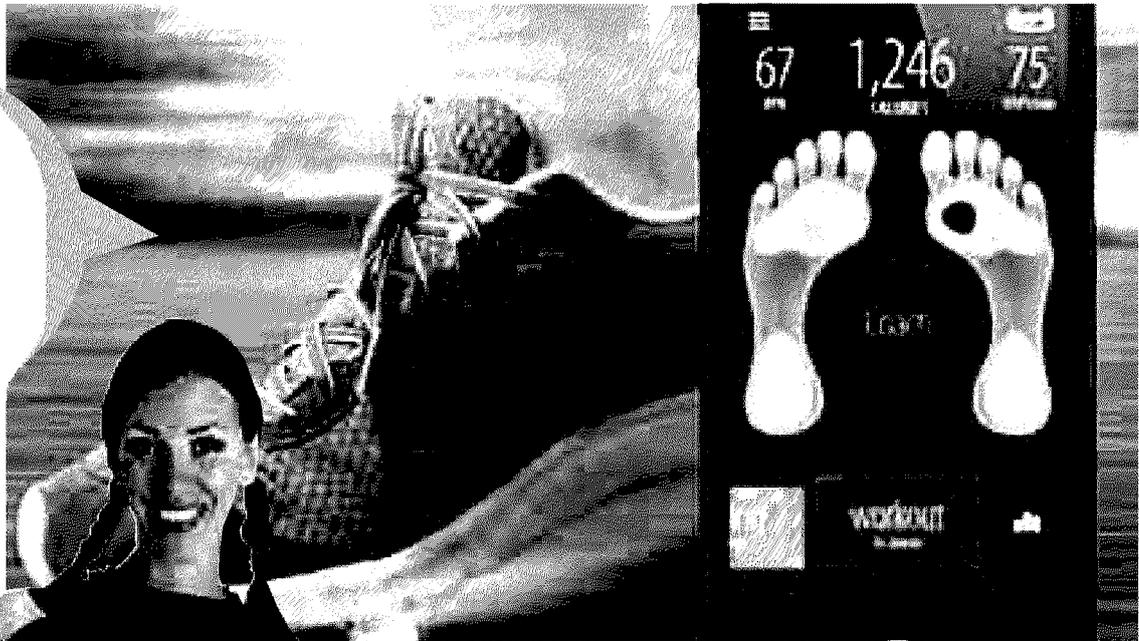


Magliette che "annusano" virus, tutine che monitorano il battito cardiaco, ma soprattutto calzini che trasmettono via wi-fi allo smartphone i dati sull'andatura: le nuove frontiere dell'abito intelligente

È l'abito a farti il check-up



MODA HI TECH

Sopra il calzino intelligente, a destra la tutina per i neonati e a sinistra la T-shirt che controlla il cuore

LA TECNOLOGIA NEW YORK

Puro cotone, lana, seta. Termini noti a tutti. Ma quanti conoscono le parole fiberoelectronics, thermocromic fabric, e-textiles? Impariamole velocemente, perché stanno entrando nel nostro mondo. Parliamo di tessuti e fibre intelligenti. Per usare la parole di un pioniere del settore, l'italianissimo Davide Viganò, che ci parla da Seattle, parliamo di «computer che siano indossabili, potenti,

utili, eleganti, ma anche convenienti». Computer intessuti nelle magliette, nel reggiseno, nei calzini, nella tutina dei bambini, che ci dicono come stiamo, se ci sono intorno a noi virus o batteri pericolosi, se il cuore batte al giusto ritmo, se stiamo respirando bene, se il nostro bambino si è girato nella culla e corre dei rischi, se il nostro passo è regolare. E tutto ciò ci arriva non tramite ingombranti fili e sensori, ma attraverso tessuti sottili e comodi, resi sensibili grazie alla nanotecnolo-

gia. La miniaturizzazione è ormai a livelli tali che possiamo in-



dossare il calzino intelligente e non accorgerci affatto che la pianta è ricoperta di sensori. Possiamo fare indossare a un bebè la tutina che lo proteggerà dalla morte in culla.

CREATIVITÀ ITALIANA

Una delle società all'avanguardia nel settore della tecnologia indossabile è la Heapsylon, creata a Seattle da tre giovani italiani ex ricercatori della Microsoft: Davide Vigano, Mario Esposito e Maurizio

Macagno.

L'azienda produce magliette sportive lavabili in grado di monitorare il numero di calorie che bruciamo, il battito cardiaco e il respiro. Ma il prodotto di punta è il calzino intelligente, Sensoria. Il prodotto viene presentato soprattutto come un ausilio per gli sportivi, poiché trasmette via wi-fi allo smartphone tutti i dati sul vostro passo. Il calzino può diventare un alleato prezioso per gli sportivi, ma promette di essere anche di aiuto per gli anziani: la lettura così attenta dell'andatura può infatti contribuire a prevenire le cadute, che per gli anziani rischiano di essere l'inizio di un tracollo inarrestabile.

L'azienda produce magliette sportive lavabili in grado di monitorare il numero di calorie che bruciamo, il battito cardiaco e il respiro. Ma il prodotto di punta è il calzino intelligente, Sensoria. Il prodotto viene presentato soprattutto come un ausilio per gli sportivi, poiché trasmette via wi-fi allo smartphone tutti i dati sul vostro passo. Il calzino può diventare un alleato prezioso per gli sportivi, ma promette di essere anche di aiuto per gli anziani: la lettura così attenta dell'andatura può infatti contribuire a prevenire le cadute, che per gli anziani rischiano di essere l'inizio di un tracollo inarrestabile.

L'azienda produce magliette sportive lavabili in grado di monitorare il numero di calorie che bruciamo, il battito cardiaco e il respiro. Ma il prodotto di punta è il calzino intelligente, Sensoria. Il prodotto viene presentato soprattutto come un ausilio per gli sportivi, poiché trasmette via wi-fi allo smartphone tutti i dati sul vostro passo. Il calzino può diventare un alleato prezioso per gli sportivi, ma promette di essere anche di aiuto per gli anziani: la lettura così attenta dell'andatura può infatti contribuire a prevenire le cadute, che per gli anziani rischiano di essere l'inizio di un tracollo inarrestabile.

L'azienda produce magliette sportive lavabili in grado di monitorare il numero di calorie che bruciamo, il battito cardiaco e il respiro. Ma il prodotto di punta è il calzino intelligente, Sensoria. Il prodotto viene presentato soprattutto come un ausilio per gli sportivi, poiché trasmette via wi-fi allo smartphone tutti i dati sul vostro passo. Il calzino può diventare un alleato prezioso per gli sportivi, ma promette di essere anche di aiuto per gli anziani: la lettura così attenta dell'andatura può infatti contribuire a prevenire le cadute, che per gli anziani rischiano di essere l'inizio di un tracollo inarrestabile.

L'azienda produce magliette sportive lavabili in grado di monitorare il numero di calorie che bruciamo, il battito cardiaco e il respiro. Ma il prodotto di punta è il calzino intelligente, Sensoria. Il prodotto viene presentato soprattutto come un ausilio per gli sportivi, poiché trasmette via wi-fi allo smartphone tutti i dati sul vostro passo. Il calzino può diventare un alleato prezioso per gli sportivi, ma promette di essere anche di aiuto per gli anziani: la lettura così attenta dell'andatura può infatti contribuire a prevenire le cadute, che per gli anziani rischiano di essere l'inizio di un tracollo inarrestabile.

L'azienda produce magliette sportive lavabili in grado di monitorare il numero di calorie che bruciamo, il battito cardiaco e il respiro. Ma il prodotto di punta è il calzino intelligente, Sensoria. Il prodotto viene presentato soprattutto come un ausilio per gli sportivi, poiché trasmette via wi-fi allo smartphone tutti i dati sul vostro passo. Il calzino può diventare un alleato prezioso per gli sportivi, ma promette di essere anche di aiuto per gli anziani: la lettura così attenta dell'andatura può infatti contribuire a prevenire le cadute, che per gli anziani rischiano di essere l'inizio di un tracollo inarrestabile.

LA CONCORRENZA

Vigano mette nella sua ricerca anche un pizzico di patriottismo: «Noi italiani abbiamo perso il tram di varie ondate di innovazione. Ma come italiani dobbiamo giocare la nuova partita dei computer indossabili». Dopotutto, l'Italia è il Paese della moda. Ma la concorrenza è spietata. Qui negli Usa due delle più famose università hanno aperto aziende dedicate alla ricerca e agli investimenti sulla tecnologia indossabile: il Mit ha creato la tutina Mimo che protegge i bambini dalla morte, è già in commercio a 200 dollari. L'università Cornell ha inventato la giacca che si riscalda quando la temperatura scende e le magliette che "annusano" la presenza di virus o batteri pericolosi. Ma Cornell sa che gli indumenti devono

essere anche appetibili: per questo ha tenuto la prima tavola rotonda con designers ed esponenti dell'industria tessile. Non è lontano, dunque, il giorno in cui vedremo abiti "intelligenti" sfilare sulle passerelle. C'è da sperare, come dice Vigano, che l'Italia questa volta si trovi al volante del tram.

Anna Guaita

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La sanità. Il giudice tiene conto del comportamento del medico e delle buone pratiche

Asl e ospedali obbligati a risarcire il paziente

Un ambito tipico nel quale si presenta il problema della responsabilità del datore di lavoro per i danni causati dal proprio dipendente è quello medico. La materia per sua natura comporta un'alta e costante esposizione al rischio che il dipendente possa causare danni a terzi, e quindi il datore di lavoro - che si tratti di un ospedale o di un'altra struttura medica organizzata in forma imprenditoriale - viene spesso chiamato a rispondere sul piano economico di queste vicende.

La giurisprudenza ha più volte esaminato la materia, mettendo in luce che il soggetto che assume la qualifica di datore di lavoro risponde per tutti i danni che siano derivati al paziente in seguito all'applicazione di trattamenti sanitari sbagliati, sia quando questi abbiano avuto carattere volontario, sia nel caso in cui abbiamo avuto natura obbligatoria. Il danno di questo ti-

po può estendersi alla salute psico-fisica del paziente - anzi, normalmente colpisce in maniera rilevante questo aspetto. Così la giurisprudenza ritiene che l'obbligazione del datore di lavoro non riguarda solo il danno patrimoniale subito dal terzo, ma si estende anche al cosiddetto danno biologico. Con questa definizione si fa riferimento a tutte le conseguenze pregiudizievoli per la salute ed a tutte le menomazioni psichiche e fisiche prodotte dal medico che ha sbagliato l'intervento in maniera colposa o dolosa (senza escludere, in questi casi, anche dei possibili riflessi penali per il medico).

Un altro danno che può accompagnarsi a questa fattispecie è quello morale, che spetta al paziente nel caso in cui la menomazione sia frutto di un comportamento che può essere configurato come un reato. Anche questo danno può essere addebitato al datore di lavoro, se l'illecito è stato commesso da un

dipendente facente parte della struttura sanitaria. Il tema è stato affrontato lo scorso anno dal decreto Balduzzi (Dl 153/2012, convertito in legge n. 189/2012) che, nella forma risultante dalla conversione in legge, ha stabilito che l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve.

Sempre secondo la norma, il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta del medico. La norma in sostanza ha valorizzato la colpa lieve come criterio per ridurre la responsabilità penale, limitando letture più rigide della giurisprudenza, ed ha introdotto come ulteriore possibile scriminante l'applicazione delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PAROLA
CHIAVE**



Il danno biologico

Con questa definizione si fa riferimento a tutte le conseguenze pregiudizievoli per la salute ed a tutte le menomazioni psichiche e fisiche prodotte dal medico che ha sbagliato l'intervento in maniera colposa o dolosa, senza escludere anche i possibili riflessi penali



“Salvate i grassi saturi”

La ricerca: è un falso mito che causino colesterolo e infarto

ALIMENTAZIONE

PAOLA MARIANO

Assolti i grassi saturi (come quelli di carne, latte, burro, strutto): non fanno male al cuore e la guerra mossa contro di loro dagli Anni 70 è paradossalmente coincisa con l'aumento di malattie cardiovascolari e obesità.

La verità sui grassi arriva dalla revisione della letteratura scientifica pubblicata finora, un'analisi condotta da Aseem Malhotra, cardiologo del Croydon University Hospital di Londra e pubblicata sul «British Medical Journal». «Il mantra che i grassi saturi dovessero essere rimossi dalla dieta per ridurre il rischio cardiovascolare ha dominato le linee guida alimentari nelle ultime quattro decenni - spiega Malhotra - eppure le evidenze scientifiche

mostrano che, paradossalmente, queste raccomandazioni hanno aumentato il rischio cardiovascolare». E non solo. «L'ossessione del controllo del colesterolo ha distolto l'attenzione dal vero colpevole dell'arteriosclerosi»: è la frazione minoritaria, ma più nociva, del colesterolo cattivo, detta «Ldl di tipo B», che non dipende da quanti grassi mangiamo, ma da altri fattori, tra cui gli zuccheri.

La lotta ai grassi saturi - ricorda Malhotra a «Tuttoscienze» - inizia nel 1970, quando Ancel Keys pubblica uno studio condotto in sette Paesi che evidenzia una relazione tra incidenza di malattie coronariche e colesterolo nel sangue, a sua volta legato alla quantità di grassi saturi nella dieta. «Lo studio non evidenziava una relazione di causa-effetto tra grassi e cuore malato - continua - e tuttavia, da allora, si disse che fosse necessario ridurre dal 30 al 10% l'introito calorico giornaliero fornito dai grassi. In base alla mia analisi, però, nessuno studio condotto

in seguito ha provato l'esistenza di un legame tra grassi saturi e malattie cardiovascolari».

Anzi. Dall'analisi emerge un'altra verità: i cibi contenenti grassi saturi sono protettivi per il cuore. I latticini, per esempio, sono fonti di vitamine A e D, che riducono proprio il rischio cardiovascolare. Una ricerca ha evidenziato, infatti, che la presenza nel sangue dei grassi saturi dei latticini è associata a più colesterolo buono (Hdl) e meno trigliceridi. Anche la carne rossa, fonte di grassi saturi, è stata accusata di fare male al cuore: ma la colpa sta nell'eccesso di sodio e nitrati usati come conservanti.

Ancora, uno storico studio su «Lancet» ha confrontato tre diete, una contenente il 90% di grassi, una il 90% di zuccheri e una il 90% di proteine e ha mostrato che è la prima a far dimagrire di più. Un recentissimo studio su «Jama», infine, boccia le diete ipolipidiche, perché non fanno dimagrire, mentre rallentano il metabolismo e aumentano la frazione più nociva del coleste-

rolo cattivo, l'Ldl.

Questa è l'altra amara verità: se si riducono i grassi a tavola, di fatto si aumenta l'introito di zuccheri che poi vengono trasformati nell'Ldl di tipo B, piccole e dense particelle contro cui possono poco anche le statine, i farmaci che sono prescritti a milioni di persone contro il colesterolo.

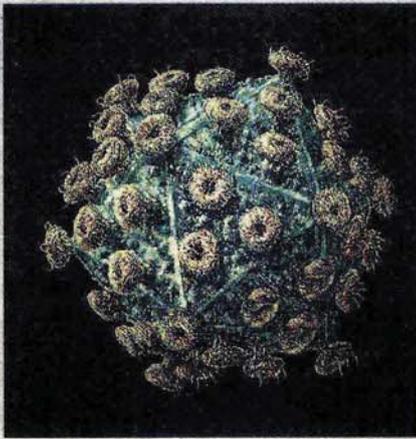
«Questo colesterolo Ldl di tipo B - sottolinea il cardiologo - non dipende da quanti grassi mangiamo, ma soprattutto da quanto zucchero e da quanti carboidrati raffinati ci sono nella nostra dieta. L'industria è prosperata vendendo prodotti cosiddetti «low fat» e sostituendo i grassi con lo zucchero, che si è dimostrato un fattore di rischio indipendente per malattie come diabete e obesità».

Conclusione? «Penso che quella corretta sia una dieta povera di zucchero e di carboidrati raffinati. La dieta mediterranea si è ampiamente rivelata cardioprotettiva, soprattutto se confrontata con le diete povere di grasso».

Aseem Malhotra Cardiologo

RUOLO: È CARDIOLOGO
PRESSO IL CROYDON UNIVERSITY
HOSPITAL DI LONDRA
IL SITO: WWW.CROYDONHEALTH
SERVICES.NHS.UK/





Il virus dell'Aids

Scoperto il mantello dell'invisibilità dell'Hiv

Scoperto il «mantello dell'invisibilità» molecolare che rende l'Hiv capace di nascondersi all'interno delle cellule senza innescare la reazione del sistema immunitario del nostro organismo. Lo studio del Wellcome Trust, pubblicato su «Nature», rivela che, «spogliando» il virus da questo mantello con un farmaco sperimentale, il sistema immunitario riesce a fermarne la replicazione. Ora si pensa a possibili nuovi trattamenti che migliorino le terapie esistenti. Obiettivo, infatti, sono le due molecole nelle cellule ospiti responsabili del «mantello»: colpirle permetterebbe di rendere l'Hiv meno pericoloso e - si spera - di colpirlo con un'efficacia finora mai raggiunta.



Lo studio

L'influenza A e gli scienziati in conflitto d'interessi

Il sospetto circolava, soprattutto dopo precedenti allarmi pandemici (Aviaria e Sars) a conti fatti apparsi eccessivi. Ma, adesso, uno studio inglese denuncia un grave conflitto di interessi scientifico per un altro allarme: l'influenza A/H1N1, una suina «mutata» che nel 2009 si affacciò sulla scena in Messico, cominciando a infettare e a trasmettersi anche tra gli esseri umani. L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) fece scattare le misure per una probabile pandemia. Centinaia i morti e decine di migliaia di contagi nel mondo, concentrati per la maggior parte nel continente americano. Ma alla fine molti meno di quelli che avrebbe causato una vera pandemia. In quell'estate 2009 la paura fu alimentata da esperti e autorità e quasi tutti i Paesi del mondo spesero milioni di euro per «armarsi» contro il contagio con la corsa a vaccini, peraltro inesistenti all'inizio. Questo il quadro. Oggi, però, alcuni scienziati sollevano dubbi sugli accademici che all'epoca denunciarono con maggior frequenza i rischi per la salute legati al virus A/H1N1. Promuovendo anche la corsa urgente all'acquisto dei farmaci. Ebbene, risulterebbe ora che questi accademici avevano, e hanno, legami solidi con le aziende farmaceutiche. Un conflitto di interessi rilevato dall'analisi dei contenuti dei media che hanno diffuso notizie, studi, commenti e opinioni nel 2009-2010 in Gran Bretagna. Delle 74 valutazioni di rischio esaminate, 35 sono state fatte da studiosi in conflitto di interessi. Un business: la sola sanità inglese spese circa un miliardo e mezzo di euro in prodotti farmaceutici. La

denuncia arriva da una ricerca condotta dalla London School of Hygiene and Tropical Medicine pubblicata sul *Journal of Epidemiology and Community Health*.

Mario Pappagallo

 **@Mariopaps**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La dieta «sostenibile» al tempo della crisi Economica, ma sana

Meno carne rossa. Via libera a uova, pesce azzurro, formaggi e cereali: i consigli degli esperti di nutrizione

NOTIZIE CORRELATE

Partendo dal presupposto che il prezzo dei cibi è, insieme al sapore, uno dei fattori che più incide sulle scelte alimentari, l'attuale crisi economica ha indotto molti ricercatori ad occuparsi di alimentazione in rapporto al costo e non solo alla qualità della dieta. In uno studio pubblicato dall'*American Journal of Clinical Nutrition*, i ricercatori della Harvard School of Public Health di Boston hanno considerato i consumi di 78 mila donne americane, valutandone il grado di aderenza a una dieta protettiva per il sistema cardiovascolare e la spesa sostenuta.

SU COSA INVESTIRE - Sebbene una spesa maggiore fosse associata a una dieta più salutare, si è visto che è comunque possibile migliorare le proprie scelte alimentari senza aumentarne il costo. Gli alimenti sui quali, secondo i ricercatori, conviene "investire" sono frutta secca a guscio, soia e legumi, cereali integrali, seguiti da pesce, pollame, verdura e frutta fresca (compresi i succhi). Quelli che invece conviene ridurre, risparmiando di conseguenza, sono le carni rosse e conservate, e i prodotti lattiero-caseari ad alto contenuto di grassi. In un altro studio, sempre sull'*American Journal of Clinical Nutrition*, un ricercatore della Washington University di Seattle ha invece proposto un nuovo criterio di valutazione degli alimenti che permetta di considerarne contemporaneamente il valore nutrizionale e il costo: le uova, il pollo, il latte e i legumi sono risultate le fonti proteiche più convenienti.

I CONSIGLI - Che cosa consigliano gli esperti italiani? «È fondamentale - dice Raffaella Piccinelli, del Centro di ricerca per gli alimenti e la nutrizione - che nella dieta siano presenti tutti i gruppi alimentari, nell'ambito dei quali si potrà però dare la preferenza agli alimenti che abbinino una buona qualità nutrizionale con la convenienza. Per il gruppo di "latte e derivati", ricordiamo poi che, data la ricchezza di proteine e calcio, ne bastano modeste quantità per rendere piatti unici sia i primi sia i secondi. Per quanto riguarda la carne, visto il costo, non resta che seguire le più recenti raccomandazioni che consigliano di non mangiarne troppa, soprattutto se rossa e conservata. Possiamo sostituirla con i già citati prodotti lattiero-caseari, con le uova, convenienti, versatili e nutrienti (una persona sana può tranquillamente consumarne 2-4 a settimana) e con la combinazione di cereali e legumi/frutta secca, come pane e noci aggiunte, per esempio, a una insalata. Per il pesce, nutriente ma costoso, la scelta potrebbe ricadere su quello azzurro (ovvero alici, sgombri, sarde), ricco di acidi grassi omega 3 e meno caro».

LE ABITUDINI DEGLI ITALIANI - «Attenzione, però, - aggiunge Piccinelli - a non far sparire dalla dieta, in nome del risparmio, frutta e verdura: per fare economia diamo la preferenza a quella di stagione, che costa meno. Evitiamo invece bevande gassate e zuccherate, snack e dolci confezionati: pesano sul portafoglio e sono poco salutari» Si tratta di consigli difficili da mettere in pratica? Sembrerebbe di no, tanto è vero che alcuni sono già stati adottati, almeno stando a quanto emerge da una recente ricerca sui consumi alimentari, curata da Domenico Cersosimo, professore di Economia delle istituzioni all'Università della Calabria. Per effetto della crisi economica, gli italiani soprattutto quelli a più basso reddito, - dice Cersosimo - acquistano oggi più uova e pollo, ma meno carne rossa (a parte quella di maiale) e meno bevande, mentre "reggono" i consumi di frutta e verdura. Si consumano, però, più conserve ittiche e meno pesce fresco (ma siamo sicuri che le prime siano sempre davvero le più convenienti?), meno olio d'oliva (non sarebbe forse meglio privilegiare la qualità e controllare la quantità?), più pane e pasta che, seppure "mediterranei", non vanno comunque consumati in eccesso e non devono sostituire le principali fonti proteiche. «Gli italiani - osserva Cersosimo - sono passati dai prodotti più costosi a quelli simili ma più accessibili, e dai negozi tradizionali alla grande distribuzione e ai discount. E, temprati dalla necessità, fanno meno acquisti d'impulso e sono più attenti a non buttare il cibo».

stampa | chiudi

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 12 NOVEMBRE 2013

Certificati medici e attività sportiva. Non è esclusa una “rivisitazione della normativa”

La querelle sui certificati medici non sembra volersi spegnere, anzi. Sono stati avviati tavoli di confronto sul tema presso il Ministero ma il sottosegretario Fadda annuncia: “Se si renderà necessaria una ulteriore rivisitazione normativa, sono convinto che il Governo potrà contare sul sostegno del Parlamento, per addivenire ad una soluzione definitiva”

La schizofrenia normativa sui certificati medici potrebbe non essersi conclusa e non sono esclusi nuovi interventi per risolvere i problemi. Ma facciamo prima un po' d'ordine su cosa è successo negli ultimi 365 giorni sui certificati medici per le attività sportive. Lo scorso anno con l'avvento del Decreto Balduzzi si è avviata una stretta sulla certificazione per l'attività sportiva. In primavera (il 24 aprile) è poi arrivato il [decreto attuativo](#) che fissava le regole precise disegnate dalla Balduzzi. Regole stringenti e che ridefinivano (in un'ottica più improntata alla prevenzione) l'intero panorama dei certificati medici. Una stretta, che tra le misure più rilevanti prevedeva l'obbligo per il medico di effettuare l'elettrocardiogramma per i certificati per le attività non agonistiche e prevedeva l'obbligo di certificato anche per l'attività amatoriale. Norme, però, che se puntavano ad una maggiore prevenzione hanno scatenato la protesta dei medici (nel senso della limitata libertà professionale in merito all'obbligo dell'Ecg) e dei cittadini che vedevano le misure come un ostacolo (anche economico) alla pratica sportiva. Per venire incontro a queste criticità il 20 agosto, nella conversione in legge del [decreto Fare](#), “per non gravare cittadini e Servizio sanitario di ulteriori onerosi accertamenti”, è stato soppresso l'obbligo di certificazione per attività ludico-motoria, mantenendolo per quella sportiva non agonistica, così come è stato eliminato l'obbligo di effettuare l'Ecg per l'attività sportiva non agonistica. A ribadire la misura è poi intervenuta l'11 settembre anche una [circolare ministeriale](#). Ma i problemi non sono stati risolti. Molte palestre per esempio, nonostante non vi sia l'obbligo di certificato medico continuano a richiederlo e lo stesso accade per l'Ecg.

Visto che la matassa ancora tardava a districarsi lo scorso 30 ottobre con il [decreto Pa](#) si è intervenuti nuovamente sul tema prevedendo che per i certificati per l'attività sportiva non agonistica è previsto che questi “siano rilasciati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o dal medico specialista in medicina dello sport ovvero dai medici della Federazione medico- sportiva italiana del Coni”. Ai fini del rilascio di tali certificati, i “medici si avvalgono dell'esame clinico degli accertamenti incluso l'elettrocardiogramma, secondo linee guida approvate con decreto del Ministro della salute, su proposta della Federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri, sentito il Consiglio superiore di sanità. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”.

Ma nonostante ciò l'intera normativa fa ancora acqua come segnalato dal deputato del Pd **Filippo Fossati** che in un'interpellanza dello scorso 8 novembre ha elencato alcune criticità ancora in essere, tra cui quella della disparità di trattamento per attività identiche tra soggetti riconosciuti o meno come sportivi dal CONI.

“Oggi, il quadro delle criticità si potrebbe riassumere in questi punti: noi ci troviamo di fronte a una disparità di trattamento per attività identiche tra soggetti riconosciuti o meno come sportivi dal CONI. Un'attività che la legge definisce ad alto impatto cardiovascolare, ad esempio, se è organizzata da un

soggetto non riconosciuto dal CONI, non è subordinata ad alcuna valutazione da parte del medico”.

“Se è organizzata – ha specificato Fossati - da un'associazione sportiva, necessita invece per il praticante una certificazione corredata da accertamenti diagnostici vari ed approfonditi. Tutte le attività non agonistiche, invece, sono a questo punto una grande famiglia che, dopo l'approvazione dell'emendamento del Senato, comprendono anche le attività ludico-motorie e quelle a bassissimo impatto cardiovascolare, che sono, come recita la legge, il gioco da tavolo e addirittura la partita a carte. Se anche questa viene svolta in contesti privati o associativi non sportivi, o a qualunque titolo organizzati, non ha bisogno di alcun tipo di certificazione o di accertamento diagnostico; ma se la stessa identica attività viene svolta nell'ambito di un'associazione sportiva dilettantistica il certificato ci vuole, anche per giocare a carte, e addirittura la Camera chiede al Governo di reintrodurre, attraverso nuove linee guida, l'accertamento dell'elettrocardiogramma a riposo”.

Fossati poi ha evidenziato anche come “alcune regioni hanno normato, invece, l'attività ludico-motoria, che, non essendo più normata a livello nazionale, ritrova una sua forza. In queste regioni alcuni medici non ritengono, essendoci una normativa regionale che non richiede certificazione, di chiedere agli assistiti, di prescrivere agli assistiti e rilasciare agli assistiti certificati medici per l'attività non agonistica. In tante società sportive si chiede per forza l'ECG a riposo, perché nell'indeterminatezza si ritiene che sia meglio avere un accertamento in più, dato che non sappiamo se il dettato dell'emendamento approvato alla Camera sia direttamente impegnativo o se entra in vigore solo dopo le linee guida. Questo però crea contenziosi e crea un aggravio di spesa. Concludo su questo, perché poi il Governo sa quali sono le richieste che facciamo. La richiesta del deputato è stata infine quella di “reintervenire complessivamente sulla materia con delle nuove linee guida e con un nuovo decreto ministeriale che sani questi punti”.

A rispondere all'interpellanza è stato il sottosegretario alla Salute **Paolo Fadda** che ha specificato in primis come la legge 30 ottobre 2013, n. 125, di conversione del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, è nuovamente intervenuta sulla tematica della certificazione dell'idoneità per l'attività non agonistica, definendo le figure dei medici certificatori (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o del medico specialista in medicina dello sport, ovvero dei medici della Federazione medico-sportiva italiana del CONI), i quali si dovranno avvalere di linee guida, che dovranno essere approvate con decreto del Ministro della salute”.

Ma il sottosegretario ha ammesso le difficoltà in essere. “Non vi è dubbio che il susseguirsi di disposizioni nella medesima materia, e in un intervallo di tempo molto ravvicinato, con modifiche anche sul decreto ministeriale 24 aprile 2013, che a suo tempo aveva attuato le disposizioni di cui al decreto-legge n.189 del 2012, nonché l'intervento legislativo anche da parte di alcune regioni sulla materia, hanno fatto sorgere i dubbi interpretativi che lei ha illustrato, che sono stati quindi ben rappresentati dagli interpellanti”.

In ogni caso Fadda ha rassicurato sul fatto che tali “problematiche sono state poste per un approfondimento anche in sede della Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive, la quale ha condiviso la necessità di avviare iniziative volte alla risoluzione delle suddette criticità”.

Inoltre, il sottosegretario ha specificato come “al fine di superare le difficoltà avvertite ed avviare l'iter di definizione delle previste linee guida, il Ministero della salute ha attivato un tavolo di confronto per dare concreta soluzione alle predette criticità, al fine di garantire la tutela della salute nelle attività sportive e poter ristabilire una maggiore coerenza e linearità interpretativa della disciplina normativa in vigore, e non ultimo a promuovere e sostenere una corretta attività sportiva. Se all'esito del confronto con i tavoli di cui sopra si renderà necessaria una ulteriore rivisitazione normativa, sono convinto che il Governo potrà contare sul sostegno del Parlamento, per addivenire ad una soluzione definitiva e condivisa anche dal mondo dello sport”.

Luciano Fassari

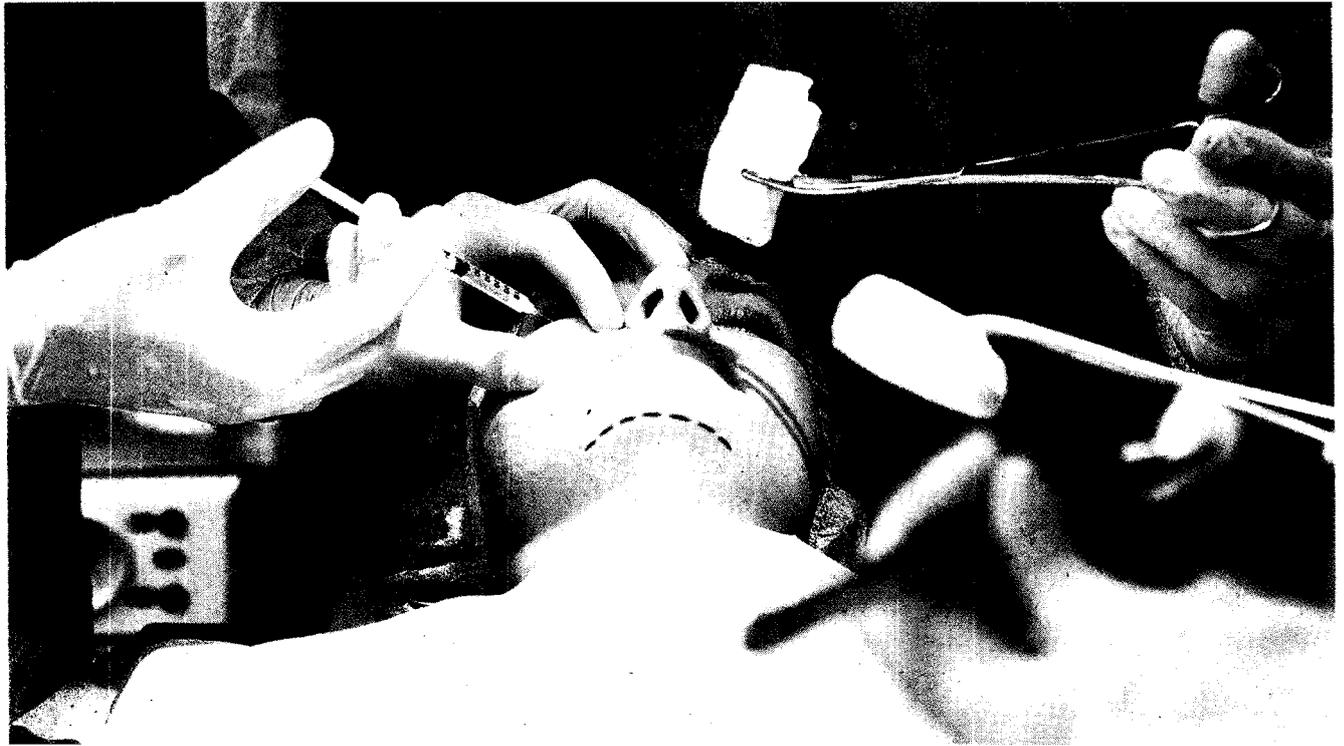
I neonati ci osservano e imparano imitandoci

SIMONA REGINA

L'imitazione è un importante processo di apprendimento, il più economico, fondamentale per acquisire nuove competenze semplicemente osservando gli altri. Il nostro sistema nervoso centrale è provvisto infatti di meccanismi cognitivi e neurali per mezzo dei quali possiamo capire i comportamenti altrui, imitarli e anche anticiparli. Quando per esempio osserviamo qualcuno lanciare una palla, nel cervello si attivano le stesse aree necessarie per l'esecuzione di quel gesto. Ora, una ricerca pubblicata su «PlosOne» dimostra che anche nel cervello dei neonati, quando osservano qualcuno fare dei movimenti, si attivano specifiche aree correlate all'esecuzione di quelle azioni. In pratica, se osservano un adulto che alza la mano o sposta un piede nel loro cervello si attivano le corrispondenti aree della corteccia sensorimotoria deputate a spostare proprio quella parte del corpo. Meccanismo, questo, alla base della capacità di imitare gli altri e di imparare imitando, riproducendo cioè i gesti e i movimenti osservati. Lo studio è stato condotto dalla Temple University e dall'Università di Washington, coinvolgendo 70 bimbi di 14 mesi: mentre osservavano uno sperimentatore toccare un giocattolo, la loro attività cerebrale è stata monitorata, in modo non invasivo, grazie a una serie di elettrodi sul capo. Ed è così che i ricercatori hanno riscontrato un'attivazione organizzata della corteccia sensorimotoria, ovvero una diversa attivazione di aree specifiche del cervello a seconda della parte del corpo usata dallo sperimentatore. Le stesse aree che ne sovrintendono il movimento. Insomma, «i bambini ci guardano e vedono se stessi», conclude Andrew Meltzoff, coautore dello studio.



Le tre regole d'oro per scongiurare un viso effetto maschera



STEFANO RIZZATO

Primo, non vergognarsi. Secondo, non esagerare. Terzo, non aspettare che sia troppo tardi. Se esistesse, il decalogo di chi aspira a ringiovanire inizierebbe così. Perché il pregiudizio che considera un «ritocchino» estetico come una sorta di debolezza da nascondere non è mai morto. Al tempo stesso l'errore più comune è lasciarsi prendere la mano e ritrovarsi con una maschera, tutt'altro che naturale, al posto del viso.

La ricetta del lifting facciale perfetto non esiste e quindi è inutile cercare di copiare dalle dive e dai giornali. Ogni viso - per forma, volumi, caratteristiche della pelle - è unico e richiede una cura complessiva, che parte da alimentazione e stile di vita, passa per cosmetici e per tecniche para-chirurgiche come i «filler» e arriva all'eventuale e faticoso intervento. L'importante è non per-

dere di vista l'obiettivo: un effetto armonioso. «La difficoltà che pone il viso è che è soggetto a un invecchiamento totale, non localizzato - spiega Renato Calabria, medico e chirurgo estetico -. E allora non bisogna cercare di risolvere il rilassamento o le rughe presenti in una zona del volto, lasciando il resto com'era. Il rischio è creare una disarmonia che non ha niente di naturale».

Attivo tra Milano e la California, Calabria viene spesso indicato come «il chirurgo delle dive» per gli interventi su diverse celebrità di Hollywood. E oggi rivela: «Negli Usa si tende ad anticipare l'età in cui si pensa al ringiovanimento del viso. L'obiettivo è agire per tempo, prima che la differenza fra prima e dopo il trattamento sia troppo evidente. È una tendenza che è partita proprio sulla scia delle celebrità e così lì mi capita sempre più spesso di avere donne anche di 40 anni che chiedono qualche corre-

zione. In Italia, ancora non è così e l'età di chi si rivolge a me è più alta, dai 55-60 anni in su».

Le differenze tra i due mondi non si fermano qui. «La donna americana tende a non vergognarsi di un intervento estetico - rivela Calabria -. Credo sia una questione culturale, perché in Italia la priorità è sempre che l'operazione si noti il meno possibile. È come se ci fosse un senso di colpa e il lifting venisse vissuto come una cosa frivola. Non è una banalità: la componente psicologica è decisiva nel risultato e il o la paziente deve dare il proprio contributo a più livelli».

La buona notizia è che oggi, quando sono scelti ed eseguiti con criterio, i trattamenti hanno conseguenze sempre meno evidenti e comportano un decorso piuttosto breve. È il vantaggio dei nuovi micro-lifting, fatti senza il bisturi, ma con speciali laser elettrici, che per-
«Forme, volumi e pelle richiedono sempre



■ SELPRESS ■
www.selpress.com

una cura complessiva»

mettono di coagulare i tessuti tutti allo stesso tempo e di avere ecchimosi e gonfiori ridotti. Insomma, cicatrici minimizzare e tempi di recupero più veloci. «Ma la rivoluzione - aggiunge Calabria - è soprattutto l'uso di vettori verticali per gli interventi in modo da contrastare la forza di gravità. La differenza si nota: i tradizionali vettori orizzontali spesso generavano un look "da tunnel del vento" e rendevano evidente il lifting».

I volti tirati all'indietro e lisciati sono passati di moda e la tendenza è piuttosto quella di ripristinare i volumi. Si punta a riempire, con moderazione, invece che tagliare. «L'esempio migliore è quello degli occhi - prosegue Calabria -. La blefaroplastica, l'eliminazione della cute in eccesso dalle palpebre, è sopravvalutata e rischia di cambiare troppo l'espressione. Per ottenere un aspetto più giovanile è meglio un approccio conservativo, puntando a riempire i tessuti».

Non sempre è necessario un intervento e ottimi risultati si ottengono con metodi meno invasivi e una via più cosmetica che chirurgica. Ma anche in questo - ricordate il decalogo? - è fondamentale non esagerare. «Insistere con prodotti e filler è il modo migliore per creare il classico look "rifatto" e disarmonico - dice Calabria -. Per migliorare il viso bisogna cercare l'armonia e unire tanti tasselli. Per questo serve affidarsi a mani competenti».

Chirurgo

RUOLO: È MEDICO
E CHIRURGO ESTETICO
IL SITO: WWW.DRCALABRIA.COM/MEET.ASP

Il ritocchino

Si trasforma
la filosofia
del «viso
giovane»
a prova
di rughe

Londra Alle mamme 200 sterline da usare nei negozi. Una scelta che divide

Un premio in denaro per chi allatta

Se allatteranno i loro bambini fino al sesto mese dopo il parto avranno 200 sterline per lo shopping, cioè 236 euro. Il progetto, varato dall'Università Sheffield con il governo, intende cambiare l'approccio all'allattamento al seno nelle aree depresse dell'Inghilterra. Dove molte ragazze si vergognano di allattare, anche in casa, per paura di attirare l'attenzione su una parte del corpo così esposta ad attenzioni di tipo sessuale. L'esperimento, se funzionerà, verrà esteso su scala nazionale. Il sistema sanitario ha calcolato un risparmio di 40 milioni di sterline.

A PAGINA 29 Serra

A PAGINA 42 commento di Adriana Bazzi

Buoni spesa per chi allatta al seno La scelta che divide gli inglesi

«È diseducativa». «No, risparmiamo prevenendo le malattie»

La ricercatrice

Angela Giusti: «In Italia al limite gli incentivi te li danno per comprare il latte in polvere»

Famiglia

Duecento sterline erogate dal governo britannico alle mamme delle zone più depresse del Paese

Duecento sterline per allattare al seno. Sono duecento-trentasei euro e potranno essere spesi in buoni per i supermercati e i negozi del centro da 130 puerpere del South Yorkshire e del Derbyshire che nutriranno i loro bambini con il latte materno fino al sesto mese. Il progetto pilota è dell'Università Sheffield con la collaborazione del governo e ha lo scopo di cambiare l'approccio all'allattamento al seno nelle aree più depresse dell'Inghilterra. Qui le ragazze non solo si vergognano di allattare fuori di casa, ma anche in casa, per paura di attirare l'attenzione su una parte del corpo così esposta ad attenzioni di tipo sessuale.

La notizia, che compare sulla

stampa inglese dal *Guardian* alla *Bbc*, ha scatenato un dibattito interno, alimentato da chi considera diseducativo dare dei soldi per fare una cosa naturale come nutrire il proprio figlio. Eppure non è la prima volta che il governo dà degli incentivi per correggere comportamenti scorretti, dal fumo all'abuso di cibo. L'esperimento sulle mamme, che se funzionasse sarebbe esteso su scala nazionale, non nasconde però esattamente il desiderio di aiutare chi ha appena partorito. Il Sistema sanitario nazionale risparmierebbe 40 milioni di sterline grazie agli effetti positivi dell'allattamento, che vanno dalla diminuzione di problemi come asma e allergie, al miglioramento delle difese immunitarie e delle capacità visive, oltre alla prevenzione sulla madre per quel che riguarda il tumore al seno. Se si pensa che nelle zone in cui è in corso il programma soltanto una donna su quattro sta ancora allattando al seno alla sesta-ottava settimana rispetto alla media nazionale del 55 per cento, si capisce perché medici e funzionari siano interessati a portare a termine questa sperimentazione. Per le verifiche ci si affiderà alla autocertificazione e ai controlli delle ostetriche del posto.

Eppure questo tipo di incentivi non dovrebbero sorprendere. «In Italia al limite te li danno per comprare il latte in polvere», commenta Angela

Giusti, ricercatrice dell'Istituto superiore di sanità, referente per quel che riguarda i dati sull'allattamento a seno. Dice: «I veri aiuti andrebbero dati per non lasciare sole le mamme. Ho lavorato per due anni in Francia e avevo 300 euro al mese per ciascuno dei miei quattro figli, oltre all'aiuto domestico. Continuare a lavorare, per me, è stata una scelta». Lamenta la mancanza di un dato unico nazionale, perché non ci sono i finanziamenti pubblici per fare un sistema di monitoraggio serio su questo tema. Dall'ultima indagine Istisan risulta che a pochi giorni dal parto il 91,7% delle italiane e il 90,1% delle straniere allatta al seno. Il quinto Rapporto della Convenzione sui diritti dell'infanzia (2012) calcola che al momento delle dimissioni quelle che nutrono il neonato con il proprio latte superano l'80 per cento. Ma cosa succede dopo?

Succede che le percentuali crollano. Perché si torna in ufficio e non è semplice avere a disposizione un angolo tranquillo per usare il tiralatte per la poppata successiva. E malgrado le associazioni dei consumatori abbiano calcolato che il latte artificiale costi 1.200 eu-

ro l'anno per bambino, e che dunque la soluzione «naturale» sia la più economica, la maggior parte delle mamme al terzo mese del pupo è costretta a cedere alla polvere. «Che non sarà mai come il latte materno: quello artificiale è privo della componente anticorpale e del famoso bifido batterio, particolarmente prezioso per l'intestino», spiega la ginecologa milanese Stefania Piloni.

La rivista pediatrica *Archives of Disease in Childhood* assicura che il latte, assieme al contatto pelle-bambino, aumenta le facoltà cognitive e migliora lo sviluppo neurologico. L'Oms lo raccomanda come alimento principale fino al sesto mese. Ci sono, tuttavia, anche mamme che non riescono a produrre latte e che per questo si sentono marchiate a vita. Conclude Piloni: «L'importante è che la madre sia felice. Meglio una mamma con il biberon di una che piange mentre allatta».

Elvira Serra

@elvira_serra

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I dati

81%

La quota delle mamme italiane che allatta al seno



7,3 mesi

La durata media dell'allattamento

I TEMPI



91,7%
Allattano a pochi giorni dal parto



72,3%
A tre mesi dalla nascita



58,4%
A sei mesi dal parto

I CONSIGLI DELL'OMS

- Fino a **sei mesi**
L'allattamento materno deve essere esclusivo
- Fino a **un anno**
Il latte materno si deve usare come alimento principale
- Fino a **due anni**
L'allattamento può continuare se il bambino lo vuole e la mamma lo desidera

LE PROPRIETÀ DEL LATTE

Acqua, proteine, grassi, carboidrati, calcio, vitamine, minerali

D'ARCO

Un unico intervento sostituisce valvola e aorta

È una prima europea: un unico intervento per sostituire la valvola danneggiata e l'aorta ascendente, con un sofisticato sistema hi-tech. A eseguirlo Roberto di Bartolomeo, direttore del Reparto di cardiocirurgia dell'ospedale Sant'Orsola-Malpighi di Bologna. Il sistema usato per l'operazione, prodotto da Sorin Group, è costituito da un condotto vascolare da accoppiare alla valvola aortica pericardica. Uno strumento che - sottolinea di Bartolomeo - «contribuisce a ricostruzioni più accurate, a tempi operatori più veloci e a standard di cura ancora più elevati». Il sistema, introdotto negli Stati Uniti alla fine del 2012, è ora disponibile anche in Europa.

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.



90%
I medici obiettori
al Sud

Bilancio positivo ma obiettori in crescita

**Il successo della legge
sull'aborto: in 35 anni
interventi dimezzati**

INCHIESTA DI **Mariella Gramaglia** ALLE PAGINE 10 E 11

DONNE E DIRITTI

IL BILANCIO

A trentacinque anni dalla legge gli aborti sono più che dimezzati

In nessun altro Paese le minorenni restano incinte così poco
Due ginecologi su tre obiettori di coscienza, al Sud punte del 90 per cento

35 ANNI
DELLA
194

INCHIESTA

MARIELLA GRAMAGLIA
ROMA

Ha trentacinque anni. Quasi metà di una vita. Odiata, amata, combattuta, difesa, la legge 194 per l'interruzione di gravidanza, nella forma, è rimasta uguale a se stessa, ma nella sostanza? Dall'anno del rapimento di Aldo Moro e dell'elezione di Sandro Pertini al Quirinale a quello di Beppe Grillo e delle larghe intese, che tipo di acqua è passata sotto i ponti?

Le donne italiane studiano di più, hanno una vita sociale e lavorativa più intensa e meno falsi pudori: da ra-

gazze è facile che chiedano consiglio alla madre, da adulte al medico o all'amica più saggia. Un dato per tutti per dire quanto l'istruzione sia importante per usare bene la contraccezione e prevenire una gravidanza indesiderata: il tasso di abortività fra le laureate è del 6 per mille, fra le donne che hanno solo la licenza elementare del 20 per mille.

Ma guardiamo più da vicino i numeri che compongono l'affresco generale.

Prima di tutto si abortisce molto di meno. Nel 2012 abbiamo raggiunto il minimo storico: 105.968 interruzioni, meno 4,9% rispetto al 2011, meno 54,9% rispetto al lontano inizio. E in nessun Paese le minorenni restano incinte così poco.

In secondo luogo, dunque, la famiglia, anche in questo caso, tiene stretti i suoi legami e non viene disgregata dalla maggiore laicità della cultura corrente. Abbiamo il tasso di abortività fra le minorenni più basso del mon-

do sviluppato (4,5 per mille) e, cosa ancor più straordinaria, la grande maggioranza arriva in ospedale con il consenso dei genitori, senza passare per il giudice tutelare. Più spesso in Sicilia e in Sardegna (83,6 per cento) che nel profondo Nord (Valle d'Aosta: 62,5). «Mai visto una ragazzina abbandonata a se stessa - dice un medico napoletano - se non ci sono i genitori, se non c'è il fidanzato, almeno una zia non manca mai». Prendiamo il campione fino a 20 anni di età: la comparazione internazionale parla da sola. In Italia 6,4 per mille giovanissime donne interrompono la gravidanza, in Spagna 13,7, in Francia 15,2, in Usa 19,8, in Svezia 19,8.

Se non contassimo le immigrate, che pesano circa per il 30 per cento, il decremento sarebbe ancora più rilevante. Ma, oltre a essere più disagiate e meno informate, sono anche mediamente assai più giovani delle italiane. La crisi dell'Est e l'apertura delle frontiere cinesi, Paesi disabi-

tuati alla contraccezione, hanno avuto la loro parte. Per alcuni anni si è temuto un incremento esponenziale (8967 interruzioni nel 1995, 37.489 nel 2011) ma oggi gli stili di vita sono più omogenei ai nostri e, da un paio d'anni, la cifra si è stabilizzata intorno a quella del 2011, circa 40.000 interventi per le donne immigrate nel nostro Paese. Più meno che più.

Tutto bene, dunque? No. Lasciando per un momento da parte chi ritiene che ogni singola interruzione sia un ferita etica, restiamo alle questioni pratiche.

L'obiezione di coscienza è ormai un fiume in piena, anche se l'aborto farmacologico (Ru 486) sta scompaginando le carte. Si sottraggono all'applicazione della legge, comunque, più di due ginecologi su tre. Nel Sud si arriva a percentuali da boicottaggio, quasi il 90 per cento. L'anno nero, quello in cui l'obiezione aumenta più di dieci punti è il 2005. Perché?

In parte va in pensione la generazione dei medici del-

l'epopea, quella che ha affiancato il movimento femminista, che ha vissuto lo sdegno contro l'aborto clandestino. Mario Campogrande, primario stimatissimo del Sant'Anna di Torino, che ha creato attraverso colleghi e allievi, la via Subalpina alla 194, gentile, attenta alle pazienti, ma anche barricadiera quando ne vale la pena (come nel caso della sperimentazione dell'Ru486 da parte del dottor Silvio Viale) ricorda con nostalgia gli anni lontani: «Io presi posizione fin dal tempo della preparazione della legge: partecipavo a incontri con le donne, dibattiti, giravo l'Italia».

«Se ho pagato questa scelta? Onestamente no, mai. Io sono stato fortunato perché nel 1978 ero già aiuto. Partecipai al concorso da primario a Cuneo, non una città facile. Tutti sapevano che non ero obiettore, ma vinsi il concorso senza problemi e poco dopo divenni primario al Sant'Anna. Oggi sono presidente nazionale dell'associazione ostetrici e ginecologi. Sono soddisfatto della mia carriera, ma mi manca l'entusiasmo e la determinazione delle donne di allora. I medici giovani sono molto soli».

Tuttavia il 2005 è anche l'«annus horribilis» della cultura laica, quello in cui regnante Silvio Berlusconi e officiante il Cardinal Camillo Ruini, sinistre e radicali perdono il referendum contro la legge 40 sulla fecondazione assistita, che vieta la diagnosi pre-impianto e la fecondazione fuori dal matrimonio. Insomma rovescia l'intera filosofia della 194 (in proposito: Ritanna Armeni, La colpa delle donne. Ponte alle Grazie, 2006). Forse parve a molti medici un cambio di egemonia senza ritorno.

Ma nulla è mai lineare. Il 30 luglio 2009 il Consiglio d'amministrazione dell'Agenzia italiana del farmaco esprime parere favorevole all'uso dell'aborto medico (Ru 486). «A condizione di praticare un'ipocrisia: - mi spiega Michele Grandolfo, epidemiologo e dirigente di ricerca all'Istituto superiore di sanità - le donne infatti dovrebbero restare ricoverate due giorni, ma il 90 per cento firma e si

assume la responsabilità di uscire. Il medico non le trattiene, però questo giochino costa. Infatti - aggiunge - bisogna predisporre un piccolo reparto dedicato alla Ru 486».

Il ricorso a questo metodo, praticabile solo fino all'ottava settimana, è ancora molto minoritario, ma aumenta rapidamente: 3836 interventi il primo anno, più del doppio nel 2011. Secondo Grandolfo è la speranza del futuro: gli aborti sarebbero più precoci e quindi meno traumatici per la donna e per il medico e il peso sulla struttura sanitaria più leggero.

Ma l'epidemiologo, benché il suo mestiere siano i numeri, ci tiene ad aggiungere altro. «Io vorrei che si ricordasse sempre l'importanza della legge sui consultori (29 luglio 1975): doveva esserci un consultorio ogni 20.000 abitanti, in realtà, tranne in Piemonte (e anche lì a organici ridotti), la legge non è mai stata attuata; i consultori sono in media uno ogni 100.000 abitanti». Per Grandolfo quello che conta è «l'empowerment» delle donne: «Bisogna avere fiducia nell'autodeterminazione. Le donne sono soggetti forti, vanno favorite le loro competenze». Non sopporta, per esempio, che si dica comunemente che il medico «certifica» o «autorizza» l'interruzione di gravidanza. E' la donna che sceglie, il medico si limita ad «attestare».

Intanto si vive in un limbo tra civiltà e arretratezza. Le liste d'attesa esistono: non di rado superano i 15 giorni e talvolta i 22. Gli aborti clandestini vengono stimati fra i 10.000 e i 15.000, di cui il 90 per cento al Sud. Qualche mese fa montò un'ansia collettiva anche nei mezzi d'informazione: aumentavano gli aborti spontanei e tutti pensarono a un ritorno delle mammane e dei loro interventi cruenti. In realtà i medici più seri spiegano che è assai aumentata l'età delle donne che tentano una gravidanza e quindi il rischio di aborto sale. Una questione che ha a che fare anche con l'aborto terapeutico, come vedremo.

(I. Continua)



DIFFERENZE CULTURALI

Il tasso di ricorso all'intervento si riduce nelle classi più istruite

IL MEDICO

«Non ho mai visto una ragazza abbandonata da genitori e fidanzato»

GLI IMMIGRATI

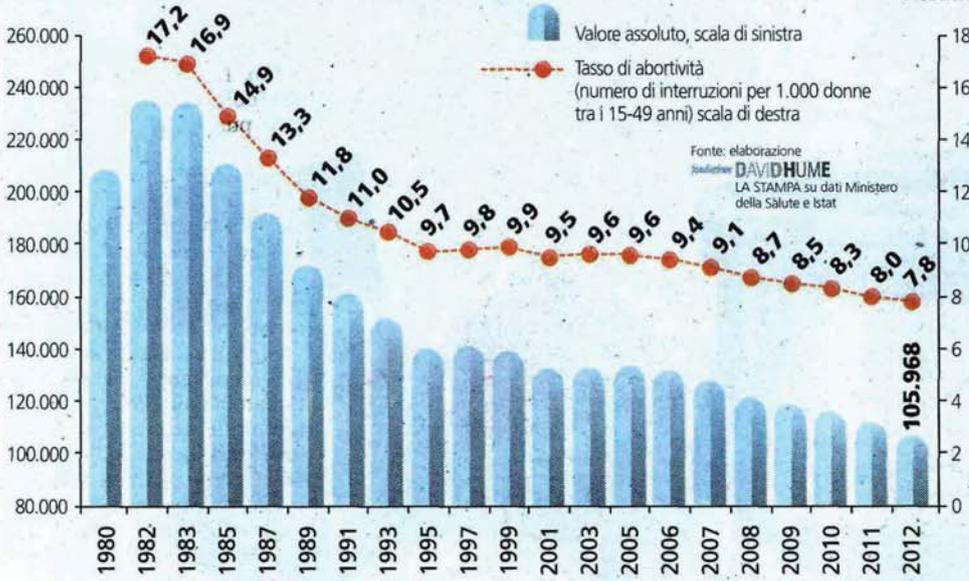
Per anni si è temuto un aumento esponenziale ma la situazione è stabile

LA FAMIGLIA

Il suo ruolo non è stato sminuito dalle norme laiche come si temeva

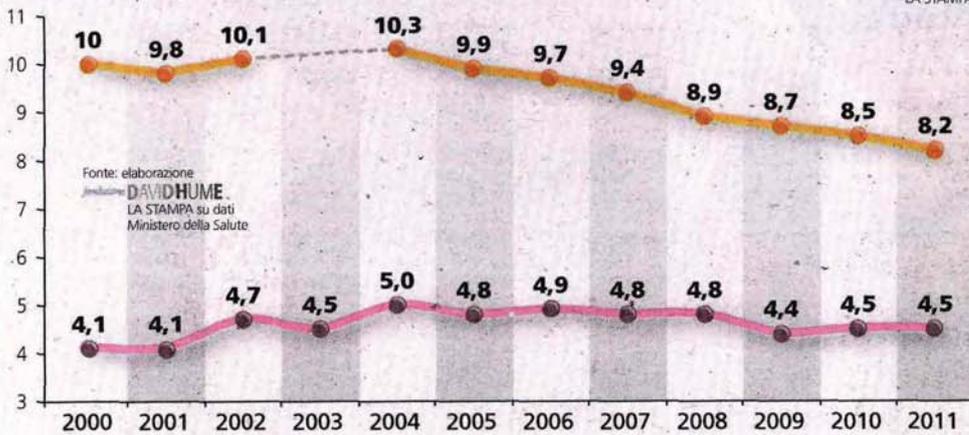
INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA IN ITALIA

Numero di IGV (interruzioni volontarie di gravidanza) dall'introduzione della legge

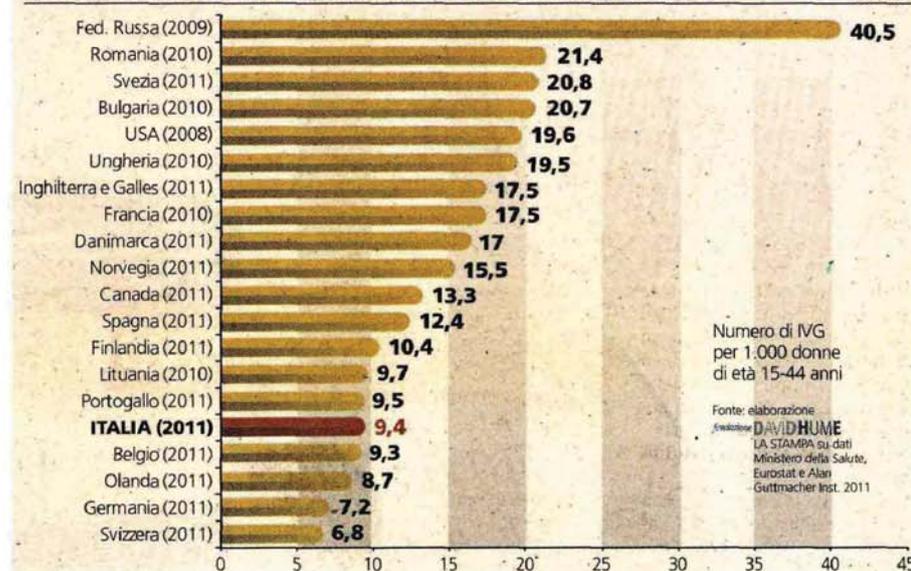


INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA ED ETA'

Numero di IGV per 1.000 donne fra 15-17 anni e fra 18-45 anni



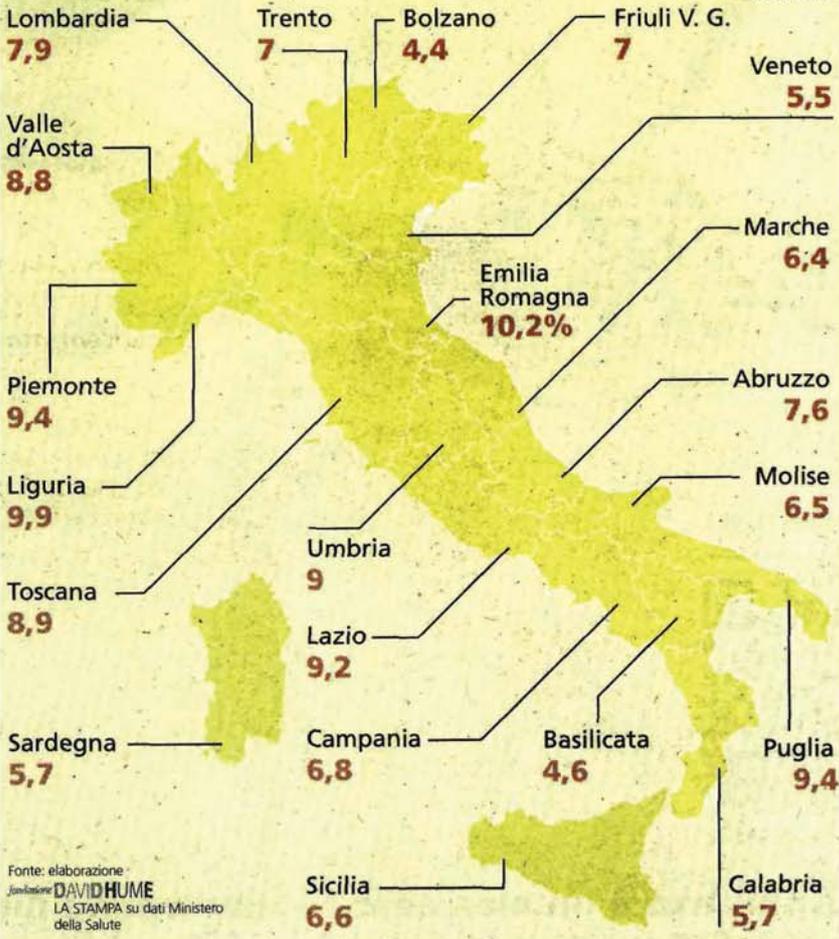
TASSI DI ABORTIVITA' IN ITALIA E NEGLI ALTRI PAESI



TASSO DI ABORTIVITA' IN ITALIA

Numero di IGTV per 1.000 donne fra 15-49 anni, anno 2012. Dati provvisori

Centimetri
LA STAMPA



In crescita

Il ricorso
alla pillola
Ru 486
è ancora
molto
minoritario,
ma aumenta
rapidamente:
3836 inter-
venti il primo
anno, più
del doppio
nel 2011



Una manifestazione pro aborto negli Anni 70

CARLO CERCHIOLI/BUENAVISTA



Stop a penna che inietta adrenalina: funziona male

Alcuni lotti di una penna autoiniettabile di adrenalina, un farmaco salvavita usato in caso di allergie gravi, sono stati ritirati dall'Agenzia italiana del farmaco. Sono prodotti da ALK-Abello (un'azienda focalizzata nel trattamento e diagnosi delle allergie in Danimarca) e un malfunzionamento potrebbe causare la mancata iniezione del medicinale salvavita per gli allergici. Il problema riguarda l'ago che potrebbe essersi piegato. I pazienti sono invitati a non utilizzarla. L'allerta dall'Agenzia danese dei medicinali.

L'Aifa ha disposto, in via cautelativa, il ritiro dal commercio di questi lotti: Jext 150microgrammi soluzione iniettabile in penna preriempita lotti n. 0000844766 scadenza 28/2/2015; n.0000804930 scadenza 31/1/2015; n. 0000785386 scadenza 31/1/2015, AIC n. 040585022/M. Jext 300microgrammi soluzione iniettabile in penna preriempita lotti n. 0000898803 scadenza 31/3/2015; n.0000815815 scadenza 31/1/2015; n.0000800195 scadenza 31/1/2015; n. 0000780785 scadenza 31/1/2015, AIC n. 040585010/M.

