anchilosante (SA), l'artrite psoriasica (AP), il morbo di Chron, la colite ulcerosa e la psoriasi.

Lo studio ha visto il reclutamento di 7197 pazienti da 33 paesi; questi hanno completato questionari validati quali il Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ) ed il Morisky Medication Adherence Scale (versione breve con 4 domande, MMAS-4; punteggio 0–1 = bassa aderenza, 2–3 = media aderenza, 4 = alta aderenza).

“Il trial è scaturito dalla necessità di condurre uno studio multinazionale approfondito sul ruolo che le convinzioni riguardanti malattia e trattamenti hanno nei confronti dell’aderenza terapeutica nei pazienti con disturbi infiammatori maggiori”, ha spiegato il Prof. Weinman.

Complessivamente, la maggior parte dei pazienti accettava la terapia indipendentemente dalla malattia specifica o dal tipo di trattamento. In generale comunque, l’aderenza terapeutica era tendenzialmente inferiore nei pazienti “ambivalenti” (alta necessità/alta preoccupazione) rispetto a quella mostrata dagli “accettanti” (alta necessità/bassa preoccupazione), con percentuali che variavano dal 46 al 69% per i primi, rispetto a 56-78% per i secondi.

Considerando i pazienti nel loro insieme, senza cioè classificarli in base al tipo di malattia, l’aderenza al trattamento era migliore nei pazienti che ricevevano una terapia con anti-TNF, in monoterapia o in associazione ad una terapia convenzionale (punteggio di MMAS-4 compreso fra 3,4 e 3,7) rispetto a quanto osservato nei pazienti trattati con la sola terapia convenzionale in monoterapia (MMAS-4 = 2,6 – 3,3) o in combinazione (MMAS-4 = 2,8-3,4).

Essere ambivalenti nei confronti del trattamento “potrebbe influenzare negativamente l’efficacia del trattamento”, scrivono i ricercatori. Poi suggeriscono di esplorare le preoccupazioni dei pazienti riguardo i medicinali durante la visita di routine, affrontando qualunque convinzione erranea riguardo i benefici ed i rischi del trattamento, come mezzo “per evitare una potenziale non-aderenza”.

“Abbiamo appena iniziato ad esplorare la relazione fra convinzioni nei confronti del medicinale e aderenza al trattamento, e abbiamo trovato la relazione attesa fra queste [convinzioni], ha dichiarato il Prof. Weinman. “I pazienti con preoccupazioni più elevate nei confronti del medicinale e che credono di averne una minore necessità sono significativamente meno aderenti”.

Il Prof. Weinman ci anticipa già che il team che ha preso parte allo studio si accingerà presto ad un’analisi più raffinata dei risultati, per esaminare eventuali differenze nei pattern di aderenza e nelle credenze dei pazienti nei vari paesi, nelle principali condizioni mediche e per i diversi tipi di trattamento sotto osservazione.

“Questo è un dataset ricco e ne emergeranno molti nuovi approfondimenti”, afferma il Professore.

Adesso non ci resta che attendere la pubblicazione del lavoro completo.

Francesca Sernissi

Riferimento

P. Michetti, J. Weinman, U. Mrowietz, et al. Multi-country, cross-sectional study to determine patient-specific and general beliefs towards medication and their treatment adherence to selected systemic therapies in 6 chronic immune-mediated inflammatory diseases (ALIGN). Abstract FRI0198, EULAR 2014.

[\[chiudi questa finestra\]](#)

Si annidano nella corteccia prefrontale mediale, un'area del cervello situata dietro la fronte

I circuiti della paura

Individuata la complessa rete di neuroni che governa una delle emozioni più antiche

Svelati in gran parte i misteriosi meccanismi neurofisiologici della paura. Si annidano nella corteccia prefrontale mediale, un'area del cervello situata dietro la fronte, verso la parte centrale della testa. E lì che sono stati individuati alcuni dei più fini circuiti della paura, ad opera di un gruppo di ricercatori guidati dal dottor Cyril Herry (Neurocentre Magendie dell' Institut national de la santé et de la recherche médicale francese) che ne ha parlato nel corso del nono FENS, Forum Europeo delle Neuroscienze, svoltosi a Milano dal 5 al 9 luglio, al MiCo - Milano Convention Centre. In particolare, il gruppo di studio ha scoperto che i neuroni della zona dorsale della corteccia prefrontale mediale sono responsabili dell'espressione della paura, mentre quelli della zona ventrale la inibiscono. Si tratta di risultati che provengono da studi sui topi, ma hanno molta importanza anche per la comprensione del funzionamento della paura nell'uomo. Il laboratorio guidato dal dottor Cyril Herry è uno dei pochi al mondo in grado di registrare l'attività dei neuroni in animali nello stesso momento in cui stanno manifestando specifici comportamenti.

Optogenetica

Questo è possibile grazie soprattutto alle più moderne tecniche dell'optogenetica, un complessa metodica che negli ultimi anni sta trasformando la ricerca nell'ambito delle neuroscienze, dal momento che consente agli studiosi di "accendere" e "spegnere" specifici circuiti cerebrali andando a verificare le rispettive conseguenze comportamentali. Disturbo post-traumatico da stress. Lo studio dei meccanismi neurofisiologici della paura non ha solo un valore conoscitivo, ma è alla base dello sviluppo di possibili nuovi approcci anche terapeutici, ad esempio per contrastare il Disturbo post-traumatico da stress.

Disturbo post-traumatico da stress

Normalmente la paura ha sempre avuto una sua funzione anche positiva, fin dai tempi dell'uomo primitivo, poiché consente di stare lontano da possibili pericoli. In alcuni casi, però, quando un individuo è stato esposto a eventi terrorizzanti, come una violenta aggressione fisica, una catastrofe naturale o azioni di guerra, la paura può restare profondamente sepolta nel suo cervello e riaffiorare all'improvviso anche quando le situazioni di pericolo non esistono più. È il cosiddetto Disturbo post-traumatico da stress, caratterizzato da sintomi quali il ripresentarsi non voluto di ricordi spaventosi, l'evitamento di situazioni che ricordano l'evento traumatico, stati di eccitazione psichica, continui incubi notturni. Dal laboratorio alla clinica. «La comprensione dettagliata di come specifici circuiti neuronali modulano la paura è di grande importanza clinica» dice il dottor Cyril Herry in un articolo pubblicato sulla rivista Neuroscience, «dal momento che il Disturbo post-traumatico da stress rappresenta uno dei disturbi psichici più comuni, con una prevalenza nel corso della vita stimata attorno al 20 per cento nella popolazione generale dell'Europa».

Alcolici: bere un po' fa bene al cuore? No, per niente

Un nuovo studio sfata il mito che bere un po' di alcol farebbe bene al cuore, dimostrando che questa sostanza non fornisce alcun beneficio per la salute cardiovascolare ma che, al contrario, è bere poco o nulla che promuove la salute dell'apparato cardiovascolare



Un cicchetto per dare una mano al cuore. Questo è un mito radicato da molto tempo tra le persone, che hanno **sempre ritenuto che bere un po' facesse bene** anche e soprattutto all'apparato cardiovascolare. Ma l'alcol (o alcool) è sempre l'alcol, e come sostenuto da molti medici è una sostanza che va presa con le dovute cautele e, soprattutto, non bisogna ritenere che sia una specie di medicina; anzi.

Precedenti ricerche avevano suggerito che un bicchiere al giorno, per esempio, poteva anche essere benefico, ma oggi un nuovo studio mette in discussione gli studi precedenti che suggeriscono questa abitudine potesse promuovere la salute cardiovascolare.

Per invece promuovere o preservare la salute cardiovascolare **è necessario ridurre l'assunzione di bevande alcoliche** – anche se si ritiene di essere bevitori leggeri o moderati. Questo quanto emerge dallo studio appena pubblicato sul *BMJ (British Medical Journal)* e condotto dai ricercatori della Perelman School of Medicine presso l'Università della Pennsylvania.

Lo studio revisionale ha preso in esame oltre 50 studi sul rapporto tra consumo di bevande alcoliche e la salute cardiovascolare, che hanno coinvolto in totale un campione di oltre 260mila persone. I risultati hanno svelato che coloro che consumano il 17% in meno di alcol a settimana hanno in media **un 10% di riduzione del rischio di malattia coronarica, pressione sanguigna più bassa e un basso indice di massa corporea (BMI)**.

«Questi nuovi risultati sono di fondamentale importanza per la nostra comprensione di come l'alcol ha un impatto sulle malattie cardiache – spiega il dott. Michael Holmes, assistente professore al department of Transplant Surgery della Perelman School of Medicine dell'UP – Contrariamente a quanto rapporti precedenti hanno dimostrato, ora sembra che qualsiasi esposizione all'alcol ha un impatto negativo sulla salute del cuore».

«Da qualche tempo – aggiunge Holmes – gli studi osservazionali hanno suggerito che soltanto il bere pesante è dannoso per la salute cardiovascolare, e che il consumo leggero può effettivamente essere utile. Ciò ha portato alcune persone a bere moderatamente, convinti che questo può ridurre il rischio di malattie cardiache. Tuttavia, ciò che abbiamo visto con questo nuovo studio (che utilizza un approccio investigativo simile a un trial clinico randomizzato) è che **una riduzione del consumo di alcol, anche per i bevitori leggeri o moderati, può portare a un miglioramento della salute cardiovascolare**».

Nello specifico, in questo studio, i ricercatori hanno esaminato la salute cardiovascolare degli individui che mostrano una variante genetica del gene “alcol deidrogenasi 1B”, che è nota per causare una diversa tolleranza alla sostanza e una più veloce demolizione delle molecole dell’alcol. Questa rapida demolizione **provoca sintomi spiacevoli, tra cui nausea e rossore al viso**. Per questo motivo, chi ne è interessato tende nel tempo a ridurre il consumo di alcol.

Utilizzando questo marcatore genetico come un indicatore di un consumo inferiore di alcol, il team di ricerca è stato in grado di identificare i legami tra queste persone e una migliore salute cardiovascolare, trovando così che chi assume meno alcol ha una migliore condizione.

Lo studio è stato finanziato dalla British Heart Foundation e il Medical Research Council, ed è frutto di una collaborazione internazionale che ha incluso 155 ricercatori provenienti da Regno Unito, Europa continentale, Nord America e Australia.

Vacanze Si chiama barefoot therapy e l'estate è la sua stagione: il contatto diretto con la terra aiuta a recuperare energia

Oli essenziali e ozonoterapia A piedi nudi (però perfetti)

A piedi liberi. Soprattutto d'estate, «slegati» da calze e scarpe, diventando i nostri biglietti da visita. Ma non solo. Riflettono il nostro stato di salute, hanno un loro linguaggio e anche degli specifici rituali di bellezza necessari per mostrarli al massimo dello stile.

Una boccata d'ossigeno

Il primo scopo è rivitalizzarli. «Con l'ossigeno e ozonoterapia — spiega Mariabruna Zorzi, titolare dell'omonimo salone di bellezza di Brescia (mariabrunabeauty.it) —. Due o tre volte alla settimana si effettuano lavaggi in acqua con ossigeno (per ravvivarli) e con ozono (per purificarli). I piedi subiscono un cambiamento quasi istantaneo». Il secondo passo è la nutrizione: «Massaggi con olio d'oliva extravergine e oli essenziali di lavanda (depura), arancio (dona luminosità) e tiglio (lenisce, si usa in caso di gonfiore). Al termine, si utilizza la paraffina per "fissare" e trattenere in profondità tutte le sostanze nutritive». Un tocco di stile? «Smalto semipermanente che dura tre settimane perché aderisce all'unghia. Per il colore punterei sul giallo, il verde o il blu». Un consiglio per il mantenimento a casa: «Pediluvii con il sale grosso e oli essenziali di can-

L'obiettivo

Ogni essenza ha il suo scopo: la lavanda depura, l'arancio dona luminosità, il tiglio lenisce e aiuta in caso di gonfiore

fora e menta. Hanno la capacità di mantenere il piede fresco e sgonfiare. Si conclude con un massaggio con crema idratante e nutriente».

A contatto con la terra

A scoprire per prime il piacere di camminare a piedi nudi sono state le star americane. E la moda è partita. Si chiama *barefoot therapy*. «Il contatto con la terra aiuta a recuperare energia e a riattivare la circolazione — dice il podologo Massimo Ricciardi —. Senza scarpe o tacchi, si ritrova un appoggio naturale, si favorisce una postura corretta e si allenano i muscoli delle gambe». Il cosiddetto *grounding* è conosciuto nello yoga così come nel T'ai chi ch'uan e nel Qi Gong. Recenti studi dimostrano che lo scambio diretto tra la nostra pelle e gli elettroni che si accumulano sulla superficie della Terra serve a neutralizzare le molecole instabili nell'organismo, all'origine di molti danni fisici. Si tratta dei radicali liberi, responsabili di distruzione cellulare e invecchiamento. Camminare 30 minuti al giorno a piedi nudi ricarica queste cellule positivamente per tornare in sintonia con la componente energetica e migliorare il sistema immunitario.

Uno «specchio» multidimensionale

Secondo i principi della riflessologia plantare nei piedi sono presenti le terminazioni nervose che agiscono su tutto il corpo. Stimolando opportune zone si agisce sui vari organi, proprio come se venissero effettivamente toccati e massaggiati, al fine di migliorarne il funzionamento e ripristinarne l'equilibrio. L'evoluzione? La tecnica è diventata multidimensionale. Durante una seduta si può praticare dalla dattiloscopia (lettura psico-emozionale delle dita dei piedi) fino alla cromopuntura (colori al posto degli aghi) per avere una visione più completa della «disarmonia». Ogni segno del piede ha una sua lettura: anche una semplice callosità può manifestare uno squilibrio fisico.

Linguaggio particolare

Geoffrey Beatty, preside della facoltà di Psicologia della Manchester University, ha dimostrato che i piedi rivelano il nostro stato d'animo molto più dell'espressione del viso o dei gesti delle mani. Insomma, è lì che si deve guardare per capire una persona. «I maschi li muovono in maniera indipendente dai sentimenti, tranne in due situazioni: se li tengono fermi, sono stati infedeli, se invece li agitano in continuazione, sono nervosi.

Le nuove tecniche

Durante una seduta si può praticare dalla dattiloscopia fino alla cromopuntura. Ogni segno del piede ha la sua lettura

Quando una donna non tiene i piedi fermi mentre ride, è uno dei segnali più chiari e potenti che il suo interlocutore le piace. E anche se li allarga o li avvicina a chi le sta parlando significa che ne è attratta. Al contrario, se li incrocia o accavalla le gambe, non è un buon segnale».

A lezione di stile

La camminata (soprattutto con il tacco) ha una sua tecnica per far sembrare i propri passi disinvolte e armonici. «La seduzione nasce infatti dalla naturalezza — dice Ricciardi —. Iniziando con il piede destro, si poggiano i talloni su una linea retta che immaginiamo lungo il percorso, le punte sono leggermente fuori. Quando si fa un passo in avanti si muove ciascun piede con la caviglia che supera quella dell'altro, mentre il ginocchio è piegato. Ora la gamba si raddrizza e il piede si posa dolcemente per terra».

Rossella Burattino
rburattino@corriere.it

