

Farmacista33

IL QUOTIDIANO ONLINE DEL FARMACISTA ITALIANO

Usa, pillola giorno dopo da banco anche sotto 17 anni

Negli Stati Uniti, la pillola del giorno dopo diventa farmaco da banco disponibile per tutte le donne, anche per le ragazze con meno di 17 anni. Lo ha deciso un giudice della Corte Federale di Brooklyn, che ha ordinato alla Food and drug administration, di annullare la decisione presa nel 2001 che stabiliva la dispensazione del farmaco solo alle donne di età superiore ai 17 anni. La battaglia per rendere disponibile il farmaco per tutte le donne senza limiti di età si protrae dal 2005, da quando, cioè, il Center for reproductive rights fece causa all'amministrazione Bush che non voleva trasformarlo in farmaco da banco. In seguito l'Fda ne ha consentito la vendita alle donne di età superiore ai 18 anni, un limite poi ridotto di un anno. Alla liberalizzazione totale chiesta dal giudice che si era occupato del caso, si era infine opposta il ministro della Salute **Kathleen Sebelius**.

■ **SANITÀ** / Le attività dei Collegi delle ostetriche della Lombardia

Ostetrica, professione antica e attuale

Questa figura ha assunto oggi un ruolo ad ampio spettro e si cura dell'intera famiglia

In base alle leggi vigenti, quella dell'ostetrica/o è la professione che si occupa, in piena autonomia e responsabilità, del benessere fisico e psichico della donna, della coppia e della famiglia in tutto il suo percorso evolutivo (nascita, infanzia, adolescenza, maturità, gravidanza, menopausa, terza età), nel contesto sociale in cui vive. Un tempo veniva chiamata levatrice ed era una figura fondamentale nella società che si occupava delle donne e dei bambini, soprattutto durante la gravidanza, il puerperio e l'allattamento. Successivamente, i mutamenti sociali, culturali, sanitari e i progressi scientifici ne hanno fatto una figura professionale fondamentale in molti settori della sanità nell'ambito preventivo, curativo e riabilitativo. Tant'è che le sue competenze professionali sono oggi regolate da precise leggi dello Stato, in adeguamento alle direttive dell'Unione europea. All'interno di consultori familiari, ospedali, università, ambulatori pubblici o privati e cliniche, sul territorio e a domicilio, l'ostetrica/o si occupa di assistenza alla donna sia in ambito ostetrico sia ginecologico. Nel primo caso, facendosi

carico del controllo e dell'assistenza alla gravidanza e dell'individuazione precoce di eventuali rischi. Interviene poi nella valutazione del rischio per la scelta del luogo del parto, che è concordata con la donna o la coppia. Fornisce, inoltre, sostegno e accompagnamento alla donna o alla coppia nel percorso di educazione alla nascita e nel processo genitoriale. Assiste la donna durante il post-parto e nella fase puerperale. Oltre agli aspetti di assistenza sanitaria, si occupa di sostenere la mamma e il bambino favorendo l'allattamento e l'accudimento. Anche l'educazione globale alla salute e alla sessualità rientra nelle competenze dell'ostetrica/o, funzione che si esplica tramite corsi post-parto e supporto alla famiglia. Si occupa della cura del pavimento pelvico sia prima di una gravidanza sia durante e dopo il parto. In ambito ginecologico, ha competenze nella prevenzione primaria e secondaria dei tumori della sfera genitale femminile, nonché

nella prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale. Si occupa dell'educazione alla salute e alla sessualità per la donna/coppia in età fertile e in menopausa e dell'assistenza e del sostegno alla donna con problemi ginecologici. Infine, offre consulenza alla donna/coppia su contraccezione, infertilità e fertilità. L'acquisizione del titolo abilitante alla professione di ostetrica/o avviene in ambito universitario, attraverso il percorso formativo stabilito per legge (Formazione di base). Successivamente, sono previsti altri percorsi di formazione, volontari od obbligatori (Formazione post-base). La formazione di base prevede un triennio comprensivo di 5.400 ore di corsi al termine del quale viene acquisita la Laurea in Ostetricia che abilita alla professione. La formazione post-base contempla l'aggiornamento continuo delle proprie conoscenze e abilità. Oltre a essere previsto dalla legge, è uno degli obblighi deontologici della professione. Tale aggiornamento può essere svolto in ambito universitario o extrauniversitario. Più in dettaglio, la formazione post-base universitaria pre-

vede: Master di primo livello (1.500 ore di formazione); Laurea specialistica di durata biennale (3.000 ore di formazione); Master di secondo livello (1.500 ore di formazione); Dottorato di ricerca (di durata triennale). Mentre la formazione post-base in ambito extra universitario prevede un aggiornamento professionalizzante ottenuto seguendo corsi, convegni, o seminari. L'ostetrica/o può svolgere la sua professione in Italia e in tutti i Paesi dell'Unione Europea. Esercita la sua attività nelle strutture pubbliche e private (ospedali, università, cliniche private, consultori familiari, ambulatori, territorio, domicilio della donna), ma può svolgere attività libero-professionale in autonomia, fornendo assistenza al parto e puerperio a domicilio, in case maternità e in cliniche private. L'ostetrica/o può inoltre svolgere attività di docenza, ricerca e formazione sanitaria nelle Università, nelle Istituzioni sanitarie pubbliche e private e, per progetti mirati, nelle scuole di ogni ordine e grado. Per ulteriori informazioni, consultate il sito del Collegio interprovinciale delle ostetriche di Milano, Lodi, Monza e Brianza all'indirizzo <http://www.ostetrichemilano.it>.



LAUREMAR - FOTOLIA.COM



Spesa pubblica La revisione

L'Inps ai medici: tagliate i giorni di malattia

Circolare per ridurre del 3% le assenze dei lavoratori. Rivolta dei dottori di famiglia

ROMA — È l'epoca dei tagli, d'accordo. Ma, per risparmiare, le forbici della crisi fanno rotta anche sui giorni di malattia dei lavoratori. Quest'anno i permessi devono essere ridotti del 3% rispetto al 2012, dice una circolare dell'Inps. E per raggiungere questo obiettivo il modo è semplice: le visite fiscali devono essere più fiscali. Il documento dell'Istituto nazionale di previdenza è del 16 gennaio scorso, serve per la «programmazione e il budget delle strutture territoriali nel 2013». Una lista degli obiettivi fissati per quest'anno. Si parla di tante cose in quelle 34 pagine, anche di «miglioramento dell'economicità delle visite di controllo», cioè le visite fiscali. E come si migliora questa economicità? Con «l'incremento del 3% degli importi recuperati per effetto della riduzione della prognosi». Riduzione della prognosi, cioè meno giorni di malattia: il nodo è proprio questo.

Le visite fiscali servono a controllare che il certificato firmato dal medico di famiglia non sia troppo generoso o addirittura falso. Il medico fiscale può ridurre o addirittura cancellare il permesso dal lavoro se il malato (e il certificato) sono immaginari. Non capita spesso ma a volte sì. E quando capita l'Inps risparmia: dal quarto giorno di malattia in poi è proprio l'istituto di previdenza a pagare stipendio e contributi al posto del datore di lavoro. Cancellare qualche giorno di permesso, quindi, vuol dire per l'Inps limare una voce di spesa che vale ogni anno 2 miliardi di euro. La metà di quello che ci è costata l'Imu sulla prima casa, tanto per pesare all'ingrosso la questione. Giusto che l'Inps voglia risparmiare, an-

che perché lo farebbe sulla pelle dei furbetti del certificato. Ma è giusto pure fissare quell'obiettivo prima delle visite di controllo, un 3% a prescindere, come fosse il rapporto deficit Pil secondo Bruxelles o le spese da ridurre a insindacabile giudizio del ragioniere d'azienda?

«Così l'Inps dice che il 3% dei certificati firmati dai medici di famiglia è falso», protesta Roberto Carlo Rossi, presidente dell'ordine dei medici di Milano. «Hanno messo la malattia delle persone alla voce costi, come la carta per le stampanti o il toner. Inaccettabile». Una serie di obiezioni che il dottor Rossi ha spedito per lettera all'Inps, con parole accorate: «Il medico che formula una prognosi non può e non deve seguire logiche di carattere economicistico». Ricordando che la legge e il codice deontologico «vietano qualsiasi atteggiamento compiacente» del medico e ne garantiscono «l'indipendenza e la libertà di giudizio». Giù le mani, anzi le forbici, dal certificato. Il problema esiste, però. E non bisogna arrivare ai casi clamorosi, ai malati più immaginifici che immaginari come il magistrato assente per mal di schiena ma pizzicato a regatare in Gran Bretagna, o l'insegnante che il suo certificato lo spediva nientemeno che dalle Bahamas. L'assenteismo c'è, chiunque lavori in un ufficio lo sa. Ancora adesso, solo per fare un esempio, il giorno in cui ci sono più malattie è proprio il lunedì. Con buona pace del ministro della Salute Costante De Gennaro che 30 anni fa, quando di fatto creò il medico fiscale, disse che «darsi malati in ufficio, magari per allungare il week end, diventerà quasi impossibile».

Gli abusi non sono soltanto un co-

sto per l'Inps, cioè per le casse pubbliche e quindi per tutti. Ma anche un'ingiustizia per chi si dà malato solo quando lo è sul serio. «Per carità — dice il presidente dell'ordine dei medici milanesi — qualcosa si può aggiustare. Ma invece di tagliare le malattie dall'alto discutiamone tutti insieme: l'Inps, il ministero della Salute, i medici. E vediamo che cosa si può migliorare». Per il momento la sua lettera è rimasta senza risposta. E dall'Inps parlano di polemica esagerata. Perché quella circolare è solo un documento di programmazione interno. E perché la riduzione del 3% è una «tendenza attesa, che deriva anche dall'andamento degli ultimi anni». Ma il dibattito è aperto perché l'Inps è disponibile ad un «tavolo di confronto a livello nazionale». Se è vero che gli sprechi e i furbi sono da combattere, del resto è anche vero che l'austerità può fare male alla salute. Non lo dice l'ordine dei medici, che in questa vicenda difende anche i suoi iscritti, ma *The Lancet*, una delle riviste scientifiche più autorevoli del mondo. I suoi ricercatori hanno confrontato le misure prese per raddrizzare i conti in Grecia, Portogallo e Spagna con quelle adottate in Islanda, dove le sforbiciate al welfare pubblico sono state minori. E sono arrivati alla conclusione che tagliare la sanità per correggere le finanze pubbliche è pericoloso non solo perché può aggravare la recessione, scaricando i costi sulle famiglie. Ma perché aumenta i tassi di suicidio, alcolismo, depressione e malattia mentale.

Lorenzo Salvia
lsalvia@corriere.it

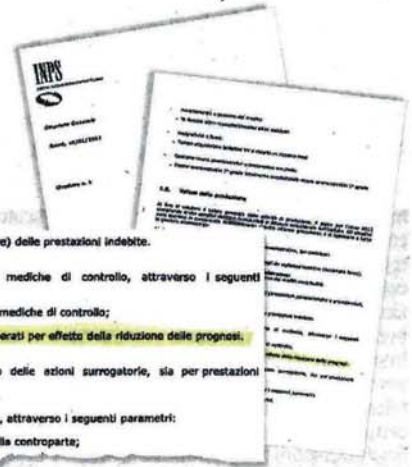
© RIPRODUZIONE RISERVATA

La replica

«Le norme devono garantire l'indipendenza e la libertà del medico. No a diagnosi dettate da motivi economici»

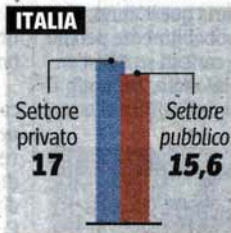
Le misure

Per raggiungere gli obiettivi, le visite fiscali saranno più rigide



Il confronto tra pubblico e privato

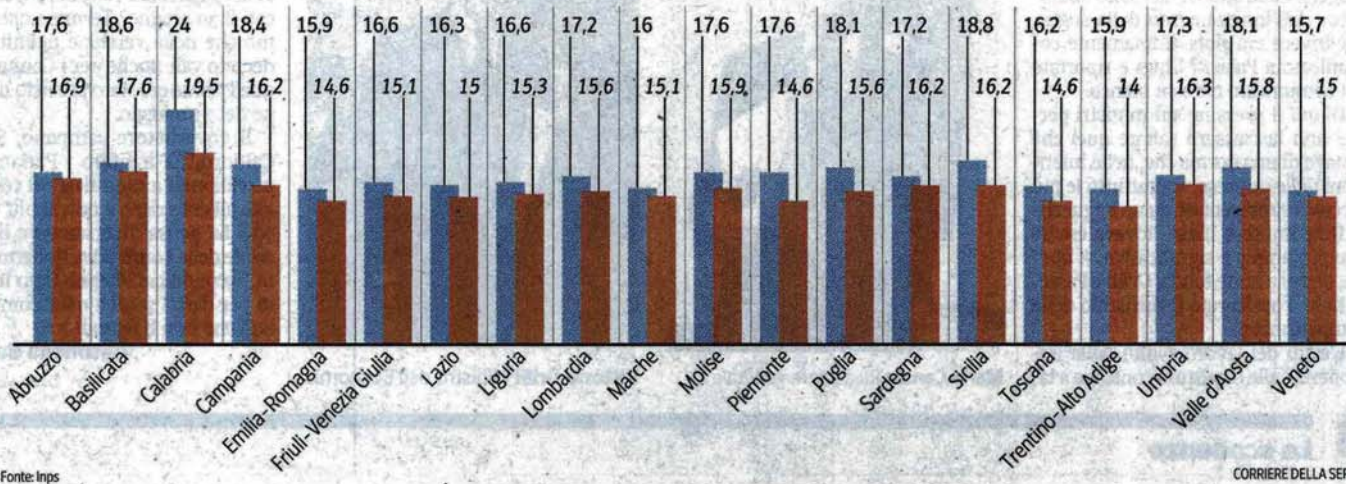
Numero medio annuo di giornate di malattia per lavoratore



La circolare

Il documento dell'Inps del 16 gennaio scorso per la «programmazione e il budget delle strutture territoriali nel 2013»

- 5) recupero prestazioni indebitate: Miglioramento del 3% dell'accertamento (valore) delle prestazioni indebitate.
- 6) Visite mediche di controllo: Miglioramento dell'economicità delle visite mediche di controllo, attraverso i seguenti parametri:
 - 6.1 Riduzione del 5% dei costi delle visite mediche di controllo;
 - 6.2 Incremento del 3% degli importi recuperati per effetto della riduzione delle prognosi.
- 7) Azioni surrogatorie: Incremento del 5% del valore complessivo delle azioni surrogatorie, sia per prestazioni pensionistiche che non pensionistiche.
- 8) Contenzioso: Miglioramento dell'economicità del contenzioso, attraverso i seguenti parametri:
 - 8.1) Riduzione del 10% delle spese legali della controparte;



Fonte: Inps

CORRIERE DELLA SERA



Robot-chirurghi, il boom in Italia in un anno settemila interventi

IL LIVELLI DI PERFEZIONE RAGGIUNTI DALLE MACCHINE "ANDROIDI" HANNO PORTATO LE OPERAZIONI A CRESCERE DEL 40% NEL 2012. IN TUTTO IL MONDO IL TOTALE È STATO DI 200.000. E VISTO CHE SI OPERA IN MICROCHIRURGIA, SI RIDUCONO I TEMPI DI DEGENZA E SI RISPARMIA

Valerio Maccari

Roma

Provincia di Rieti, pochi giorni fa. Un intervento chirurgico ad altissimo livello di difficoltà: la rimozione di una neoplasia dall'unico rene rimasto di un paziente senza compromettere l'organo. Un compito portato a termine, con successo, da un'équipe di medici eccezionali, che si sono potuti avvalere dell'aiuto di un collega in più: il robot chirurgo Da Vinci, che con le sue doti di precisione micrometrica ha permesso al gruppo di medici di isolare selettivamente la parte da asportare senza causare lesioni. Non è un caso isolato: sono sempre di più le sale operatorie hi-tech. Tra gli strumenti ipertecnologici più utilizzati spicca proprio lui, Da Vinci. Che ha una storia lunga che però ha conosciuto un'accelerazione negli ultimissimi anni. La sua prima incarnazione è addirittura del 1990, quando l'istituto no-profit Sri International propose un prototipo all'agenzia del Dipartimento della Difesa Usa per lo sviluppo di nuove tecnologie per uso militare.

Dopodiché le potenzialità commerciali dello strumento attirarono l'attenzione della Sili-

con Valley. Dal 1999, la Intuitive Surgical inizia la vendita diretta del Da Vinci, attualmente ad un prezzo che si aggira intorno agli 1,5-1,75 milioni di dollari, a seconda dei modelli e degli accessori. La macchina, che da spenta assomiglia a un ragno ripiegato su se stesso, permette, sotto la guida di un chirurgo umano seduto nella consolle di controllo, di utilizzare i suoi molti bracci per praticare incisioni, mentre il medico 'pilota' vede in tempo reale le immagini in tre dimensioni di quello che sta succedendo. Nonostante il costo elevato, la poca invasività ottenuta operando tramite il Da Vinci lo ha reso uno strumento estremamente diffuso, soprattutto per l'utilizzo in operazioni delicate come proctomie e uterectomie, tanto da valere per la Intuitive Surgical la sesta posizione della classifica Forbes delle società più innovative.

Anche in Italia ce ne sono 54, secondo i conti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana: un numero che ci porta al terzo posto della classifica europea, appena dietro a Germania e Francia. L'Italia, spiegano da Pisa, è infatti uno dei territori più all'avanguardia nella chirurgia assistita da robot: l'anno scorso gli interventi sono stati circa 7000, con un incremento del 40% sull'anno precedente; nel mondo sono stati 200.000. Fino a tutto il 2012 nel mondo, fa sapere la produttrice Intuitive Surgical, il Da Vinci è stato utilizzato per più di 500.000 operazioni, e le unità vendute al primo gennaio 2013 erano 2000. Abbastanza per rendere la Intui-

tive Surgical, che nel 2003 ha acquisito la sua competitoria diretta Computer in Motion, leader del campo con 20 miliardi di dollari di capitalizzazione. Un grande successo, anche se non mancano le polemiche: esattamente come per la medicina tradizionale sono cominciate in America le cause di *malpractice* che stavolta anziché i chirurghi investono l'azienda produttrice, la Intuitive Surgical, accusata in particolare di praticare scarsa formazione agli operatori e la società.

Bagarre che non fermano la corsa dei chirurghi elettronici. La rapida espansione della chirurgia hi-tech, o meglio robotic-aided, ha infatti portato all'aumento dell'utilizzo degli strumenti robotici in molti dei campi di intervento chirurgici. E se il Da Vinci è pensato come robot multiscopo, adatto a più tipologie di operazioni chirurgiche, c'è spazio per chirurghi robot anche in altri campi, dall'ortopedia, all'urologia, passando per ginecologica, chirurgia toracica e addirittura otorinolaringoiatria, considerati terreni fertili per eventuali applicazioni di chirurgia robotica. Ne è un esempio Rio - in uso anche in Italia: braccio robotico interattivo prodotto dalla Mako Surgical, è impiegato soprattutto per le operazioni per gli interventi di chirurgia protesica al ginocchio. Dai risultati del Policlinico di Albano Terre, il primo in Italia ad usarlo emerge che l'impianto di protesi installato tramite il sistema robotico è tre volte più accurato rispetto alla tecnica manuale e permette un risparmio di sostanza ossea che si traduce in una

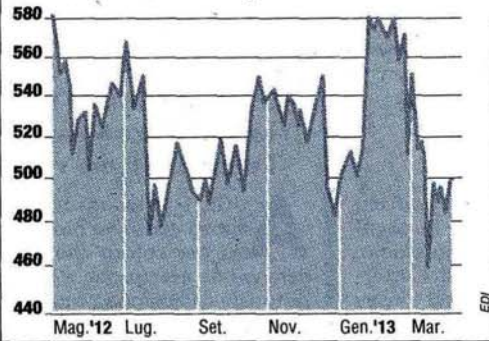
duttilità maggiore della protesi stessa.

Tra Da Vinci e Rio, secondo le stime dell'International Federation of Robotics, l'anno scorso le vendite di robot medici sono salite del 13%: a guidare la carica soprattutto i robot che assistono le operazioni chirurgiche e le riabilitazioni terapeutiche. Nel 2025, stima sempre la Ifr, il valore di mercato mondiale di questi prodotti sarà intorno ai 90 miliardi di dollari. Certo, l'alto costo dei robot da sala operatoria, che i 2,5 milioni di dollari a seconda delle componenti e delle funzioni, unito alle difficoltà finanziarie sperimentate un po' in tutti i mercati tradizionali, potrebbero causare un inatteso rallentamento delle vendite. Per questo Intuitive Surgical ha iniziato ad espandere il numero di procedure operabili attraverso Da Vinci, in modo da rendere più giustificabili per sistemi ospedalieri e cliniche gli alti costi sostenuti. e a puntare, come tutte le imprese dell'hi-tech, siano software di dipartimento o hardware medico, sugli unici mercati che mostrano ancora qualche vitalità: quelli dei Paesi emergenti, dove Da Vinci è ancora poco diffuso. Ma alla Surgical tracciano un ulteriore percorso per permettere l'ulizzo di versioni di Da Vinci anche nelle operazioni chirurgiche per ora robot-free. «In tutto, vengono eseguite 240 milioni di operazioni chirurgiche», spiega il portavoce Jonathan Sorger. «Stimiamo che, appena le tecnologie ottiche impiegate nei nostri robot saranno ulteriormente maturate, la chirurgia robotica potrà allargarsi a molte altre procedure».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTUITIVE SURGICAL IN BORSA

Dollari al Nasdaq



DOVE SONO I ROBOT EUROPEI

Numero di centri attrezzati



[IL CASO]

Studiare con la App nelle facoltà di specializzazione



Roma
Hi-tech nelle sale operatorie e anche sull'iPad. Una App simula con un'alta precisione le procedure chirurgiche e gli strumenti utilizzati, mettendo alla prova l'abilità dei futuri chirurghi quando sono alla specializzazione. Si chiama Touch Surgery e richiama un gioco degli anni '80: l'allegro chirurgo. Ma non è un gioco bensì un'applicazione didattica molto evoluta, che insegna con prove guidate procedure complesse come colecistictomia, operazioni al ginocchio, interventi alla cuffia dei rotatori. «L'i-

dea - spiega l'inventore e chirurgo Jean Nehme - ci è venuta dalla direttiva sul lavoro dell'Unione Europea che ha ridotto l'orario dei chirurghi da 100 a 40 ore settimanali. Con l'effetto di una diminuzione della disponibilità dei chirurghi di seguire gli apprendisti». Che ora hanno uno strumento in più per continuare ad esercitarsi. Aprendo Touch Surgery si possono scaricare 12 moduli corrispondenti ad altrettanti scenari chirurgici possibili nella vita reale.
(v.mac.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

www.ecostampa.it



Un "termometro" per capire i dolori dei bimbi

► I pediatri a scuola per interpretare cefalea e mal di pancia

LA RICERCA

ROMA Quando un bambino punta il dito verso la pancia o verso la testa e dice di sentire dolore per i genitori è panico. Una pioggia di domande, il timore di non riuscire a capire. Spesso, la visita del medico. Al quale il piccolo ripete, a volte piangendo, che ha male. Che ha «la bua» come prevede il linguaggio base dell'infanzia.

Ma quanto dolore? Dove le fitte? Sempre o intermittenti? Negli ospedali, da anni, sono entrate nelle scale grafiche per rendere più chiaro il concetto di male, appunto. Quello che non si vede da fuori ma si percepisce e porta negli studi dei pediatri la metà dei piccoli pazienti. Un rompica-po a casa e, in molti casi, anche dal medico. Che non sempre riesce ad interpretare, con la sola comunicazione verbale, l'intensità della sensazione e l'organo colpito. Da qui, l'aiuto degli esami per immagini.

LO STUDIO

Proprio per trovare nuovi meto-

di capaci di interpretare il malessere dei bambini la Federazione italiana medici pediatri ha creato un gruppo di studio (Nientemale junior - www.nientemale.it) per diffondere l'uso dei termometri del dolore. Per semplificare e rendere ancora più preciso il lavoro di settemila pediatri di famiglia che contano circa cinquemila visite all'anno. Nel 2-3% dei casi il dolore è sintomo di un problema grave. Si tratta, per esempio, di cefalea o emicrania, (tra i 6 e i 12 anni), dolori addominali e muscolo-scheletrici (tra i 2 e i 12 anni).

Il gruppo di specialisti penserà al male che l'adulto non vede ma anche a quelle situazioni in cui il bambino è costretto a fare i conti con un forte dolore. Come i punti dopo un incidente, una cura pesante nei casi di malattie pesanti o la riduzione di una frattura. Perché obbligarli a soffrire? Oggi il 42% dei pediatri, come rileva un sondaggio fatto dalla Fimp, non utilizza alcun metodo per la rilevazione del dolore mentre il 61% auspica un atteggiamento multidisciplinare per sedare il malessere.

Tra gli strumenti di lavoro per gli specialisti (la campagna di sensibilizzazione è patrocinata dal Ministero della Salute) anche un poster che riporta una serie

di faccine. Da quella più contenta a quella più triste. Con queste il bambino può indicare quanto è intenso il suo dolore. Accanto alle faccine anche informazioni sulla diagnosi, le opzioni terapeutiche, farmacologiche e non. Quelle non farmacologiche sono indicate in base all'età del bambino. Vanno dal contatto fisico (accarezzare, cullare, toccare) per quelli fino a due anni, al gioco al racconto di storie e alla lettura fino a 6 anni. Sono elencate anche la musica e le tecniche di respirazioni per i più grandi.

IL TEST

A tutto questo, oltre all'ascolto del piccolo, si aggiungono esami fisiologici (aumento frequenza cardiaca e respiratoria, pressione, sudorazione palmare). Un percorso nuovo per decifrare il dolore e capire in tempi brevi quale può essere la patologia che lo ha scatenato.

«Sono molti gli ostacoli che dobbiamo superare - spiega Giuseppe Mele presidente Fimp -. Il primo è di tipo culturale. Questo non ci ha consentito il superamento dei retaggi degli anni Ottanta. Quando la maggior parte delle comunità scientifica riteneva che il bambino non provasse dolore».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le faccine per trovare la cura



fonte: "NienteMale"



Le coccole? Non bastano mai Toccarsi fa bene a nervi e cuore

La scienza conferma: le effusioni attivano reazioni chimiche positive

Loredana Del Ninno

ALZI la mano chi, dopo essere stato accarezzato, non ha mai sperimentato uno stato di benefica 'trance'. Tutto vero, anzi la scienza ha chiarito di recente che non è soltanto una questione psicologica. I ricercatori del California Institute of Technology (Caltech) di Pasadena hanno individuato infatti i 'neuroni delle coccole', circuiti nervosi che trasmettono al cervello sensazioni di rilassamento e benessere, distribuiti su tutto il corpo e maggiormente concentrati sul viso e sulle braccia.

«Toccarsi fa bene al cuore e distende i nervi — conferma Edoardo Boncinelli, neuroscienziato e autore del libro *Quel che resta dell'anima* —; tra gli animali è molto importante perché stabilizza le relazioni sociali e favorisce la coesione. Si pensi, ad esempio, al *grooming*, lo spidocchiamento, una pratica comune tra gli scimpanzé, necessaria a togliere i parassiti, ma fondamentale a creare una relazione affettiva stabile tra i membri della stessa comunità».

Coccole e carezze sono essenziali anche a fini evolutivi. «Il contatto fisico favorisce una crescita sana — prosegue Boncinelli —. Studi noti da tempo dimostrano che una percentuale di bambini allevati in orfanotrofio ha sviluppato deficit emotivi proprio perché carente di un'affettività che passa attraverso lo scambio di effusioni».



Il neuroscienziato Edoardo Boncinelli; la sua ultima fatica è *Quel che resta dell'anima*

Le mani che sfiorano la pelle provocano nel cervello il rilascio di dopamina, un neurotrasmettitore che, se scarsamente presente, sembra favorire la depressione. Essere coccolati tiene quindi alla larga l'umor nero e quando ciò non si verifica, per non rischiare l'astinenza, si può ricorrere a un bel massaggio. «Certo non è la stessa cosa che ricevere affettuosità da chi si ama — conclude Boncinelli —, ma il

piacere legato all'essere sfiorati è indipendente da chi ci massaggia».

MA perché alcune carezze piacciono e altre no? Tutto dipende, sempre secondo la ricerca condotta dal Caltech, dal modo in cui il cervello registra le emozioni trasmesse dal tatto. L'esperimento ha coinvolto 18 uomini eterosessuali: è stato chiesto a una donna di lisciare con il palmo della mano le loro gambe. I partecipanti non potevano vedere chi li accarezzava: in una prima fase dell'esperimento, a tutti è stato comunicato che a toccarli era una donna molto attraente, in una seconda che si trattava di un uomo. Dai risultati, rilevati grazie alla risonanza magnetica funzionale (lo strumento che evidenzia le zone del cervello attive in un determinato momento), è emerso che l'area cerebrale della corteccia somatosensoriale primaria diventava più attiva quando i volontari credevano che ad accarezzarli fosse una donna.

Esistono però anche persone che sembrano non subire il fascino delle carezze. «Secondo una ricerca condotta in Svezia — spiega Nicoletta Berardi, docente di psicobiologia all'Università di Firenze — i

TERAPIA

Il contatto fisico migliora anche la relazione tra medico e paziente

soggetti che non percepiscono come piacevole la stimolazione tattile legata a una carezza sono privi di una popolazione specifica di cellule nervose deputate al riconoscimento dello stimolo».

Essere toccati sembra migliorare anche la relazione terapeutica tra medico e paziente. Racconta Luigi Catizone, specialista in nefrologia: «Ricordo l'esperienza di un giovane medico impegnato in una casa di riposo. Una sua paziente quasi ogni giorno gli chiedeva insistentemente di controllare il battito cardiaco, anche in assenza di particolari sintomi da riferire. A un certo punto il medico domandò alla signora il motivo della richiesta e la paziente rispose candidamente: 'Quando lei, dottore, mi tocca, mi sento ancora meglio'. 'Toccare' il paziente è una necessità per il medico e per il paziente stesso, che si sente rassicurato. In questo modo si realizza quindi un'empatia indispensabile alla relazione».

TUTTI I SEGRETI DEL BACIO

La filematologia analizza scientificamente ogni aspetto del bacio. Si calcola che nell'arco di una vita il tempo trascorso a baciare corrisponda a circa due settimane



TRE PUNTI



Ossitocina, l'ormone che sposa le carezze

L'ossitocina è 'l'ormone delle carezze', sembra che sia coinvolto anche quando ci innamoriamo e quando proviamo empatia e fiducia verso qualcuno. Secondo un recente studio targato Francia, gli uomini che sfiorano una donna hanno più possibilità di ottenere il numero di telefono.

Ragni, quella dolce voglia di intimità

Un esempio di sana gestione dell'intimità arriva dal regno animale e precisamente dai ragni. Gli esemplari maschili prima dell'accoppiamento passano parecchi minuti ad accarezzare le zampe della compagna.



A Berkeley nasce la pelle artificiale

Un gruppo di ricercatori dell'Università di Berkeley ha sviluppato la prima pelle artificiale sensibile al tatto, brevettata per essere applicata sui robot, ma in futuro potrebbe essere collegata ai nervi umani e fornire protesi più efficienti.

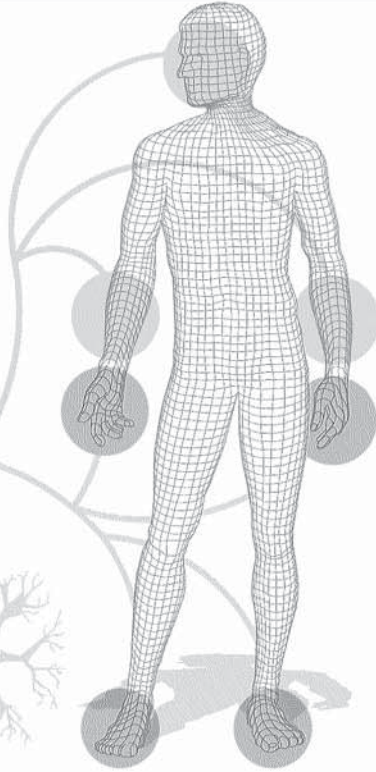
Il valore della tenerezza

I neuroni del contatto

Siamo dotati di cellule nervose che si attivano in risposta a carezze affettuose e massaggi producendo un senso di appagamento. Si tratta di un senso diverso da quello del tatto e che ha un circuito nervoso appositamente dedicato

- I sensori delle coccole si trovano su tutta la pelle ad eccezione dei palmi delle mani e delle piante dei piedi
- Sono maggiormente concentrati su avambracci e viso

Si attivano solo con carezze affettuose. Non percepiscono punture, pizzichi o contatti troppo frettolosi



I benefici del massaggio

- Il contatto fisico sviluppa la naturale produzione di endorfine
- Percezione e consapevolezza del proprio corpo
- Riducono stress e ansia
- Aiutano a diminuire la percezione del dolore
- Un massaggio ben fatto corrisponde a 4-5 ore di sonno profondo che aiuta la produzione di anticorpi



Bambini

I bambini cresciuti in orfanotrofio che non hanno avuto un contatto fisico continuo con i genitori manifestano carenze emotive



Animali

Accarezzare il proprio cane o gatto per qualche minuto al giorno riduce i problemi cardiocircolatori



Sistema nervoso

Il toccarsi e accarezzarsi reciproco distende i nervi e fa bene al cuore

Amici

Una mano sulla spalla mentre si parla rafforza i rapporti sociali



Coppia

Lo scambio di coccole tra partner rafforza il legame



INFOGRAFICA
A CURA DI
CENTINERII.IT



Carne rossa, un molecola causa i danni al cuore

L'ESPERIMENTO

ROMA Ecco forse il vero colpevole degli effetti deleteri della carne rossa: la L-carnitina, amminoacido presente in questa tipologia di carne, reso famoso dai mondiali dell'82 quando si disse che era stato il segreto della vittoria azzurra.

In una ricerca pubblicata sulla rivista *Nature Medicine* la L-carnitina, oggi molto utilizzata dagli sportivi - forse incautamente alla luce di questo studio - è risultata legata a rischio cardiovascolare.

Lo studio è stato condotto su un campione di individui e su topolini da Stanley Hazen della Cleveland Clinic

Foundation. Il consumo di carne rossa è associato ad aumento della mortalità per molte cause tra cui cancro e malattie cardiovascolari. Gli «ingredienti» della carne rossa finora additati come responsabili degli effetti deleteri

di questo cibo sono grassi saturi e colesterolo; ma forse bisogna guardare altrove per rintracciare i veri «veleni» della carne rossa.

LA MOLECOLA

Infatti gli esperti hanno visto che la L-carnitina viene trasformata in una molecola tossica, l'«ossido di trimetilammina (TMAO), da alcuni batteri presenti nella flora intestinale delle persone che consumano carne (ma non in quella di vegetariani e vegani). Ed hanno visto che le persone che hanno nel sangue alti livelli sia di carnitina sia di TMAO hanno un rischio cardiovascolare più elevato. La carnitina farebbe male proprio perché trasformata in TMAO.

Gli scienziati hanno eseguito degli esperimenti sui topolini e visto che anche negli animali la carnitina viene metabolizzata da alcuni batteri intestinali e trasformata in TMAO; inoltre che è associata a malattia cardiovascolare.

Secondo gli esperti alla luce di questo studio è quanto meno da ripensare il legame tra consumo di carne rossa e malattie cardiovascolari: potrebbe essere la carnitina a spiegarlo, piuttosto che colesterolo e grassi saturi.

LE VERDURE

La carne rossa è stata messa sotto accusa da diversi studi: favorirebbe l'insorgere di varie malattie tra cui il cancro del colon. Per rendere meno dannosa l'assunzione continuata basterebbe accompagnarla con abbondanti quantità di verdure.

Lo suggerisce un gruppo di scienziati neozelandesi del Plant and Food Research Institute che hanno condotto uno studio i cui risultati sono stati pubblicati sul *Journal of Food Science*.



POTREBBE ESSERE LA CARNITINA E NON IL COLESTEROLO O I GRASSI SATURI A PROVOCARE DISTURBI ALL'ORGANISMO

