

Salute Domenica in 3.600 piazze di tutta Italia arrivano le azalee della Airc per finanziare la ricerca

I mille «geni» del cancro al seno

Un software misura il rischio

Gli esperti: già identificate oltre 70 mutazioni pericolose

Determinare il rischio di cancro al seno grazie ad un software. E' quanto sono riusciti a fare ricercatori dell'università Politecnica e dell'Istituto di salute Carlos III di Valencia. Hanno sviluppato *DMScan*, programma informatico che a partire dall'immagine ottenuta con la mammografia è in grado di quantificare in modo oggettivo la densità della mammella, un valore direttamente collegato al rischio di avere il cancro. Lo studio è stato pubblicato due giorni fa sulla rivista *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. Un programma creato a partire da una base di dati di 650 mammografie. Tutto ciò per calcolare da un'immagine radiografica le probabilità di ammalarsi. E' l'evoluzione del «sempre prima» in prevenzione. Ma c'è anche l'evoluzione delle cure per le forme più rare e aggressive, a volte indotte da mutazioni genetiche ereditarie che alzano al 70-80% la probabilità che si sviluppi il tumore.

La ricerca sul cancro è fatta di

sfide, non sempre vinte. In Italia ha come motore insostituibile l'Associazione Airc. Da 30 anni eroga «ossigeno» (fondi) a ricercatori meritevoli, latori di progetti convincenti. «Ossigeno» che in parte arriva dalla vendita delle azalee Airc il giorno della festa della mamma. Un regalo per le donne, un regalo per la ricerca.

Il cancro della mammella colpisce una donna su otto nell'arco della vita. È il tumore femminile più frequente e, per questo, è prima causa di morte oncologica fra le donne, nonostante sia oggi molto curabile. Margini di miglioramento? Molti. In primo luogo, aderire agli screening raccomandati e abbandonare gli stili di vita scorretti (fumo, alimentazione sbagliata, sedentarietà) che sono causa favorente il 70% dei tumori, sia maschili sia femminili. Poi la diagnosi precoce, anzi ancora più precoce. Il nuovo software aiuta ad azzerare le false negatività e a selezionare le donne più a rischio, gli sviluppi delle tecniche di «lettura» dei geni a in-

dividuare tutte le mutazioni che possono scatenare la malattia anche quando una donna adotta ogni precauzione possibile. Peggio ancora se si somma il gene alterato ereditario agli stili di vita sbagliati: la possibilità di sviluppare un tumore è quasi zero.

Il futuro è, quindi, anche nei laboratori degli specialisti capaci di «visitare» i geni, il Dna e i messaggi (Rna) che un tumore in stato embrionale invia in circolo nel corpo: tra poco basterà una goccia di sangue per svelare un tumore prima ancora che si veda, o dia segno di sé. Sarà semplice azzerarlo sul nascere.

I geni si esaminano grazie a microscopiche sonde di Dna (microarray). Si possono «visitare». E se al «dica 33» del diagnosta la risposta indica una «malattia», una mutazione (che può diventare ereditaria), si può andare a vedere che cosa implica. Da diversi anni sono note alcune varianti genetiche che aumentano il rischio di sviluppare determinate malattie. In campo oncologico, uno degli esempi è costituito dalle muta-

zioni nei geni *Brca1* e *Brca2*. Le donne portatrici di una di tali varianti hanno un'alta probabilità (fino al 70%) di sviluppare un carcinoma mammario e manifestano una maggiore tendenza a sviluppare altri tumori, in particolare quello ovarico.

Le mutazioni nei geni *Brca* ereditaria sono rare (solo circa una persona su mille ne ha). Ma non sono le sole. Esistono varianti molto più comuni nella popolazione che sono dette «a bassa penetranza», poiché ciascuna conferisce un rischio leggermente aumentato di sviluppare un carcinoma mammario. Ad oggi ne sono state identificate più di 70, ma si stima che possano essere più di mille. E quando verranno identificate sarà possibile stimare il rischio di malattia in chi ne è portatore. E chissà, un domani, arrivare a «curare» i geni mutati. Forse con «mattoncini» sintetici di Dna, come quelli usati per creare il primo abbozzo di vita artificiale.

Mario Pappagallo

[@Mariopaps](https://twitter.com/Mariopaps)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

Controlli diversi per fasce di età

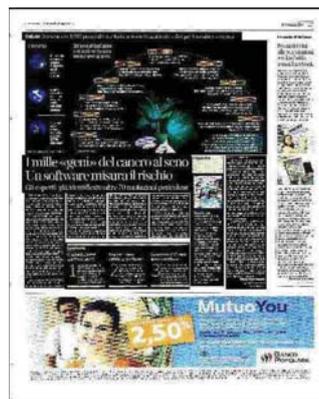
1 Le regole da seguire: dai 30 ai 40 anni visita annuale dal ginecologo, tra i 40 e i 50 esami specifici in caso di familiarità, da 50 a 70 mammografia biennale

La prevenzione meglio se quotidiana

2 Autopalpazione con regolarità, evitare le sigarette, fare molta attività fisica e seguire una dieta equilibrata con vegetali. Allattare fino a 6 mesi e oltre

Campanelli d'allarme: quando scattano

3 Presenza di un nodulo, rossore e ispessimento della pelle attorno al capezzolo, modifiche del capezzolo, perdita di sangue, siero o latte, tumefazione ascellare



I NUMERI



Il cancro alla mammella colpisce **1 donna su 8** nell'arco della vita



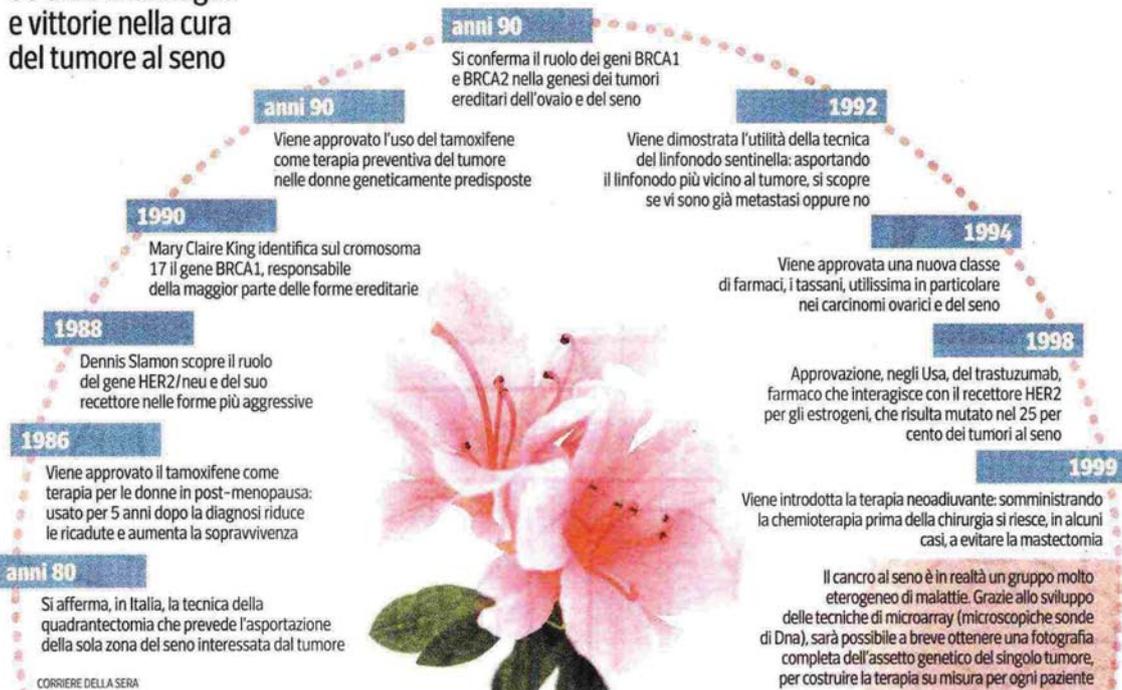
Si stima che in Italia in un anno vengano colpite **48.000 donne**



Sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi: **87% dei casi**

*Fonte: AIDM e AIRCUM. I numeri del cancro in Italia 2013

30 anni di battaglie e vittorie nella cura del tumore al seno



www.airc.it oppure numero verde speciale 840001001

L'iniziativa



L'associazione

L'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc) è nata a Milano nel 1965 e tra le sue attività c'è quella di raccogliere fondi a favore di progetti di ricerca italiani nel campo dei tumori

La giornata dell'azalea

Domenica 11 maggio, festa della mamma, 20 mila volontari dell'Airc, affiancati da numerosi ricercatori, distribuiranno in 3.600 piazze circa 600 mila piantine di azalea, simbolo della battaglia contro i tumori femminili. Per trovare l'Azalea della Ricerca nelle vostre città consultare il sito:

Lo scenario Nuovi microorganismi molto più controllabili da parte di chi li produrrà

In futuro carburanti e farmaci bio grazie al nuovo Dna semisintetico

L'esperto: «Paure infondate, i batteri Ogm saranno più sicuri»

L'annuncio da parte della rivista Nature della realizzazione di un batterio con Dna semisintetico può aprire scenari di progresso scientifico totalmente inediti, ma ha anche causato parecchi timori.

«Invece dovrebbe tranquillizzare, soprattutto chi ha paura delle biotecnologie» precisa Diego di Bernardo, direttore del laboratorio di Sistemi biologici e genomica funzionale dell'Istituto Tigem di Napoli, «perché l'utilizzo di basi artificiali per il Dna ci prospetta un controllo più facile dei batteri, e più in generale, delle cellule, geneticamente modificate».

Per quale motivo? «Perché i nucleotidi, i gruppi chimici necessari per le parti artificiali del Dna, dovremmo fornirli noi al batterio, dall'esterno, e

quindi se smettessimo di dargliene lui smetterebbe di replicare la parte di Dna artificiale e le eventuali proteine che questo avrebbe reso possibile produrre».

Ma allora non è vero che il nuovo batterio può replicare il nuovo Dna. «Certo che è vero, però le sostanze che gli servono per il suo Dna nativo se le procura con la sua "nor-

male alimentazione", mentre quelle per le "basi artificiali" non le trova in natura».

Insomma potremmo avere delle specie di batteri "Ogm" più sicuri? «Esatto, perlomeno, così si può pensare ora»

E quali sarebbero i vantaggi di questi nuovi batteri in prospettiva? «Il principale è che potrebbero permettere la fabbricazione di nuove proteine "artificiali", ma anche, e

soprattutto, garantire cose già possibili in teoria oggi, ma non realizzabili su larga scala per problemi tecnici o costi».

Che cosa c'entrano i costi? «Oggi se induciamo un batterio a produrre una sostanza utile per noi, per esempio un biocarburante, dobbiamo alterare gli equilibri biologici del batterio, interferendo con il suo metabolismo e rallentando il suo ciclo riproduttivo, e ciò comporta quindi un basso rendimento nella fabbricazione della proteina che ci interessa. Se invece potessimo aggiungere basi nuove al Dna non dovremmo "sottrarre" funzioni al Dna nativo, che potrebbe quindi continuare a svolgere tutti i suoi compiti come prima, e quindi otter-

remmo una maggiore produ-

zione della sostanza che ci interessa, mantenendo anche una maggior tasso di replicazione del nostro batterio».

Quali sono i campi di applicazione pratica che si prospettano? «Di sicuro quello di batteri-fabbrica utili per biocarburanti e per programmi di depurazione ambientale. In secondo luogo i farmaci biologici: ne potremmo avere di più e a minor costo rispetto ad oggi. Poi, anche l'uso di batteri, per esempio, contro i tumori».

Sembra difficile da immaginare. «Se potessimo modificare, per esempio, un microorganismo, insegnandogli a riconoscere una determinata proteina espressa solo dalle cellule di un certo tumore, potremmo poi iniettarlo nell'organismo e aspettarci che distrugga solo le cellule tumorali e non quelle sane».

Sembra fantascienza. «Sono prospettive per ora teoriche e non si sa in quanto tempo realizzabili, però la pubblicazione di ieri su Nature, almeno in linea di principio è davvero rivoluzionaria e apre una nuova fase».

Luigi Ripamonti

RIPRODUZIONE RISERVATA



«Nutrimento»

Senza rifornimento di elementi dall'esterno il Dna artificiale smetterà di replicarsi

«Rendimento»

La sintesi di nuove proteine sarà possibile senza penalizzare il tasso di riproduzione

Chi è**Scienziato**

Diego di Bernardo (nella foto), 41 anni, è il direttore del laboratorio di «Sistemi biologici e genomica funzionale» dell'Istituto Telethon-Tigem, di Napoli

Le applicazioni pratiche**Disinquinamento**

La produzione di nuovi batteri mangiasmog sarà più facile grazie al nuovo Dna semisintetico: gli organismi geneticamente modificati sarebbero in grado di ripulire sia l'aria sia l'acqua.

**Biocarburanti**

La nuova generazione di batteri potrebbe contribuire in futuro anche alla creazione di combustibili biologici: l'impiego di questi organismi potrebbe, tra l'altro, abbattere i costi di produzione

**Medicine**

Le medicine biotecnologiche, oggi ancora molto costose, potrebbero essere ottenute con maggiore facilità e diventare, quindi, disponibili per un maggior numero di patologie e di malati

**Terapie biologiche**

Alcuni microorganismi potrebbero essere programmati per riconoscere proteine specifiche presenti solo nelle cellule tumorali e diventare «killer» precisi, innocui per i tessuti sani

quotidianosanita.it

Giovedì 08 MAGGIO 2014

Decreto droga e *off label*. Balduzzi “Mai più casi Avastin-Lucentis”

La Commissione per le questioni regionali ha espresso parere favorevole al Dl Lorenzin. Soddisfazione dal presidente della Commissione, Balduzzi: “Colmata una lacuna legislativa in materia di farmaci che nel caso di Avastin-Lucentis ha comportato una riduzione delle possibilità terapeutiche e un notevole aggravio della spesa pubblica”.

“Siamo doppiamente soddisfatti: sia perché è importante che sia stata colmata una lacuna legislativa in materia di farmaci che nel caso di Avastin-Lucentis ha comportato al tempo stesso una riduzione delle possibilità terapeutiche per i pazienti e un notevole aggravio della spesa pubblica, sia perché è stata recepita l’indicazione data dalla Commissione nel parere precedentemente espresso”. Così **Renato Balduzzi**, presidente della Commissione parlamentare per le questioni regionali che oggi ha dato parere favorevole sul Decreto Legge del governo 36/14 sui farmaci Off Label e sostanze psicotrope.

“La soluzione prospettata in precedenza dal disegno di legge rimetteva sostanzialmente all’azienda farmaceutica la decisione se acconsentire o meno a che si giungesse all’approvazione dell’indicazione terapeutica di interesse pubblico”. Invece, spiega ancora Balduzzi “nel testo ripresentato, la Camera ha recepito l’indicazione della Commissione in merito all’opportunità di consentire, in determinati casi, l’erogazione da parte del Sistema sanitario nazionale di medicinali per una indicazione terapeutica non registrata anche quando per la patologia da trattare siano già disponibili medicinali in possesso di autorizzazione all’immissione in commercio”.

Nel dare parere favorevole al nuovo testo, la Commissione ha invitato a sostituire la dizione “Commissione unica del farmaco”, organismo non più esistente, con quella di “Agenzia italiana del farmaco”, inserendo al contempo nella procedura anche la valutazione della Commissione consultiva tecnico-scientifica.

Per salvare il Sistema sanitario non basta più la «rivoluzione» digitale

Presentati i dati dell'Osservatorio ICT del Politecnico di Milano

di Ruggiero Corcella



Rischia di essere una “rivoluzione digitale” già fallita, quella in atto nella sanità pubblica. Secondo i dati e l’analisi della ricerca 2014 dell’Osservatorio ICT in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano (www.osservatori.net), presentati mercoledì 8 maggio, gli investimenti per la digitalizzazione in sanità invece di aumentare sono crollati. E per quanti sforzi si facciano, se il sistema sanitario non sarà ripensato creando un nuovo modello di cura e assistenza, neppure l’information technology potrà salvare la sanità italiana dal declino.

Lo scenario

La ricerca parte da una considerazione: l’innovazione digitale della sanità italiana oggi è una soluzione obbligata, l’unica in grado di modernizzare il sistema e permettergli di reggere l’impatto della crescita della domanda, fermando il decadimento in atto di qualità ed efficienza. Ma la spesa complessiva per la digitalizzazione nel 2013 si è ridotta del 5%, dopo il calo già registrato lo scorso anno, raggiungendo quota 1,17 miliardi di euro, appena l’1,1% della spesa sanitaria pubblica, pari a 19,72 euro per abitante. Una contrazione che riguarda in particolare le strutture sanitarie, dove la spesa tecnologica è crollata dell’11% in un anno. In un Sistema Sanitario tra i meno costosi d’Europa (3.012 dollari di spesa sanitaria pro capite, oltre un terzo inferiore alla media dell’area Euro), nel Paese più vecchio del continente, la “spesa” tecnologica in sanità continua a essere tagliata e gestita in ottica frammentata e locale per una pura automazione dell’esistente. In queste condizioni, la stessa liberalizzazione dei servizi sanitari transfrontalieri (dopo la recente entrata in vigore della Direttiva Ue in materia) che mette tutti i sistemi sanitari europei in competizione fra loro rischia di diventare più che una grande opportunità una «pesantissima minaccia». Per questo l’analisi del Politecnico insiste sui nuovi investimenti, avendo presente però che l’ICT da sola non è sufficiente. Per difendere il Sistema Sanitario pubblico oggi in Italia è necessaria una riforma profonda del modello di cura e assistenza, uno “Smart Care System” in cui le tecnologie digitali possono abilitare l’interazione tra gli operatori del sistema socio-sanitario e i cittadini.

Il “j’accuse”

«Investendo in ICT il minimo indispensabile, solo per automatizzare l’esistente, si sta accompagnando il declino del sistema — è il richiamo di Mariano Corso, Responsabile Scientifico dell’Osservatorio ICT in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano —. L’investimento in nuove tecnologie invece andrebbe concepito nel quadro del passaggio a un nuovo modello integrato e intelligente, uno ‘Smart care System’, in grado di prendersi carico dei pazienti nelle fasi acute e a livello ospedaliero così come nell’assistenza domiciliare e sociale, con una governance condivisa dell’innovazione in cui l’ICT abilita la collaborazione tra i diversi attori». «Alla Sanità italiana oggi serve un percorso di innovazione digitale, che però non può essere ricondotto alla sola tecnologia — ha aggiunto Corso —. È necessaria una riforma del modello di cura e assistenza, in cui le tecnologie digitali mettano in rete il sistema, spostando i servizi dalle strutture residenziali verso il territorio e la gestione domiciliare, superando quella separazione tra prestazioni sanitarie e servizi socio-assistenziali, che è oggi causa di scarsa ottimizzazione e di atteggiamenti da

“scarica barile” a danno della finanza pubblica e, soprattutto, dei cittadini più deboli. Per rilevanza sociale e peso sui conti pubblici questa revisione dovrebbe essere una priorità del Governo, il vero cuore dell’Agenda digitale italiana. Ma così non è: la spesa ICT risulta ancora bassa e frammentata tra Regioni, Aziende Sanitarie e Comuni, nel Governo non c’è una regia unica per le politiche sanitarie e sociali, l’Agenzia per l’Italia Digitale non ha identificato la Sanità Elettronica come priorità e la tabella di marcia per l’implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, che rappresenta il cuore dell’azione del Governo sull’eHealth, appare di difficile realizzazione. Il problema è che se si parte dal Fascicolo che dovrebbe invece essere il punto di arrivo, quindi si pensa molto al contenitore senza avere pensato ai processi e ai contenuti e cioè a quello che dovrebbe nutrire il Fascicolo stesso, si realizza l’ennesima autostrada nel deserto». Alle considerazioni del professor Corso, che ha ricordato come lo stesso ministero della Salute abbia investito in ICT appena 19 milioni di euro, ha subito risposto Rossana Ugenti, Direttore generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario del dicastero. «Non sono d’accordo — ha replicato Rossana Ugenti — perché dobbiamo uscire dalla logica che si può valutare effettivamente la visione del ministero sull’eHealth basandoci soltanto sulla quantità dei fondi e delle risorse ad essa destinate. L’eHealth è al centro dell’attenzione e dell’attività che il ministero sta conducendo ormai da diversi anni, è stato costituito un Tavolo permanente che ha consentito di affrontare tutta una serie di problematiche e regolamentazioni a fronte del niente che c’era prima. Quindi ministero ha preso su di sé il problema e punta sull’innovazione tecnologica e vede come un elemento necessario e fondamentale per potere effettivamente passare a modelli assistenziali innovativi».

I dati

La ricerca è basata su un’analisi empirica che ha coinvolto circa 300 attori tra CIO (Chief information officer, manager responsabile della funzione aziendale Information & communication technology), Direttori generali, Direttori amministrativi, Direttori sanitari, Direttori sociali, Medici specialisti, Referenti regionali e, grazie alla collaborazione con Doxapharma e la FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale), 703 medici di medicina generale e 1.001 cittadini rappresentativi della popolazione italiana. La spesa complessiva per la digitalizzazione della Sanità italiana nel 2013, rispetto ai livelli già preoccupanti del 2012, ha subito un’ulteriore contrazione del 5% raggiungendo quota 1,17 miliardi di euro, appena l’1,1% della spesa sanitaria pubblica, pari a 19,72 euro per abitante. Una riduzione che interessa in particolare le strutture sanitarie. Nel dettaglio, la spesa ICT è così ripartita tra i diversi attori del Sistema Sanitario Nazionale: 800 milioni di euro sono spesi dalle strutture sanitarie, con una riduzione dell’11% rispetto alla spesa 2012 (895 milioni di euro), che era già in calo rispetto a quella del periodo precedente (oltre 900 milioni di euro) · 295 milioni di euro sono spesi direttamente dalle Regioni, con un aumento del 5,4% rispetto alla spesa del 2012 (pari a 280 milioni di euro); 60 milioni di euro sono spesi dagli oltre 47.000 Medici di Medicina Generale (pari a 1.276 euro per medico), con un aumento del 11% rispetto al 2012, quando la spesa era di 54 milioni di euro (pari a 1.146 euro per medico); 19 milioni di euro è la spesa ICT del Ministero della Salute. «A discapito dell’interesse più volte manifestato per una rapida modernizzazione del settore Salute attraverso investimenti in innovazione digitale, i propositi non sono stati rispettati — rileva Mariano Corso —. Anzi, oggi si assiste a un’ulteriore contrazione della spesa ICT complessiva, che riguarda soprattutto le strutture sanitarie. E la situazione non è destinata a migliorare nel prossimo futuro, in quanto oltre la metà delle aziende coinvolte nella ricerca prevede un taglio generalizzato sia di spese sia di investimenti, a seguito della Spending Review».

Gli ambiti di innovazione

La Cartella Clinica Elettronica, con una spesa complessiva di circa 58 milioni di euro, rappresenta il principale ambito su cui le Aziende sanitarie hanno investito risorse economiche, con una crescita prevista per il 2014 superiore all’8%. Oltre il 70% delle Aziende ha investito sulla Cartella, a dimostrazione di come tale ambito rappresenti ancora il punto di attenzione per gran parte degli attori del Sistema Sanitario. Il livello di utilizzo delle funzionalità però è ancora parziale, così come la loro diffusione a livello di intera struttura. Il secondo ambito più rilevante per entità di spesa riguarda i Sistemi di “front-end” (software che gestiscono l’interazione con l’utente o con sistemi esterni che producono dati di ingresso), su cui nel 2013 l’81% delle aziende ha effettuato una spesa per un valore complessivo di circa 38 milioni di euro, confermato anche per il 2014. Il terzo è rappresentato dalle soluzioni ICT per la gestione amministrativa e delle risorse umane, per cui l’82% delle strutture sanitarie ha speso complessivamente circa 38 milioni di euro, con una riduzione prevista per il 2014 pari al 4%. Seguono gli investimenti in Business Continuity (gestione della continuità operativa o continuità aziendale, ovvero la capacità dell’azienda di continuare ad esercitare il proprio business a fronte di eventi avversi che possono colpirla) e Disaster Recovery (cioè l’insieme delle misure tecnologiche e logistico/organizzative necessarie a ripristinare sistemi, dati e infrastrutture in caso di gravi emergenze che ne intacchino la regolare attività; 36 milioni di euro), in soluzioni per la gestione informatizzata dei farmaci (30 milioni di euro) e per l’interscambio di documenti e informazioni con sistemi regionali o nazionali del Fascicolo sanitario elettronico (21 milioni di euro). Tra gli ambiti al momento più marginali per entità di spesa, si trovano le soluzioni di Mobile Health (il 51% delle aziende ha speso nel 2013 circa 7 milioni di euro) e le soluzioni per l’assistenza domiciliare e la medicina sul territorio (il 36% delle aziende ha dedicato 10 milioni di euro), mentre nelle soluzioni ICT per l’assistenza sociale e in quelle di Cartella sociale elettronica l’85% delle Aziende socio-sanitarie ha dedicato un budget complessivo di circa 7 milioni di euro nei due ambiti. «I dati confermano come, anche per quanto riguarda l’ICT, la propensione dei decisori sia orientata maggiormente verso lo sviluppo di soluzioni destinate all’assistenza ospedaliera, mentre alle componenti territoriale e sociale sono dedicate solo poche risorse — commenta

Corso —. Questa visione, incapace di guardare in modo aggregato ai bisogni dei pazienti, rende ancora più difficile la realizzazione del necessario cambiamento del sistema complessivo».

Le opportunità degli “Shared Services” regionali

Nell'ipotesi di una totale adesione da parte delle strutture sanitarie italiane agli “Shared Services”, ovvero i servizi sanitari erogati centralmente dalle Regioni (o da centri servizi consortili o centralizzati) e forniti alle diverse strutture sanitarie in modo condiviso, si potrebbero risparmiare complessivamente oltre 150 milioni di euro a livello nazionale. È la stima dell'indagine dell'Osservatorio ICT in Sanità che rivela come questa modalità di erogazione, al momento poco sviluppata, potrebbe garantire importanti risparmi di costo per effetto delle economie di scala, grazie a miglioramenti sull'efficienza delle infrastrutture e dei processi, e benefici organizzativi, grazie alla razionalizzazione e riallocazione delle risorse verso attività condivise nei vari centri di servizio ed aree a maggior valore aggiunto. Tra i servizi più diffusi già erogati in modalità condivisa, ci sono le iniziative per l'erogazione di servizi al cittadino e al territorio come CUP e piattaforme di Tele-assistenza (31%), seguite dai servizi di connettività per e tra gli Enti (22%). I CIO si attendono però di disporre di una maggiore offerta regionale, soprattutto in ambiti come la gestione documentale e la conservazione sostitutiva, lo sviluppo di Data Center, la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi e i sistemi a supporto della gestione amministrativa e delle Risorse Umane. La forte attenzione dei CIO sul tema “Shared Services” può essere motivata dal fatto che alcune Regioni (come ad esempio: Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Friuli Venezia Giulia) si stanno già muovendo a ragionare in un'ottica di servizi condivisi e che i benefici potenzialmente raggiungibili sono estremamente interessanti. «Il problema è che il 75-80% dei costi totali della sanità è assorbita dalla patologia cronica e bisogna tenere conto di questo per lo sviluppo di sistemi innovativi. Dobbiamo costruire delle piattaforme molto più integrate», ha sottolineato Adriano Marcolongo direttore centrale della Salute e Politiche sociali del Friuli Venezia Giulia.

Il mobile per i medici di famiglia

Insieme a farmaci e ricette, i medici di Medicina generale oggi mettono in valigetta smartphone e tablet. È il mobile la nuova frontiera tecnologica a supporto delle attività professionali anche al di fuori dello studio medico. L'indagine realizzata in collaborazione con la FIMMG e Doxapharma rileva che il 61% dei medici utilizza un PC portatile per svolgere la propria professione al di fuori dello studio, il 51% uno smartphone e il 35% un tablet. Se il livello generale di utilizzo di dispositivi mobili è già molto elevato, lo strumento verso cui c'è maggiore attenzione è però il tablet (per il 38% degli intervistati) grazie alle dimensioni superiori rispetto allo smartphone e il peso più contenuto dei PC portatili. Ma quali attività si compiono con questi strumenti? Innanzitutto l'invio di certificati di malattia online, come avviene già per il 28% dei medici di Medicina generale. Seguono la gestione della scheda individuale del paziente (15%) e i sistemi a supporto delle visite a domicilio su smartphone e tablet (15%). Tra gli altri servizi che i medici vorrebbero utilizzare su dispositivi mobili (a fronte di un utilizzo ancora limitato, pari al 2%) ci sono i sistemi di Tele-consultra con altri medici o specialisti di strutture sanitarie (68%). La possibilità di fruire di servizi ICT in mobilità al di fuori dello studio medico spesso è resa possibile da soluzioni Cloud che consentono ai medici di accedere a informazioni sempre aggiornate e di inserire e modificare i dati sul paziente durante le visite a domicilio, utilizzando il dispositivo mobile che meglio si adatta alle proprie esigenze.

I cittadini e i servizi digitali

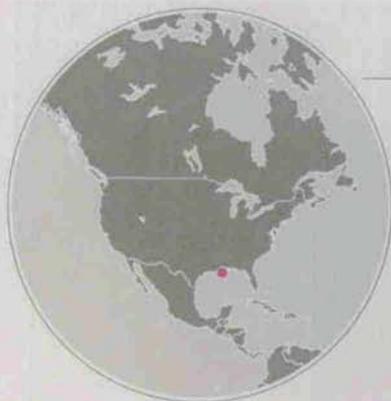
Secondo la ricerca del Politecnico, il 42% dei cittadini ha fruito di almeno un servizio digitale in ambito sanitario nell'ultimo anno, con un incremento del 7% rispetto al 2013. I servizi più usati sono le “app” su salute e benessere (il 16% li ha utilizzati almeno una volta nell'ultimo anno), il download dei referti medici (14%), l'accesso via “mobile” a informazioni sui servizi di un'azienda sanitaria (12%) e lo scambio di mail con il proprio medico di medicina generale (12%). Risulta basso invece il livello di utilizzo legato a strumenti di telemonitoraggio (5%). A livello generale, i servizi digitali sono maggiormente utilizzati dai cittadini del Nord Italia, laureati e sotto i 45 anni di età. Inoltre, secondo l'indagine, il 70% dei cittadini reputa che Internet sia uno strumento rilevante o molto rilevante per trovare informazioni sulle strutture sanitarie e sui medici e il 69% lo ritiene utile a prevenire malattie attraverso la ricerca di informazioni che consentono di adottare uno stile di vita più sano. Tuttavia, gli italiani lo ritengono meno affidabile nel caso in cui vogliano ottenere punti di vista differenti rispetto a quelli offerti dal medico o per conoscere l'opinione di altre persone, partecipando a discussioni online. «L'indagine indica come le informazioni reperite online, per quanto ritenute rilevanti, siano giudicate dai cittadini meno affidabili di quanto riferito dal personale medico — afferma Corso —. Per quanto riguarda i servizi più utilizzati, inoltre, l'ampia diffusione di app in ambito sanitario e la consultazione delle informazioni sanitarie tramite dispositivi mobili indicano come il mondo del Mobile stia prendendo piede come importante canale comunicativo, soprattutto per gli strati più giovani della popolazione».

Le eccellenze nell'innovazione

In mezzo a tanti segnali poco incoraggianti, non vanno dimenticate però i casi di eccellenza nell'innovazione tecnologica nella sanità italiana. Quest'anno sono stati otto ad ottenere il Premio Innovazione ICT in Sanità, assegnato questa mattina. Il Premio è un'iniziativa nata nel 2010, in collaborazione con le associazioni patrocinanti, per creare occasioni di conoscenza e condivisione dei progetti che maggiormente si sono distinti per capacità di utilizzare l'ICT

come leva di innovazione e miglioramento nel mondo della Sanità in Italia. «Premiamo le eccellenze nell'innovazione in Sanità — spiega ancora Mariano Corso — con l'obiettivo di generare un meccanismo virtuoso di condivisione delle esperienze di eccellenza nelle strutture sanitarie italiane, che spesso non conoscono a pieno i benefici derivanti dall'adozione di moderne tecnologie come leva per migliorare le proprie performance». I vincitori del Premio Innovazione ICT in Sanità 2014 sono: Fondazione Poliambulanza di Brescia nella categoria “Cartella Clinica Elettronica” ; IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli nella categoria “Clinical Governance e supporto decisionale”; Azienda Ospedaliero Universitaria “Ospedali Riuniti” di Ancona” nella categoria “Digitalizzazione dei processi e dei percorsi clinici” ; Provincia Autonoma di Trento nella categoria “Servizi Digitali al Cittadino”; Azienda Unità Locale Socio Sanitaria 6 di Vicenza nella categoria “Sistemi per la gestione dei documenti informatici”; Fondazione Don Carlo Gnocchi onlus nella categoria “Soluzioni per l'assistenza socio-sanitaria” ; Federfarma Lombardia nella categoria “Soluzioni per l'assistenza territoriale”. L' Azienda Sanitaria Locale 2 Savonese, inoltre, si è aggiudicata il Premio FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) nella categoria “Soluzioni per l'assistenza territoriale”. Hanno ricevuto una menzione speciale Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, Regione Puglia, ULSS6 di Vicenza e l'EPES - Empresa Pública de Emergencias Sanitarias dell' Andalusia (Spagna).

http://www.corriere.it/salute/14_maggio_08/sanita-elettronica-sistemi-digitali-d255d77c-d6a4-11e3-b1c6-d3130b63f531.shtml



L'America che trovi / di Massimo Gaggi

@massimogaggi



Siete obesi? Vivrete di più

Un pamphlet fa discutere con un paradosso fondato su dati che rivalutano i chili di troppo

NEW ORLEANS

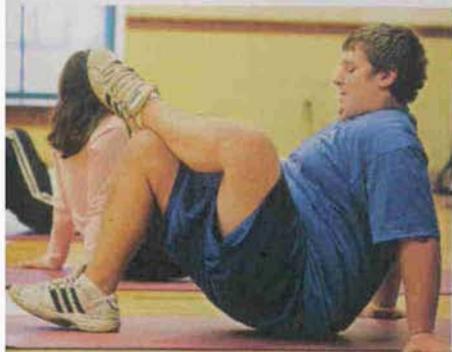
Arriva l'estate e per l'America con troppa ciccia – 35 per cento di cittadini obesi, due terzi della popolazione sovrappeso – torna la frustrazione del costume da bagno e degli abiti più leggeri che non consentono di mascherare i rotoli di grasso. Crescono, così, i sensi di colpa di chi, pur continuando a mangiare con voracità e ad avere abitudini alimentari abbastanza disordinate, sente di non dare un bello spettacolo e di mettere a rischio la propria salute. Ma a lenire le angosce quest'anno è appena arrivato nelle librerie americane un saggio, *The Obesity Paradox*, il paradosso dell'obesità, secondo il quale chi ha chili in eccesso può essere più in salute e avere una maggiore capacità di combattere le malattie di chi è secco come un chiodo. Un pamphlet messo in giro dalle catene dei fast food e dalle industrie dei dolciumi e delle bibite zuccherate, direte voi. E, invece, l'autore è un cardiologo di New Orleans di una certa fama, Carl Lavie, che

porta a sostegno della sua tesi una serie di statistiche dalle quali emerge che, tra coloro che vengono colpiti da certe patologie potenzialmente mortali, il tasso di sopravvivenza tra i grassi è più alto (a volte molto più alto) di quello dei magri. Tra l'altro Lavie non ha scoperto nulla, rilancia soltanto le tesi della cosiddetta "reverse epidemiology". Già 15 anni fa Kamiar Kalantar Zadeh, un nefrologo tedesco trapiantato in America che oggi insegna alla University of California, si accorse che, tra i pazienti in dialisi, a cavarsela meglio erano proprio quelli sovrappeso. Da ulteriori raccolte di dati statistici venne fuori che anche in altre patologie – infarto del miocardio, problemi arteriosi – i grassi sopravvivevano più dei magri. Il termine "paradosso dell'obesità" fu coniato nel 2002 da un chirurgo vascolare di Washington, Luis Gruberg, davanti a un dato: dopo un intervento di angioplastica per bloccare le arterie, i pazienti sovrappeso e anche gli obesi hanno un rischio di mortalità dimezzato



AP PHOTO/TERRY O'NEILL

rispetto a chi ha un peso normale. Tempo di rivedere l'epidemiologia? Proprio no, dice la stragrande maggioranza dei medici secondo i quali i dati appena citati, pur non essendo falsi, sono presentati in modo fuorviante. Con ogni probabilità il fenomeno si spiega col fatto che i pazienti ai quali viene imposto di dimagrire di più sono quelli che hanno le malattie cardiache più gravi. Sulle ricadute, in questi casi, la gravità della patologia conta più dell'affaticamento per eccesso di ciccia. C'è poi il ruolo della genetica. Una persona sovrappeso può sviluppare una patologia (diabete o malattie cardiache) per fattori alimentari teoricamente reversibili. Una persona magra che sviluppa la stessa patologia avrà, con maggiore probabilità, una predisposizione genetica sulla quale è assai più difficile intervenire: non basta una bella dieta per tornare in zona di sicurezza. Ma da questo a dire che un po' di ciccia in più aiuta la salute, ce ne corre. Attaccato, Lavie riconosce che l'obesità rimane un fattore di rischio di proporzioni epidemiche per cuore, diabete di tipo due e anche per alcune forme di cancro. Ma sostiene che bisogna essere meno *tranchant* riconoscendo che dimagrire non è sempre un obbligo e che, in certi casi, qualche chilo in più può essere d'aiuto.



AP PHOTO/ERIC FOSGROE



GETTY IMAGES/RELEND IMAGES

A rischio i giovani

Negli Stati Uniti l'obesità riguarderebbe una persona ogni tre. In crescita, in particolare, quella che colpisce le nuove generazioni: nel biennio 2011-2012, secondo una recentissima statistica condotta sui giovani di età fra 2 e 19 anni, gli obesi sono già il 17%, "tallonati" dal 32% di giovani sovrappeso.

di **Dario Oscar Archetti**

archetti.dario@gmail.com



DOLORI ADDIO

Piccoli movimenti contro il dolore

Il dolore è sempre un campanello d'allarme. Una parte del corpo ci fa sapere che qualcosa non va. Uno degli errori più comuni è imbottirsi di analgesici e riprendere proprio quel movimento che ci ha fatto male: stirare quando si ha una periartrite alla spalla, andare in bicicletta in un momento di lombalgia acuta, giocare a golf con il gomito infiammato.

Ma esiste anche un movimento "ragionevole". È quello che può aiutarci a stare meglio in caso di traumi minori, ovviamente dopo una valutazione medica e/o quando conosciamo già la causa dei nostri mali. Quel terribile mal di gambe che viene dopo una corsa o una sciata, per esempio, è un allarme, ma non particolarmente pericoloso: in genere si pensa che sia tutta colpa dell'acido lattico, mentre si tratta di microtraumi provocati dai nostri eccessi fuori allenamento. Che si fanno sentire con **dolori muscolari** e ci chiedono di evitare altri eccessi. Ma non di stare distesi a letto: meglio "smaltire" con una tranquilla passeggiata.

Stretching. Quando si ha il torcicollo, un minimo alzare e abbassare la testa, girarla anche di un centimetro o muovere le spalle per rilassarle può aiutare a evitare ulteriori contratture in una zona già dolente. In caso di dolori cervicali, se ne conosciamo l'origine e siamo regolarmente seguiti da un medico e/o dal fisioterapista, specifici esercizi di stretching

non possono che migliorare la situazione. Quando è indicato, il movimento evita di bloccare ulteriormente un'articolazione, migliora la circolazione del sangue ed evita ristagni linfatici.

I limiti? Prima di tutto, appunto, l'indicazione: dev'essere consigliato dallo specialista e/o dovete conoscere le cause, accertate anche da esami specifici come radiografie, ecografie muscolari o tendinee. E poi il movimento non deve mai provocare ulteriore dolore: si possono compiere soltanto gesti entro la soglia di un male assolutamente accettabile. Inoltre, per i piccoli traumi e i problemi muscoloscheletrici che riguardano gli arti inferiori, il movimento può far bene, ma bisogna tener conto del nostro peso e della gravità.

Stampelle. Alla parte "in crisi" (anca, ginocchio, caviglia) va evitato un carico che può peggiorare il dolore. Ecco perché spesso sono indicate le stampelle. Con il giusto scarico articolare, piccoli movimenti con i bastoni rendono più rapida la ripresa perché migliora la circolazione e si hanno meno stasi linfatiche nella zona del trauma.

Se non è controindicato dal medico o dal fisioterapista, anche muoversi precocemente in acqua (che elimina o diminuisce la gravità) può accelerare ulteriormente la ripresa del movimento articolare, tendineo e muscolare.



Anche dopo piccoli traumi possono essere indicate le stampelle, per evitare un carico che può peggiorare la situazione. In scarico, invece, la ripresa può essere più veloce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Padova

Scoperta la proteina che mantiene giovani

■ **PADOVA** Si chiama Atrogin 1 ed è una proteina che svolge una funzione importante per la salute del cuore: il suo compito, come evidenziato dallo studio finanziato da Telethon e condotto dai ricercatori dell'Università di Padova e del Venetian Institute of Molecular Medicine, è individuare e smaltire le sostanze di scarto prodotte dall'attività cellulare, che sarebbero dannose per il cuore. I ricercatori hanno dimostrato che quando la proteina Atrogin 1 è assente, il meccanismo di smaltimento non funziona, il ventricolo sinistro si ispessisce e il sangue non fluisce. Le sostanze tossiche si accumulano nelle cellule del cuore, provocando una forma di cardiomiopatia ipertrofica restrittiva. L'ipotesi, già oggetto di ulteriori studi in corso, è che lo stesso meccanismo sia alla base anche dell'invecchiamento e dell'ipertensione.





SALUTE

Salute: Cnr, in 4 aree inquinate da arsenico cancerogeni in popolazione

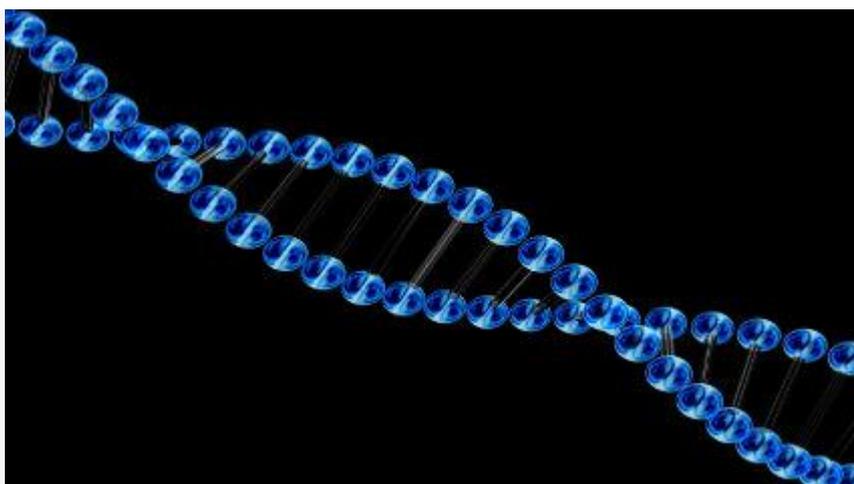
Consiglia Condividi Consiglia questo elemento prima di tutti i tuoi amici.

Roma, 8 mag. (Adnkronos Salute) - Sul Monte Amiata, nel Viterbese, ma anche a Taranto e a Gela la contaminazione da arsenico ha lasciato tracce nell'organismo di parte della popolazione. Uno studio coordinato dai ricercatori dell'Irc-Cnr ha identificato infatti la presenza di sostanze, anche cancerogene, nei soggetti indagati. I risultati completi saranno presentati domani in un convegno, e pubblicati online su 'Epidemiologia & Prevenzione'. "Abbiamo stabilito - spiega all'Adnkronos Salute Fabrizio Bianchi, responsabile dell'Irc-Cnr - che c'è l'arsenico e ci sono tracce di esposizione in una parte della popolazione. In che modo poi questo si rifletta sulla salute è da determinare. Ma è possibile che gli eccessi di mortalità e morbosità già rilevati in queste aree siano legate anche all'arsenico". Il Progetto 'Sepias - Sorveglianza epidemiologica in aree interessate da inquinamento ambientale da arsenico di origine naturale o antropica', del Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie del ministero della Salute, coordinato dall'Istituto di fisiologia clinica del Cnr, ha riguardato 282 residenti, tutti adulti, in aree del Monte Amiata, nel Viterbese, a Taranto e Gela. "Nelle urine dei soggetti controllati abbiamo misurato il contenuto di diverse specie organiche e inorganiche di arsenico, alcune delle quali sono riconosciute cancerogene certe per l'uomo", riferisce Bianchi. "Sono stati misurati inoltre parametri di rischio cardiovascolare mediante ecodoppler carotideo e cardiaco e, nel sangue, numerosi biomarcatori di suscettibilità genetica, di danno al Dna, di effetto precoce". Ad ogni partecipante, inoltre, è stato sottoposto un questionario. Dallo studio emergono numerose informazioni di carattere scientifico e sanitario. "Le quattro aree risultano caratterizzate diversamente per distribuzione e tipologia di arsenico assorbito dai partecipanti al biomonitoraggio e anche per alcune caratteristiche genetiche", prosegue Bianchi. "Per quanto riguarda l'arsenico inorganico sono stati osservati valori medi di concentrazione elevati, sulla base di quelli di riferimento nazionali e internazionali per il biomonitoraggio umano, in un soggetto su quattro sul totale, ma con rilevanti differenze: 40% Gela, 30% Taranto, 15% Viterbese, 12% Amiata. Questi dati, da usare con cautela in considerazione dei piccoli campioni, non sono marcatori di malattia ma testimoniano l'avvenuta esposizione". Sono emerse, poi, alcune associazioni statisticamente significative tra concentrazione di arsenico e fattori di rischio indagati col questionario. "Principalmente con l'uso di acqua di acquedotto e di pozzo, ma anche con esposizioni occupazionali e con consumo di alimenti quali pesci, molluschi o cereali, che dovranno essere indagati con studi specifici", continua il ricercatore Irc-Cnr. "La preoccupazione per i rischi ambientali per la salute appare peraltro acutissima, specie nelle due aree industriali. A Taranto

e a Gela circa il 60% del campione giudica la situazione grave e irreversibile e oltre l'80% ritiene certo o molto probabile che in aree inquinate ci si possa ammalare di tumore o avere un figlio con malformazioni congenite". Diversificato il livello di fiducia negli enti locali: "Nel 40% dei casi nell'Amiata e nel 27 a Viterbo, ma solo nel 6% a Taranto e nel 16% a Gela", conclude Bianchi. "Lo studio ha fornito indicazioni importanti per la definizione di sistemi di sorveglianza nelle aree studiate che includano interventi di prevenzione sulle fonti inquinanti conosciute e la valutazione della suscettibilità individuale all'arsenico. Si suggerisce la prosecuzione del monitoraggio periodico, a iniziare dai soggetti con i valori più elevati, per i quali si propone un protocollo di presa in carico da parte delle Asl, assieme a un'informazione costante e attenta da parte delle autorità, avvalendosi dei ricercatori e degli operatori della sanità pubblica".

I difetti cromosomici ora si rilevano senza rischi

Un nuovo metodo per rilevare problemi cromosomici è risultato più sicuro, più economico e soprattutto meno rischioso per la salute della mamma e del bambino



Le anomalie cromosomiche ai giorni nostri rappresentano ancora un grosso problema, sia in termini sanitari che etici. Ecco perché il poter **rilevare tempestivamente tali anomalie è fondamentale**. Tuttavia, le attuali procedure di screening prenatali sono potenzialmente rischiose per mamma e bambino.

Una nuova speranza arriva invece da un team di scienziati dell'Università della California, della San Diego School of Medicine e dalla Cina che hanno dato vita a **una nuova procedura di sequenziamento del DNA**. Si tratta di un metodo recentemente descritto e pubblicato su *PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences)* che sfrutta la bioinformatica e relativi software veloci, accurati e soprattutto meno rischiosi per chi si sottopone al test.

«Crediamo che questo approccio potrebbe diventare lo standard di cura per lo screening di anomalie cromosomiche prenatali», ha spiegato Kang Zhang, MD, PhD, professore di oftalmologia, direttore e fondatore dell'Institute for Genomic Medicine della UC San Diego e uno staff medico al San Diego VA Healthcare System.

Il problema delle anomalie cromosomiche non è da sottovalutare. Ve ne possono infatti essere alcune anche molto gravi perché generati dalle aneuploidie (variazione del numero di cromosomi). Questi provocano **disturbi neurologici, sterilità e persino morte**. Il tasso di incidenza aumenta se la mamma ha più di 35 anni.

Per diagnosticarli, in genere occorre eseguire dei test invasivi caratterizzati dall'acquisizione di un campione di liquido amniotico o tessuto placentare.

Se è pur vero che sono particolarmente affidabili, è anche vero che in seguito all'esame possono insorgere infezioni rilevanti con il conseguente rischio di aborto. I risultati, inoltre, non sono disponibili prima dei quindici giorni lavorativi.

Il nuovo metodo, per contro, riesce a rilevare il sequenziamento genetico del feto utilizzando una piattaforma da banco (SSP) chiamata "Sequenziatore Ion Torrent" e sviluppato da *Life Technologies*.

Il DNA che è in grado di rilevare è il materiale genetico del feto che circola liberamente e in modo

naturale nel sangue della mamma. Può essere ottenuto attraverso un normale prelievo del sangue e l'SSP **può codificarlo in meno di quattro giorni**.

Al fine di valutare l'affidabilità del metodo, i ricercatori hanno testato 2.275 donne in gravidanza. Oltre cinquecento di loro hanno partecipato a un'analisi retrospettiva, completando la serie di cariotipo per stabilire le anomalie cromosomiche seguite dal test SSP.

Le restanti mamme hanno sempre partecipato allo studio prospettico, ma non hanno eseguito il cariotipo. I risultati di sequenziamento e bioinformatica sono stati eseguiti da iGenomics a Guangzhou, in Cina. Al termine tutti i risultati sono stati attentamente confrontati.

«Abbiamo utilizzato lo studio retrospettivo per stabilire e convalidare il metodo e lo studio prospettico», spiega Zhang.

I risultati dimostrano che nello studio retrospettivo l'SSP ha **rilevato molte anomalie cromosomiche, con una sensibilità e affidabilità del 100%**.

«A nostra conoscenza, questo è il primo studio clinico su grande scala che ha identificato sistematicamente le aneuploidie cromosomiche basate sul DNA fetale senza cellula tramite SSP. Questo fornisce una strategia efficace su larga scala e proiezioni non invasive in un ambiente clinico. Esso può essere eseguito in ospedali e ambulatori, in modo più rapido ed economico», conclude Zhang.

Lo studio è stato finanziato in parte dal National Natural Science Foundation of China, dal National Science Foundation for Young Scholars of China, National Natural Science Foundation of Guangdong, Key Project of Guangzhou Health Bureau, Major Project of Guangzhou Science, Technology and Information Bureau e, infine, dal Burroughs Wellcome Fund.

<http://www.lastampa.it/2014/05/09/scienza/benessere/gravidanza-parto-pediatria/i-difetti-cromosomici-ora-si-rilevano-senza-rischi-Zsko9zy3tDey2KFZ4GhSL/pagina.html>

ALLERGIE: PEDIATRI, OLTRE 30% BIMBI CONSIDERATI MALATI NON LO E'

(AGI) - Roma, 8 mag. - Più del 30 per cento dei bambini considerati allergici in realtà non lo è. E' quanto afferma in una nota la Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica (SIAIP) che, nell'ottica dell'appropriatezza, ha approvato un documento su "choosing wisely" (scegliere con saggezza) in allergologia pediatrica, ovvero cosa fare ma soprattutto cosa non fare in questo campo per la salute del bambino. "Si tratta di sedici consigli pratici - ha spiegato Roberto Bernardini, presidente della SIAIP e direttore della UOC Pediatria presso l'Ospedale San Giuseppe di Empoli - basati sull'evidence based medicine (ebm), le evidenze scientifiche, per poter effettuare una scelta corretta in alcune delle più comuni situazioni che si possono presentare nella pratica di tutti i giorni. Un documento predisposto dalle Commissioni SIAIP, elaborato dal Consiglio Direttivo e dalla Presidenza della nostra Società Scientifica, che ogni pediatra dovrebbe avere sulla sua scrivania per poter subito capire cosa non deve fare nelle più comuni patologie immuno-allergologiche". Il "choosing wisely", assieme alle altre iniziative che la SIAIP sta mettendo in campo, ha lo scopo di realizzare un percorso diagnostico-terapeutico e preventivo in ambito immuno-allergologico per evitare una non appropriatezza nella diagnosi-terapia e nella prevenzione in ambito della immuno-allergologia pediatrica. In generale, ricorda la SIAIP, la prevalenza cumulativa "reale" delle allergie alimentari e respiratorie (asma bronchiale e oculorinite), da farmaci, veleno di imenotteri e lattice in età pediatrica è pari al 35-40 per cento.

Anoressia
Sorpresa, si cura

DI MICHELE TANSELLA



Uno studio clinico controllato, condotto su 242 casi di anoressia mentale, finanziato dal ministero della Ricerca tedesco e pubblicato su "Lancet",

ha confrontato tre interventi: psicoterapia psicodinamica, psicoterapia cognitiva e trattamento ambulatoriale standard (coordinato dal medico di base e basato sulla psicoterapia fornita gratuitamente dalle assicurazioni, in Germania). La terapia è durata 10 mesi e i pazienti sono stati poi seguiti per un anno. L'efficacia, giudicata misurando l'aumento di peso e la necessità di ricoveri ospedalieri, è risultata simile, con risultati appena migliori nel gruppo trattato con la terapia psicodinamica e un po' più rapidi in quello che ha avuto la psicoterapia cognitiva.

L'anoressia, disturbo tendenzialmente cronico se non trattato, tra i disturbi mentali è quello con il più alto tasso di mortalità: riguarda in media tre ragazze ogni 1000 (è meno frequente negli maschi), con otto nuovi casi all'anno ogni cento mila abitanti. Ragazze che hanno paura di ingrassare o di diventare grasse, anche quando sono sottopeso; che hanno una percezione distorta del proprio corpo, poca autostima, e hanno perso i cicli mestruali. Spesso questi sintomi si accompagnano a abbuffate, vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi e diuretici.

La psicoterapia è considerata il trattamento di scelta, ma le linee guida più accreditate sottolineavano finora la mancanza di dati solidi e attendibili che ne dimostrassero l'efficacia. Questa ricerca ha invece confermato che l'anoressia si può realisticamente curare.

Centro Oms di Ricerca sulla salute mentale, Università di Verona



Psiche

08 Maggio 2014 10:26

Smart drugs: allarme tra adolescenti. Che cosa sono?

Le smart drugs, o potenziatori di memoria, sono largamente usate dagli adolescenti. Ma gli effetti possono essere davvero nocivi

Gli adolescenti fanno sempre più uso di quelli che vengono chiamati potenziatori di memoria, ovvero le **smart drugs**. Prese spesso “sottogamba”, queste sostanze sono vere e proprie droghe, oltretutto molto subdole.

Prestazioni al top

Perché gli adolescenti fanno incetta di **smart drugs**, spesso acquistate su Internet? Perché sentono sempre il bisogno di essere al top, di rendere il massimo nello studio con il minimo sforzo, di mostrare prestazioni elevate di sé. L'accresciuta attenzione, la memoria potenziata e l'alto rendimento non sono però a costo zero, anzi. Infatti, le **smart drugs** agiscono come tutte le altre sostanze stupefacenti, ovvero annullano la percezione di stimoli primari come fame, sete e [sonno](#). Inoltre, come ogni altra droga, anche i potenziatori di memoria causano dipendenza e annullano la percezione degli oggettivi limiti umani.

È allarme

L'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) pone l'accento sull'aumento del consumo delle smart drugs tra gli adolescenti e, soprattutto, sull'acquisto online, spesso illegale e molto pericoloso. In Italia si segnalano circa 500 siti illegali, molti dei quali sono stati già chiusi. L'e-commerce, dall'accesso facile e incontrollato, rende l'acquisto di droghe rapido e semplice.

Più magri, più bravi ... più tutto

I ragazzi acquistano le loro “pasticche” della felicità illusoria perché la società li vorrebbe perfetti, fisicamente e intellettualmente. I primi del gruppo, i primi della classe, i primi in tutto. E, ovviamente, queste aspettative irreali si scontrano con la realtà, creando un disagio facilmente superabile (ma in realtà amplificato) con qualche pastiglia all'apparenza innocua.

Diciture illegali e sballo legale

Il fatto che le smart drugs vengano considerate innocue dagli adolescenti spesso deriva dalla loro stessa presentazione commerciale: la dicitura “sballo legale” campeggia su molte confezioni facendo credere che si tratti di sostanze assolutamente soft. Inoltre, i teenager tendono a bypassare anche avvertenze per le quali lampeggia “pericolo” scritto a carattere cubitali: alcune di queste pasticche, infatti, riportano addirittura la dicitura "sostanze chimiche destinate alla ricerca" o "fertilizzanti". L’Aifa, infine, avverte anche sulla pericolosità delle famose e famigerate bevande energetiche ([energy drink](#)) colme di caffeina e taurina. Gli effetti collaterali non sono certo da sottovalutare: attacchi di panico, nervosismo e, addirittura, epilessia.

In breve

ATTENZIONE AL DISAGIO DEI GIOVANI

La soluzione per tenere lontani i ragazzi da smart drugs ed energy drink non è a portata di mano e non è semplice. Ma sta sempre tutta in una sola parola: dialogo. Se gli adolescenti riuscissero a esprimere il loro disagio e a indirizzare sensazioni assolutamente normali e fisiologiche verso attività creative, comunitarie e sportive, si sarebbe compiuto il primo passo verso l’estinzione di commerci illegali e pericoli subdoli.



Alimentazione

Con quel gene sei fritto

Mangiare cibi fritti non fa bene a nessuno. Ma a qualcuno fa peggio che ad altri, perché il loro effetto sui geni legati all'obesità potenzia quello sul peso.

La relazione tra consumo regolare di alimenti fritti, corredo genetico e peso non è mai stata studiata nel dettaglio, per questo i ricercatori della Harvard Medical School hanno scandagliato i dati clinici e le abitudini alimentari di oltre 57 mila persone, e hanno dimostrato sul "British Medical Journal" che il nesso c'è, e si vede. Se infatti si confronta l'effetto dell'assunzione dei fritti su diverse persone classificate in base al rischio genetico di obesità (32 le varianti di geni associate a una maggiore tendenza ad accumulare grasso), si vede che tra le persone con un rischio genetico più alto, coloro che mangiano fritti 4 o più volte alla settimana sono più grassi di coloro che lo fanno meno di una volta a settimana. Ma se si va a vedere che cosa succede in chi ha un minore rischio genetico, si scopre che gli appassionati di patatine ingrassano molto meno.

In altre parole, chi ha una minore predisposizione genetica all'obesità tende ad accumulare meno grasso anche se mangia molto spesso alimenti fritti. E la tendenza a ingrassare attribuibile ai geni può essere condizionata anche dal consumo di fritti. L'informazione è importante soprattutto per chi cerca di contrastare la tendenza all'obesità e ha uno dei 32 assetti di geni che non lo aiutano nella sua lotta quotidiana ai chili di troppo; nel dubbio, comunque, anche non sapendo che tipi di geni si hanno, meglio evitare gli alimenti fritti.

Agnese Codignola