



STORINO MEDICA

anno XXVIII
numero 2
2017

comunicazione
informazione
formazione

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

LA RESPONSABILITÀ
DEL TITOLISTA

PROGETTO
ANTI-
BUFALE
DELLA
FNOMCeO

Interviste a
Marco Bobbio,
Tom Jefferson,
Silvia Bencivelli,
Sergio Della Sala

VERITÀ E FALSITÀ IN MEDICINA

CANNABIS AD
USO MEDICO

Verità e consenso informato

Obiettivo DETOX

Per depurarsi e rimettersi in forma,
scegliete la cura di bellezza
più naturale ed equilibrata
per il vostro organismo:
acqua Lauretana è perfetta per
eliminare le tossine accumulate,
facilitare i processi digestivi
e ritrovare leggerezza.



	residuo fisso in mg/l	sodio in mg/l	durezza in °F
Lauretana	14	1.0	0.55
Monte Rosa	16.4	1.2	0.54
S. Bernardo Rocciaviva	34.5	0.8	2.5
Sant'Anna di Vinadio	43.2	1.2	3.3
Voss	44	6	N.D.
Levissima	80	1.9	5.8
Acqua Panna	139	6.4	10.6
Fiuggi	145	6.3	9
Rocchetta	174.1	4.13	N.D.
Fiji	224	18	N.D.
San Benedetto Primavera	313	4.1	N.D.
Evian	345	6.5	N.D.
Vitasnella	396	3.4	N.D.

Il residuo fisso, il sodio e la durezza di alcune note acque oligominerali (residuo fisso <500 mg/l) commercializzate nel territorio nazionale come rilevato da Beverfood 2016-2017.

LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

consigliata a chi si vuole bene



#benessere

www.lauretana.com

Sommario

numero 2_2017

La Rivista è inviata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e provincia e a tutti i Consiglieri degli Ordini d'Italia.

Per l'invio di proposte, contributi, segnalazioni e per informazioni è possibile scrivere alla redazione all'indirizzo:
redazioneomceotorino@gmail.com

4 **editoriale**
Assemblea dell'Ordine
2017
*Redazione di Torino
Medica*

8 La responsabilità
del titolista
Mario Nejrotti

12 **focus_verità e
falsità in medicina**
Le (false) parole in rete
Laura Tonon

punti di vista
a cura di Laura Tonon

19 Le verità diverse

21 Occhio alla "sindrome
di Uno Mattina"

23 Giornalismo scientifico,
radio, tv e medicina
a cura di Sara Boggio

26 Festival della TV
e dei nuovi media
Roberta Chersevani

28 FNOMCeO contro
le bufale in sanità
Alessandro Conte

32 Alla ricerca del vero,
tra pregiudizi, credenze,
falsi ricordi e conflitti
d'interesse
a cura di Rosa Revellino

38 Verità e *fake news*:
un contratto esistenziale
tra medici e cittadini
Cosimo Nume

40 Dire senza togliere
speranza
Elvira Larizza

44 La verità e il consenso
informato
Antonio Panti

46 **salute**
Cannabis ad uso
medico
Anna De Luca

51 Emocomponenti per uso
topico in medicina
rigenerativa
Carmen Mortellaro

56 **dalle commissioni**
Rassegna cinematografica
bioetica e cinema

57 **pianeta solidarietà**
Restituire curando
Maria Pia Bronzino

59 **le nostre radici**
I due preti
Giuliano Maggi

60 **fuori rubrica**

Direzione, Redazione,
Corso Francia 8
10143 Torino
Tel. 011 58151.11 r.a.
Fax 011 505323
torino.medica@omceo.to.it
www.omceo.to.it

Presidente
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente
Guido REGIS

Segretaria
Rosella ZERBI

Tesoriere
Chiara RIVETTI

Consiglieri
Domenico BERTERO
Tiziana BORSATTI
Emilio CHIODO
Riccardo DELLAVALLE
Ivana GARIONE
Anna Rita LEONCAVALLO
Elsa MARGARIA
Aldo MOZZONE
Roberta SILIQUINI
Renato TURRA

Roberto VENESIA
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)
Bartolomeo GRIFFA (Od.)

Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente
Patrizia BIANCUCCI
Claudio BRUCCO
Bartolomeo GRIFFA
Paolo ROSATO

Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Carlo FRANCO
Angelica SALVADORI
Vincenzo MACRÌ Supplente

TORINO MEDICA
Direttore:
Guido Giustetto
Direttore responsabile:
Mario Nejrotti
Coordinamento
redazionale:
Rosa Revellino
Redazione:
Sara Boggio, Luca Nejrotti,
Laura Tonon (Pensiero
Scientifico Editore)

Aut. del Tribunale di Torino
n. 793 del 12-01-1953

Per spazi pubblicitari: SGI Srl Via Pomaro 3 - 10136 Torino
Tel. 011 359908 / 3290702 - Fax 011 3290679 - e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it
Grafica e Design SGI Srl
Stampa La Terra Promessa Onlus NOVARA

Chiuso in redazione il 14 aprile 2017

SGI

Assemblea dell'Ordine 2017

Una nuova relazione morale: l'Ordine che fa

Redazione di Torino Medica



L'attività istituzionale dell'OMCeO di Torino nell'anno trascorso è stata particolarmente intensa. Nella sua relazione d'apertura il Presidente Guido Giustetto ha evidenziato le molte attività politiche e i diversi interventi – anche di ricaduta mediatica di cui riportiamo alcuni esempi di seguito – con cui si è cercato di rispondere al mandato istituzionale: l'impegno a garantire la salute delle persone attraverso la tutela della autonomia e responsabilità della professione del medico chirurgo e dell'odontoiatra.

Il Presidente della Commissione Albo Odontoiatri Gianluigi D'Agostino ha dichiarato che a fronte degli esposti ricevuti sono state molte le segnalazioni per sospetto esercizio abusivo della professione e pubblicità di strutture in cui non compariva il nominativo del Direttore Sanitario; così come sono state inoltrate richieste di verifica da parte della Commissione di vigilanza dell'ASL per messaggi pubblicitari contrari alle norme deontologiche. Posizioni precise – a tutela dei cittadini – sono state prese anche nei confronti di un certo tipo di informazione mediatica che tende ancora a confondere commercio e Professione.

Giustetto ha inoltre ricordato che il contesto istituzionale e politico del 2017 vede molti cambiamenti; importanti novità sono la progressiva e sostanziale uscita della Regione Piemonte dal piano di rientro (l'atto formale dovrebbe avvenire nei prossimi giorni); l'approvazione dei nuovi LEA e la loro messa in pratica; l'attuazione di tutte le norme delegate dopo l'approvazione da parte del parlamento della Legge sulla responsabilità del personale sanitario; il dibattito intorno alla legge sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento.

“Quale che sia il futuro panorama – ha concluso – rimarrà immutato il nostro impegno a stare contemporaneamente dalla parte dei diritti dei cittadini e dalla parte della autonomia e della responsabilità della professione medica, tenendo come mappa e come bussola il nostro Codice Deontologico”.

È possibile leggere le relazioni per esteso nella sezione Atti del portale dell'Assemblea Ordinaria 2017 www.torinomedica.com

Guardia medica, l'Ordine boccia il bando: "Reclutati colleghi inesperti"

la Repubblica

Mobile | Facebook | Twitter

la Repubblica.it

Archivio

Home | Pubblico | Economia&Finanza | Sport | Spettacoli | Cultura | Motori | Viaggi | Moda | Casa

Sei in: Archivio > la Repubblica.it > 2016 > 06 > 23 > Guardia medica l'Ordine b...

Guardia medica l'Ordine boccia il bando: "Reclutati colleghi inesperti"

SARA STRIPPOLI

NON piace all'Ordine dei Medici di Torino il bando della Città della Salute per trovare medici che prestino servizio nelle guardie notturne durante il periodo estivo. Nel bando, è la critica più importante, la specializzazione non è inclusa fra i requisiti richiesti: «Non credo che un giovane medico, per quanto preparato, possa sentirsi a suo agio nel dover prendere decisioni importanti come possono capitare in un'azienda che tratta casi ad alta complessità.

Tagliataliste Piemonte, Ordine Medici Torino: «No a nuove forme di precariato»

Sfoggia il Quotidiano Digitale | Sfoggia Sanità Digitale

ABBONATI | ACCEDI

Sanità24

24 ORE

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa

4 gen 2017

SEGNALIBRO | FACEBOOK | TWITTER

TAG
Ambulatori
Assunzioni
Guardia medica

AZIENDE E REGIONI

Tagliataliste Piemonte, Ordine medici Torino: «No a nuove forme di precariato»

«È necessario tutelare questi medici per non creare nuove forme di precariato»: lo sostiene il presidente dell'ordine dei medici di Torino, **Guido Giustetto**, a proposito del progetto della Regione Piemonte che vorrebbe coinvolgere i medici neo-specializzati per lo smaltimento delle liste d'attesa.

«I giovani laureati - rimarca Giustetto - dovrebbero essere pagati a gettone. Gli sbocchi professionali che per i neo-specialisti di solito sono le guardie mediche, occupazione spesso saltuaria e non professionalizzante, potrebbero aumentare». «Ma per una

Pronto soccorso in crisi: interviene l'Ordine dei Medici

LA STAMPA TORINO

SEZIONI
 EDIZIONI

Cerca...

Allo stadio Filadelfia ecco i pannelli anti-tifosi
 Daniel Pennac torna al Salone del libro dopo 17
 Nel camion dei traslochi 130 chili di marijuana
 Aperta un'inchiesta sul maxi incendio di La Loggia
 Il suk trasloca alla Colletta il 23 aprile

Pronto soccorso in crisi: interviene l'Ordine dei Medici

Dopo le proteste dei sindacati e del personale, denunciate dal servizio di «Nemo-Nessuno escluso» in onda su RaiDue: «Le direzioni degli ospedali sapevano? E qual è la reale situazione?»



LEGGI ANCHE
 
 Ingresso
Risorse, ricoveri e tempi

L'Ordine dei Medici si schiera contro la pratica del test anale per provare l'omosessualità in Tunisia

LA STAMPA TORINO

SEZIONI
 EDIZIONI

Cerca...

Allo stadio Filadelfia ecco i pannelli anti-tifosi
 Daniel Pennac torna al Salone del libro dopo 17 anni
 Nel camion dei traslochi 130 chili di marijuana: in una settimana arrestate...
 Aperta un'inchiesta sul maxi incendio di La Loggia
 Il suk trasloca alla Colletta il 23 aprile

L'Ordine dei medici si schiera contro la pratica del test anale per provare l'omosessualità in Tunisia

Registi e attivisti del Paese nordafricano denunciano le persecuzioni contro gay e lesbiche



VIDEO CONSIGLIATI
 
 Switch mob: una lezione di

L'Ordine dei Medici denuncia la dottoressa Mereu al Nas e alla procura: "Dice di curare il cancro con gli insulti"

NETWORK

L'Espresso

LE INCHIESTE

24 ottobre 2016 - Aggiornato alle 20:17

LAVORO ANNUNCI ASTE Accedi

R.it

TORINO

Home

Cronaca

Sport

Foto

Ristoranti

Annunci Locali

Cambia Edizione

Video

Cerca nel sito

METEO

L'Ordine dei medici denuncia la dottoressa Mereu al Nas e alla procura: "Dice di curare il cancro con gli insulti"

La guaritrice ha annunciato due sue conferenze giovedì e sabato alla Gam



L'appello dei medici "Lo Stato produca il farmaco salva-vita contro l'epatite C"

la Repubblica

Mobile

Facebook

Twitter

la Repubblica.it

Archivio

Home

Pubblico

Economia&Finanza

Sport

Spettacoli

Cultura

Motori

Viaggi

Moda

Casa

Salute

Sei in: Archivio > la Repubblica.it > 2016 > 08 > 20 > L'appello dei medici "Lo ...

L'appello dei medici "Lo Stato produca il farmaco salva-vita contro l'epatite C"

TORINO.
Solo il 5 per cento dei malati a cui è stata diagnosticata l'epatite C è stato curato con il superfarmaco che ha dimostrato di essere efficace in oltre il 90 per cento dei casi.

TOPIC CORRELATI

PERSONE

ENTI E SOCIETÀ

LUOGHI

La responsabilità del titolista

Mario Nejrotti

Direttore Torino Medica

La trasmissione delle notizie è di per sé un problema. Verità, chiarezza espositiva e interpretazione personale dei fatti si legano tra loro, generando spesso errori e incomprensioni.

Quando poi alla ricerca e alla diffusione delle notizie si intrecciano interessi economici, politici, ideologici, sociali, morali e religiosi la distorsione della verità può diventare un tentativo organizzato di ingannare il pubblico per influenzarlo.

GLI ITALIANI LEGGONO? MA SOPRATTUTTO, CHE COSA CAPISCONO QUANDO LEGGONO?

Il fenomeno del "titolo ad effetto" riguarda i media audio video, ma anche, e soprattutto, i giornali in carta o online.

Infatti, per questi ultimi si devono fare i conti con la scarsa propensione a leggere degli italiani.

Su quasi 53.000.000 di abitanti censiti in Italia, nel 2016, secondo il rapporto annuale Audipress, leggevano giornali quotidianamente circa 18.500.000 persone. Tutto sommato sembrerebbe un bel numero di individui. Si potrebbe pensare che in meno di tre giorni tutti, neonati e ultra centenari compresi, leggano un quotidiano.

Non è così, per due evidenti motivi: non è detto che i lettori ruotino ordinatamente ogni tre giorni per coprire la totalità della popolazione italiana, quindi a leggere sarebbe uno scarso 30%; di cui è ignoto quanti leggano consapevolmente per informarsi, comprendendo che cosa c'è scritto.

Il grande linguista Tullio De Mauro, scomparso a gennaio di quest'anno, nel novembre 2011, nel corso dell'incontro "Leggere e sapere: la scuola degli italiani" diceva: "Il 71% della popolazione si trova al di sotto

del livello minimo di lettura e comprensione di un testo scritto in italiano di media difficoltà: il 5% non è neppure in grado di decifrare lettere e cifre, un altro 33% sa leggere, ma riesce a decifrare solo testi di primo livello su una scala di cinque ed è a forte rischio di regressione nell'analfabetismo, un ulteriore 33% si ferma a testi di secondo livello. Non più del 20% possiede le competenze minime per orientarsi e risolvere, attraverso l'uso appropriato della lingua italiana, situazioni complesse e problemi della vita sociale quotidiana. Ce lo dicono due recenti studi internazionali, ma qui da noi nessuno sembra voler sentire".

Questa allarmante opinione, suffragata da dati obiettivi, sembra contrastare con il grande numero di lettori riportato sopra.

L'Audipress, però, per poter ottenere numeri così confortanti, pone una limitazione che, a ben vedere, spaventa. Nella ricerca si considera "lettore colui che ha scorso almeno un titolo di giornale in stampa o in formato digitale" nel periodo considerato.

Il 30% di lettori quotidiani sfuma. Infatti, niente si sa sul numero delle persone frequentatrici assidue degli articoli completi ed è intuibile che quanti leggono solo i titoli potrebbero essere molti nel gruppo censito.





Il giudizio del pubblico sui fatti sembrerebbe, quindi, affidato ad una frase che, nel migliore dei casi, riassume drasticamente l'argomento contenuto nello scritto e lo lascia alla comprensione del lettore senza approfondimento.

Invece, spesso, il titolo non si limita a riassumere l'argomento, ma ne evidenzia gli aspetti più emotivi e comunicativi, per stimolare l'acquisto del prodotto o convincere di qualche cosa chi legge.

L'utente ne trarrà un'impressione forte, ma indubbiamente superficiale, sostenuta dalla falsa convinzione di essere informato e consapevole degli avvenimenti e delle loro motivazioni.

Le conseguenze sociali della lettura quasi esclusiva dei titoli e il rischio di impoverire le facoltà di comprensione e giudizio della popolazione sono senz'altro note a chi gestisce quotidiani e periodici.

Quindi, come già per il mercato dell'editoria di narrativa, dove il romanzo incuriosisce in prima battuta per il titolo o la copertina e solo successivamente per la sinossi e per il valore del suo contenuto, i giornali, ormai stereotipati per la grafica, devono affidarsi soprattutto ai titoli per attirare un pubblico sempre più distratto e frettoso.

Se, come sembrerebbe, l'opinione pubblica è fortemente influenzata dai titoli dei giornali e dei media, la responsabilità di questo strumento comunicativo nel manipolarla è rilevante e l'esecutore materiale è il titolista.

LA RESPONSABILITÀ DI CHI SCRIVE

Il testo unico dei doveri del giornalista del 2016, che si può leggere sul portale dell'Ordine dei Giornalisti, Consiglio Nazionale, che accorpa anche numerosi documenti deontologici precedentemente approvati per specifiche problematiche, non parla in maniera precisa della responsabilità di chi si occupa di titolare gli articoli.

Anche se i codici deontologici per essere utili e fruibili dovrebbero sempre tener presente quanto la professione che intendono tutelare in nome dei cittadini, cambia nel tempo e si diversifica dalle sue tradizioni, ciò non toglie che proprio al Titolo 1 – Principi e Doveri del Giornalista, il documento recita:

Articolo 1

Libertà d'informazione e di critica
L'attività del giornalista, attraverso qualunque strumento di comunicazione svolta, si ispira alla libertà di espressione sancita dalla Costituzione italiana ed è regolata dall'articolo 2 della legge n. 69 del 3 febbraio 1963: «È diritto insopprimibile dei giornalisti la libertà d'informazione e di critica, limitata dall'osservanza delle norme di legge dettate a tutela della personalità altrui ed è loro obbligo inderogabile il rispetto della verità sostanziale dei fatti, osservati sempre i doveri imposti dalla lealtà e dalla buona fede. Devono essere rettificata le notizie che risultino inesatte e riparati gli eventuali errori. Giornalisti e editori sono tenuti a rispettare il segreto professionale sulla fonte delle notizie, quando ciò sia richiesto dal carattere fiduciario di esse, e a promuovere lo spirito di collaborazione tra colleghi, la cooperazione fra giornalisti e editori, e la fiducia tra la stampa e i lettori».

Quindi, in qualche modo si obbliga il giornalista nella sua funzione di informazione a comunicare sempre "la verità sostanziale" ed a alimentare "la fiducia tra stampa e pubblico", pena portarne le conseguenze previste dal Codice Deontologico e inoltre, trattandosi del riferimento ad una norma di legge, la responsabilità civile e penale.

Un "titolo sparato" per impressionare, suggestionare, ingannare rispetto ai contenuti e ai fatti raccontati ►

nell'articolo è una chiara violazione della deontologia e della legge.

Sarebbe tempo di poter individuare con chiarezza l'autore dei titoli, quando non sia la stessa persona che ha scritto il pezzo.

LA VERITÀ NON È FACILE DA SCOPRIRE

Anche i lettori hanno le loro responsabilità.

Non ci si fa ingannare, se si è in grado di riconoscere la falsità o l'esagerazione nelle notizie e nei titoli, ma una gran parte dei fruitori superficiali delle testate giornalistiche in carta o online, per tempo, attenzione, disinteresse o incultura, non ha gli strumenti per discernere il vero dal falso o dall'esagerato. Il compito non è semplice nel mare magnum delle notizie.

Lo si può comprendere anche dalle dieci regole per analizzare gli articoli, riportate su Repubblica.it all'inizio di dicembre dello scorso anno, da un lavoro di **Melissa Zimdars**, docente di Comunicazione e Media al Merrimack College in Massachusetts, un lavoro che troppo spesso non fanno accuratamente neppure i giornalisti per controllare le fonti. Le riportiamo di seguito.

Evitare estensioni strane. Diffidare di siti che terminano con .lo.

Controllare altre fonti. Verificare chi scrive. Controllare l'attendibilità dei siti. Se un sito vi insospettisce andare a leggere la sezione "about us" o controllare se esiste su Wikipedia, sostiene la Zimdars. E ancora, **Attenzione ai blog. Diffidare dei siti amatoriali. La data è importante:** controllarla sempre.

Anche la studiosa ha perfettamente presente il problema dei titoli e infatti sottolinea: **Non fermarsi alle apparenze.** Spesso ci si sofferma solo al titolo-bomba, ma occorre sempre leggere il testo completo per farsi un'opinione. **Immagini dubbie.** È facile scambiare una foto per un'altra. **La regola più importante.** Pensare prima di condividere e ancora di più prima di credere.

LA POST-TRUTH DI TRUMP: E DI TANTI ALTRI POLITICI PRIMA E DOPO DI LUI

La necessità di discernere il vero dal falso nel campo dell'informazione specie digitale è divenuta prepotente dopo le elezioni a sorpresa di Donald Trump, che ha usato sistematicamente la distorsione della realtà come strumento strategico e politico, e non era il primo, né il solo.

Così, dopo quel turbine di distorsioni mediatiche, restate impunte e spesso sconosciute alla massa, è diventato evidente che la verità era cambiata e si doveva coniare addirittura un nuovo termine per definirla.

Ci ha pensato l'Oxford Living Dictionaries con "post-truth": la "post-verità" che si disinteressa dei fatti

oggettivi, ma tende a stimolare solo le emozioni e le convinzioni personali per uno scopo particolare dello scrivente o di chi in qualunque modo comunica con altri.

Potremmo dire che il titolista, quando usa il suo strumento per scopi diversi dal sottolineare e riassumere l'articolo, sia il precursore e nello stesso tempo il rappresentante nel quotidiano di questa pericolosa filosofia. Pericolosa certo, perché come affermava Hannah Arendt, filosofa tedesca, sfuggita al nazismo e naturalizzata nel 1951 negli Stati Uniti: "Il suddito ideale del regno totalitario non è il nazista convinto né il comunista convinto, ma l'uomo per cui la distinzione tra fatti e finzione, la distinzione tra vero e falso, non esistono più". In un articolo del 21 dicembre 2016, Repubblica.it, riprendendo una notizia già comparsa su «Le Monde» nel 2005, riporta la storia dell'ultimo strillone di Parigi, appunto di «Le Monde», Ali Akbar.

Racconta che lo si può sentire strillare: "Ci siamo, ci siamo! Marine Le Pen si è convertita, va a prendere un tè alla menta in moschea!". Questo sopravvissuto di un'era che non c'è più compare sempre all'ora di pran-

zo, si riconosce nelle strade, mentre sventola il giornale, urlando finti titoli sensazionalistici e presunti scoop. Il simpatico Ali, di 64 anni, è da oltre quaranta una presenza costante di Saint-Germain-des-Prés: fa quasi parte del paesaggio.

La storia è dolce e ha il sapore della nostalgia, ma la realtà dell'informazione è diversa.

Per migliorarla veramente si deve superare una volta per tutte la strategia dello strillone, che in strada inventa titoli roboanti per guadagnare qualche centesimo in più: il giornalismo è un'altra cosa.

Fonti

Dati Audipress 2016: <http://www.primaonline.it/2016/09/27/245129/audipress-italiani-lettura-quotidiani-carta-digitale-periodici-titoli-i-nuovi-dati-infografiche-tabelle/> ;

Tullio De Mauro, *Non sappiamo più l'italiano* http://firenze.repubblica.it/cronaca/2011/11/28/news/non_sappiamo_pi_l_italiano_l_allarme_del_linguista_de_mauro-25713802/ ;

Testo Unico dei Doveri del Giornalista: <http://www.odg.it/content/testo-unico-dei-doveri-del-giornalista-la-versione-finale> ;

Fake news, dieci regole per riconoscere le bufale: http://www.repubblica.it/tecnologia/social-network/2016/12/03/news/fake_news_10_regole_per_riconoscere_le_bufale-153369145/

Post-truth: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/post-truth>
http://www.repubblica.it/cultura/2016/11/17/news/_post-verita_la_parola_dell_era_trump-152192626/

Ali Akbar, lo strillone:

http://www.repubblica.it/esteri/2016/12/21/news/parigi_strillone-154560593/

http://www.lemonde.fr/a-la-une/article/2005/03/16/ali-akbar-le-monde-a-la-criee_401799_3208.html



fake news

fake news

fake news sites

news stories



**Facebook conta
1,65 miliardi di utenti al mese
che si traducono in
5,83 miliardi di dollari
di introiti**

Le (false) parole in rete

Laura Tonon

Il Pensiero Scientifico Editore

Dietro le bufale,
le notizie
manipolate e
i falsi miti di
medicina si
nascondono
un giornalismo
scientifico
sensazionalistico
perché più
vendibile, oppure
il diletterismo
o gli interessi del
mercato

“La cura per il benessere” è l’ultimo film di Gore Verbinski, uscito a febbraio negli Usa e ora in Italia. Un thriller-horror psicologico che parla di una falsa cura che rende i pazienti più malati. Per lanciare la pellicola la 20th Century ha fatto girare il trailer in una serie di siti di *fake news* che diffondevano notizie, altamente virali, di fatti mai accaduti. Come ad esempio il presunto incontro di Ronald Trump con Vladimir Putin in una spa svizzera che richiama l’ambientazione del film in una clinica ambigua sulle Alpi svizzere. Una strategia di marketing – dalla falsa notizia alla falsa cura, e viceversa – orchestrata ad hoc nel pieno della copertura mediatica post-presidenziali americane delle *fake news*, deliberatamente pubblicate in rete come informazioni vere e affidabili per fare propaganda o disinformazione, con lo scopo di destabilizzare l’avversario o guadagnare consenso. Non sono solo bufale che riguardano i partiti politici o la società, ma anche la medicina, la salute pubblica e le politiche sanitarie.

Una delle tante, durante la campagna elettorale di Trump, è stata la correlazione tra vaccini e autismo nata a seguito di una frode scientifica pubblicata sul «Lancet» nel 1998¹ che – nonostante sia stata ampiamente smentita – continua ad avere credito. Già nel novembre del 2014 Trump twittava: “Healthy young child goes to doctor, gets pumped with massive shot of many vaccines, doesn’t feel good and changes – AUTISM. Many such cases!”. E ora che è entrato alla Casa Bianca vuole costituire una commissione vaccini con a capo Robert F. Kennedy Jr, complottista antivaccini di cui “apprezza i pensieri e le idee”. Ma le sue bufale non sono terminate: in un recente State of the Union Trump ha lanciato false informazioni sull’Affordable Care Act² (noto anche come Obamacare) e sulla Food and Drug Administration³.

L’ERA DELL’INCREDIBILE

Un’analisi pubblicata dall’«Independent»⁴ ha rilevato che “la disinformazione in tema di salute pubblicata su siti che diffondono *fake news* viene condivisa più frequentemente delle notizie affidabili basate sulle evidenze”. Dietro le bufale, le notizie manipolate e i falsi miti di medicina si nascondono un giornalismo scientifico sensazionalistico perché più vendibile, oppure il diletterismo o gli interessi del mercato, per il quale può fare sicuramente gioco la notizia che crea l’allarme pandemia, oppure che definisce la CO₂ non un inquinante ma cibo per le piante. In realtà la disinformazione diretta al cittadino su rimedi miracolosi e nuove malattie non è un problema di oggi, c’è sempre stata anche nell’era della comunicazione analogica. Quello che cambia oggi rispetto a ieri è che la rete ha amplificato il fenomeno: i fabbricatori di notizie distorte o manipolate hanno più potere, il lavoro di verifica è reso più difficile; inoltre i social network ne hanno modificato la modalità la diffusione, la circolazione e anche l’impatto sociale. La democratizzazione della rete da un lato permette la libera circolazione e la diffusione di massa di qualsiasi informazione o di leggende metropolitane come di tesi alternative o complottiste; dall’altro facilita la connessione tra le persone che, insieme all’accesso ai contenuti, è fonte di profitto grazie alle pubblicità. La diffusione di bufale scientifiche e di medicina è, anche, uno strumento per raccogliere clic su clic e fatturare di conseguenza. Facebook conta 1,65 miliardi di utenti al mese che si traducono in 5,83 miliardi di dollari di introiti. ►

La disinformazione diretta al cittadino su rimedi miracolosi e nuove malattie non è un problema di oggi, c'è sempre stata anche nell'era della comunicazione analogica. Quello che cambia oggi rispetto a ieri è che la rete ha amplificato il fenomeno

La questione è che sui social network le informazioni non vengono validate né filtrate se non dal singolo utente che tende a selezionare nelle rete le conferme alle proprie teorie e a condividerle nelle proprie cerchie, generando fenomeni su ampia scala difficili da contrastare e frenare. “Una bugia detta una volta resta una bugia. Ripetuta migliaia di volte diventa verità”, come affermava Joseph Goebbels, ideologo della comunicazione nazista.

Come una bugia può diventare una verità indiscussa nei social media viene ampiamente studiato con la “computational social science”. L'analisi quantitativa del comportamento su Facebook di due milioni di italiani, condotta dall'IMT Alti Studi di Lucca, ha verificato che gli utenti tendono a privilegiare quei contenuti che confermano le proprie opinioni. Inevitabilmente, spiega Walter Quattrocchi che ha guidato la ricerca⁵, “questo porta alla formazione di gruppi solidali su temi specifici e narrazioni che tendono a rafforzarsi e allo stesso tempo ignorare tutto il resto”. Può poi accadere che gruppi con opinioni diverse si scontrino tra di loro, con l'unico esito però di fomentare la polarizzazione. Inoltre, paradossalmente, gli utenti più inclini a interagire con fonti di informazioni false – e quindi più a rischio di essere manipolati – sono proprio quelli più attenti alla manipolazione complottista delle informazioni. “Questo contesto – scrive Quattrocchi su «Le Scienze»⁶ – rende di fatto molto difficile informare correttamente e, come conseguenza, fermare una notizia infondata diventa di fatto impossibile”.

LA CACCIA ALLE BUFALÉ

Per salvare la credibilità dell'informazione i grandi colossi della rete si sono messi alla ricerca di algoritmi in grado di monitorare la diffusione delle *fake news*. L'Osservatorio dei social media della Indiana University ha lanciato un motore di ricerca open access – Hoaxy – che traccia la diffusione delle bufale in Internet e permette, inserendo una parola chiave, di ottenere gli articoli sul tema pubblicati da siti noti per essere inaffidabili, non verificati o satirici. Per ora è fruibile negli Usa ma è in arrivo anche in Europa. BotOrNot è invece un altro strumento che sulla base del comportamento calcola la probabilità che un profilo di Twitter appartenga a un bot o a un umano: “I bot retwittano più degli umani e hanno nomi utente più lunghi, mentre producono meno tweet, repliche e menzioni, e sono meno retwittati degli umani”. Un giovane studente dell'Università di Stanford, Karan Singhal, ha invece progettato il *Fake news Detector AI*, un network neurale per intercettare le bufale analizzando lo stile di scrittura, la struttura e il dominio del sito web, l'uso di parole chiave e la popolarità. Ma viste le dinamiche sociali di Facebook e simili emerse dagli studi di Quattrocchi non è detto che questi e altri strumenti siano sufficienti a risolvere il problema.

Alcuni governi stanno prendendo dei provvedimenti per contrastare la viralità delle *fake news*. Il Primo Ministro spagnolo ha proposto di bannare i meme della rete, il Ministro della Giustizia tedesco ha presentato un progetto di legge contro la proliferazione di *hate speech* e di *fake news* su Facebook, Twitter, YouTube e simili con multe fino a 50 milioni di euro a quei social network che non eliminano le bufale e le espressioni che incitano all'odio e alla violenza nel giro di 24 ore dalla denuncia, e nei casi meno gravi nell'arco di una settimana dalla prima segnalazione. Nel nostro paese si sta discutendo di formare una commissione di esperti per controllare e garantire la qualità delle informazioni. Inoltre è stato presentato al Senato un ddl per prevenire la manipolazione dell'informazione con multe e anche sanzioni.

Sono tutte azioni punitive dall'alto che vanno contro la filosofia della libera e gratuita circolazione di idee nella rete e anche gli interessi del mercato. “La libertà di espressione è più importante delle *fake news*”, ha commentato Andrus Ansip⁷, Vice Presidente della Commissione europea responsabile per il mercato unico digitale, che ha fiducia sia nelle

azioni di autoregolamentazione delle piattaforme online e dei social network (per esempio, Facebook ha promesso che in vista delle elezioni aumenterà il numero di persone responsabili per le operazioni di verifica in Germania), sia nel buon senso degli europei: "I cittadini sanno leggere e decidere: alla fine il buon senso prevale".

Ma in realtà, nell'era dei nuovi media, i cittadini hanno anche bisogno di potersi fidare di quello che leggono e condividono: secondo un sondaggio di YouGov, sette persone su dieci vorrebbero che Facebook filtrasse le *fake news* e le bufale. Di fatto – almeno temporaneamente – Facebook e Google hanno preso dei provvedimenti per bloccare notizie false e pretenziose, considerate da molti come un fattore determinante nell'ultima campagna elettorale statunitense. Già a novembre avevano annunciato l'implementazione di nuove funzionalità per arginare la circolazione delle false notizie, con un sistema di fact checker che segnala all'utente con una sorta di bollino rosso le notizie e i post sospetti. Questi contenuti non potranno essere utilizzati a fini pubblicitari su Facebook. Sono strategie per mettere in guardia ma non per bloccare del tutto l'informazione pretenziosa, perché non vogliono interferire nella libera pubblicazione che è la loro filosofia di fondo.

L'AMATORIALIZZAZIONE DI MASSA

Clay Shirly, studioso dei social network e delle reti tecnologiche e dei modi in cui le nuove forme di comunicazione influenzano la cultura e viceversa, considera impossibile che Facebook impedisca alle persone di condividere quello che vogliono condividere⁸. Farlo sarebbe come abbattere l'anima stessa di Facebook quale luogo di libera condivisione di idee e conoscenze, quale piazza pubblica dove ciascun utente è non solo fruitore di informazioni ma ne diventa anche diffusore e produttore, quale spazio aperto e condiviso con una platea di quasi 2 miliardi di utenti dove le notizie – vere o false che siano – circolano rapidamente in anteprima online senza quasi alcun controllo. A questo si aggiunge il modello di business di Facebook che si basa sui "like", sulla condivisione e sul coinvolgimento dei contenuti indipendentemente dalla loro attendibilità.

Per il sociologo statunitense è difficile rimuovere o controllare questa condivisione senza barriera e senza filtri. Per spiegarlo prende come esempio la falsa notizia, in circolazione durante la campagna elettorale statunitense, secondo cui Trump aveva ricevuto l'esplicito sostegno da parte di papa Francesco. Nessuna smentita era riuscita a smontarla e a frenarla. Quelle persone a cui piace il papa quanto il neoletto presidente statunitense, non si saranno sentite imbrogiate nel leggere la notizia, perché "alle persone piacciono i racconti della buona notte. Non vogliono che qualcuno dica che le loro care credenze sono false". Le notizie completamente inventate hanno il potere di confermare il proprio pregiudizio anche quando vengono riconosciute come false. Quindi la censura di Facebook dei contenuti offensivi od osceni, post che incitano alla violenza o a comportamenti criminali, non può spingersi fino al mondo (o al mercato) delle *fake news*.

Il problema che ora Facebook si trova a dover affrontare è lo stesso che ha dovuto recentemente affrontare Airbnb, la piattaforma social per l'affitto di alloggi, con la questione del controllo dei comportamenti razzisti. "Quando un'istituzione è consolidata, la società mette tutta una serie di regole e regolamenti in cima a questa istituzione. Quando cambia istituzione, tali norme e regolamenti si rompono. Permettiamo ai proprietari di abitazioni di scegliere chi può e non può rimanere nella loro casa. Abbiamo bisogno di alberghi che diano ospitalità a persone senza distinzione di razza. Che cosa succede quando si costruisce un grande hotel di singoli proprietari di hotel?". Per Airbnb – colosso della cosiddetta *sharing economy* che viene valutata circa 30 miliardi di dollari – la sfida è stata (volente nolente) regolamentare il comportamento della comunità dello *sharing* alla luce dello studio. Per farlo si è affidata a Eric Holder Jr, l'ex Ministro di Giustizia dell'Amministrazione Obama, e Laura Murphy, attivista di lungo corso e già direttrice dell'American Civil

“Come il cambiamento climatico è il naturale sottoprodotto del capitalismo fossile, altrettanto le fake news sono il sottoprodotto del capitalismo digitale”



Liberties Union che hanno prodotto delle nuove regole per tutelare il proprio business. Regole che prevengono una selezione razzista da parte degli host, anche se in antitesi alla filosofia integralista dello *sharing*. Ora a Facebook viene chiesto di trovare nuove regole per affrontare il fenomeno delle *fake news*. Il problema – considera Shirly – è che “non è possibile semplicemente prendere le regole di una vecchia istituzione e schiaffarle dentro quelle nuove. Serve una rinegoziazione profonda. Facebook ha inglobato la stampa e ora vogliamo che si comporti come una redazione. È impossibile forzare”.

Il punto cruciale è che Facebook non si propone come una piattaforma professionale. È un esempio di “amatorializzazione di massa”: milioni di giornalisti dilettanti che condividono contenuti. Tentare di arginare lo spirito del dilettante che oltre a Facebook caratterizza l'intero web è velleitario, oltre che poco probabile.

Per Morozov, molto critico, l'unica soluzione è rivedere le basi del capitalismo digitale per costruire un mondo dove Facebook, Google e i media company non abbiano tutta questa influenza e potere economico né il monopolio della soluzione del problema

IL CAPITALISMO DIGITALE E LE DEMOCRAZIE IMMATURE

Su «The Guardian»⁹ Evgeny Morozov, sociologo bielorusso, critico di una visione illusoria della rete come veicolo di democratizzazione, offre un altro spunto di riflessione o interpretazione del fenomeno delle *fake news* che è sintetizzabile nelle tre parole chiave del suo libro “Silicon Valley. I signori del silicio”: Internet, informazione. Il problema non sono le notizie false di per sé, ma la velocità con cui si diffondono. Questo problema esiste perché il capitalismo digitale rende estremamente proficua la produzione e la circolazione di notizie false ma invitanti. Quindi le *fake news* si collegherebbero alle questioni di potere ed egemonia dei grandi media company della Silicon Valley. “Come il cambiamento climatico è il naturale sottoprodotto del capitalismo fossile, altrettanto le *fake news* sono il sottoprodotto del capitalismo digitale”. Ancora: “Il dibattito sulle *fake news* e la post-verità è solo un meccanismo di adeguamento: quello delle élite che così evitano di confrontarsi con una realtà che non controllano più”. Chi vorrebbe mai riconoscere che negli ultimi trent'anni sono stati i partiti politici di centro-sinistra e centro-destra a sostenere i geni della Silicon valley, a privatizzare le telecomunicazioni e a trascurare le leggi anti-trust?

“Nell'economia digitale la verità è qualsiasi cosa attiri l'attenzione”.
Evgeny Morozov

Per Morozov, molto critico, l'unica soluzione è rivedere le basi del capitalismo digitale per costruire un mondo dove Facebook, Google e i media company non abbiano tutta questa influenza e potere economico né il monopolio della soluzione del problema: la pubblicità online dovrebbe essere meno centrale nelle vite dei cittadini, nel lavoro e nel modo di comunicare, inoltre andrebbe garantito più potere decisionale ai cittadini “invece di affidarsi a esperti facilmente corruttibili e ad aziende interessate solo al profitto. È una missione degna di una democrazia matura. Purtroppo le democrazie attuali, soffocate dalla negazione, preferiscono dare la colpa a tutti meno che a se stesse”.¹⁰

Di certo, nel pieno del tormentone delle *fake news* e della post-verità, professare la verità e l'attendibilità dell'informazione è ormai diventata una missione. Ma anche una strategia di marketing per i media tradizionali. Paradossalmente infatti le principali testate giornalistiche statunitensi («New York Times», «Financial Times» e «Wall Street Journal») stanno registrando una crescita degli abbonamenti e anche delle entrate pubblicitarie¹¹. Tutto sommato l'alterco tra le testate che accusavano Trump di diffondere false notizie e le repliche del nuovo Presidente, secondo cui quanto affermavano i giornalisti era una emerita bufala, si è tradotto in un profitto per i giornali. Ben venga quindi se il profitto può spingere al giornalismo di qualità. Anche in tema di salute.



Secondo Gary Schwitzer editore di HealthNewsReview.org, un sito che controlla le informazioni distorte sui media, è cruciale il pensiero critico dei cittadini. E per questo andrebbe promosso il *fact checking* anche per le notizie che riguardano la salute pubblica, le cure e la ricerca biomedica. “Le notizie sulla salute che sono false, manipolate, inaccurate o incomplete mettono a rischio la salute pubblica e il processo decisionale individuale. I giornalisti non sono dei semplici stenografi. Ma hanno la responsabilità di smontare le false notizie e confutare il criticismo non confermato di notizie che non sono delle bufale”, commenta Schwitzer in un editoriale del BMJ¹², concludendo che “è tempo di drenare la palude che è stata creata dalla corrente inquinata”.

Per Peter Doshi, co-editor del «British Medical Journal» che si occupa di giornalismo d’inchiesta, è invece arrivato il momento di abbandonare ogni reticenza se si vuole fare del buon giornalismo. L’errore che è stato fatto in passato è di non aver dato spazio alle posizioni critiche nei confronti della vaccinazioni nel timore di alimentare i complotti antivaccino. Ma non dare risposte ai dubbi legittimi dei genitori – che sono “*decision maker* che si muovono in un’area indefinita, che agiscono in situazioni di incertezza in flusso continuo” – non fa che inasprire le posizioni. Lo stesso vale per la sicurezza o la specifica efficacia di alcuni trattamenti verso i quali è possibile e anche legittimo che il cittadino abbia dubbi o remore. La medicina non è un campo in cui si possa sostenere il “con noi o contro di noi”: un approccio ragionevole al problema suggerirebbe di evitare contrapposizioni pregiudiziali. Come i farmaci, anche i vaccini possono avere effetti collaterali, pertanto i giornalisti scientifici, sottolinea Doshi, “hanno il dovere di dire la verità (...) è ora di ascoltare, seriamente e rispettosamente, le preoccupazioni dei pazienti, senza demonizzarle”¹³. Per contrastare realmente ed efficacemente le menzogne si deve professare sempre e comunque la verità, oltre che l’onestà intellettuale, e non eludere, o semplificare quel che semplice non è. Questo se si vuole ri-conquistare la fiducia dei cittadini.

La falsa comunicazione non guarisce: fa ammalare di più.

focus_verità e falsità in medicina

Bibliografia

- 1_ Wakefield AJ, et al. Ileal-Lymphoid – Nodular Hyperplasia, non-specific Colitis, and Pervasive developmental disorder in Children. Lancet 1998; 351:637:41.
- 2_ Kessler G. *Trump's fishy suggestion that nearly 20 million are paying an Obamacare penalty*. Washington Post 2017 Mar 2.
- 3_ *Trump used a rare disease survivor to take a shot at the FDA*. Vox.com 2017 Feb 28.
- 4_ Forster K. *Revealed: how dangerous fake health news conquered Facebook*. Independent 2017 Jan 7.
- 5_ Del Vicario M, Bessi A, Scala A, et al. The spreading of misinformation online. Proc Natl Acad Sci USA 2016; 113: 554-9.
- 6_ Quattrocio W. L'era della (dis)informazione. Le Scienze 2016; febbraio, pp. 30-9.
- 7_ <http://www.lastampa.it/2017/03/20/tecnologia/idee/ansip-contro-le-fake-news-in-europa-serve-pi-chiarezza-KNRQTS7TSLIUSCniGVjWQL/pagina.html>
- 8_ Solon O. *Facebook won't block fake news posts because it has no incentive, experts say*. The Guardian 2016; 15 novembre.
- 9_ Morozov E. *Moral panic over fake news hides the real enemy – the digital giants*. The Guardian 2017; 8 gennaio.
- 10_ Morozov E. Il falso problema della post-verità. Internazionale 2017, 13 gennaio; numero 1887, p. 32.
- 11_ *Newspapers aim to ride 'Trump Bump' to reach readers, advertisers*. Reuters 2017; 16 febbraio.
- 12_ Schwitzer G. Pollution of health news: time to drain the swamp. BMJ 2017; 356: j1262.
- 13_ Doshi P. *Medical response to Trump requires truth seeking and respect for patients*. BMJ 2017;356:j661



Vieni al CeMeDi per:

Visite specialistiche
Esami ecografici e
strumentali
Esami radiodiagnostici
Analisi di laboratorio
Visite mediche sportive
Fisioterapia
Check-up

Info e prenotazioni

www.cemedi.it
Corso Massimo D'Azeglio 25
10126 Torino

tel +39 011 0066880
fax +39 011 0066510
dalle 08.00 alle 18.45
dal lunedì al venerdì
con orario continuato



Incontro tra “verità” diverse

A colloquio con Marco Bobbio

Cardiologo, Segretario generale Slow Medicine

Qual è il problema delle *fake news* e sulla post-truth in ambito della salute e della medicina?

Il problema riguarda nel suo complesso la cattiva informazione medico-scientifica che si può estrinsecare in diversi aspetti: uno di questi sono le false verità, notizie infondate e inventate ad arte; un altro sono le post-verità, cioè il negare delle verità acquisite. Ma esiste anche un'altra vasta area di disinformazione che origina dall'interesse dei giornalisti a enfatizzare qualunque tipo di notizia scientifica che – seppure vera – non ha in realtà nessuna rilevanza clinica. È il caso per esempio delle notizie diffuse dai media sull'aumento del rischio di cancro di certi alimenti o sull'effetto protettivo nei confronti delle malattie cardiovascolari di altri: notizie scientificamente corrette, ma rese con un'esagerazione tale da creare un'informazione distorta e, proprio per questo, “vendibile”. Se un giornalista presentasse una notizia in termini dubbiosi: “Pare che ci sia una relazione tra l'assunzione di cioccolato e l'insorgenza di tumori al colon. Si tratta di un dato del tutto preliminare che richiede ulteriori conferme, dal momento che non è chiaro né la quantità che risulta pericolosa né dopo quanti anni di consumo il rischio diventa sostanziale per poter stabilire una eventuale ricaduta sulla salute delle persone”, non troverebbe alcun giornale disposto a pubblicarla. Se invece scrivesse: “È stato dimostrato che il cioccolato causa il tumore al colon”, la notizia diventerebbe virale. Teniamo infine conto che le *fake news* creano confusione, e la contrapposizione di notizie contrastanti induce una sfiducia nella medicina che fa allontanare molte persone da trattamenti realmente efficaci.

Per contrastare le *fake news* bisognerebbe migliorare la qualità del giornalismo oppure, a monte, quella della letteratura scientifica?

Il problema della qualità della letteratura scientifica è irrisolvibile come la questione del conflitto di interessi: ci dobbiamo convivere, facendo in modo che non ci faccia del male. Ci sarà sempre chi si inventerà dati

e notizie per farsi pubblicità o per dimostrare di aver scoperto chissà quale teoria. Esempi noti sono l'associazione tra vaccinazione e autismo o l'effetto protettivo sulla comparsa di infarto cardiaco del resveratrolo, un antiossidante presente nel vino. Sono dati scientifici manipolati ad arte per ottenere un prestigio personale, perché le proprie ricerche vengano citate, perché si venga invitati a parlare in congressi oppure per garantirsi dei finanziamenti. È un livello di cattiva scienza gestito in parte dalla stessa comunità scientifica che spesso riesce a esercitare un controllo sulla qualità e correttezza delle pubblicazioni scientifiche e a individuare eventuali informazioni false, quando altri ricercatori non ottengono gli stessi risultati replicando le precedenti ricerche. Attraverso questo sistema di controllo tra pari, la comunità scientifica in qualche modo riesce a difendersi; ma questo metodo non è sempre infallibile, visto che ogni tanto i risultati di qualche ricerca vengono smentiti e gli articoli ritirati. La responsabilità non è solo dei giornalisti, visto che spesso sono gli stessi ricercatori a cercarli per esporre i risultati delle loro ricerche, presentandoli come fondamentali e in grado di cambiare la storia della medicina o di garantire chissà quale beneficio. Da parte loro i giornalisti dovrebbero in qualche modo accogliere – e poi presentare – le notizie con un po' di senso critico, e non enfatizzarle. Ma andrebbe anche promossa, a livello di popolazione, una maggiore cultura fondata sul relativismo scientifico. Se ci sono delle verità, ci possono anche essere delle false verità e delle post-verità: la scienza fornisce invece conoscenze che possono essere smentite o corrette da ricerche successive. Ecco perché – in particolare nell'ambito biomedico – ogni risultato scientifico andrebbe preso con una certa cautela, invece di pensare che sia una verità inconfutabile da applicare nella vita di tutti i giorni.

Le *fake news* che circolano sui social media potrebbero avere un'influenza sul rapporto di cura con il medico?

Facciamo una necessaria premessa: fa parte della natura

umana cercare conferme alle proprie credenze e ignorare ciò che le contraddice. Mentre con la carta stampata si ricevono le notizie che altri hanno scelto per noi, con Internet si possono cercare e selezionare le informazioni che si desidera leggere. E abitualmente – questo è stato anche dimostrato da psicologi cognitivi – si va alla ricerca di prove favorevoli alle proprie convinzioni. Se ad esempio siamo fautori degli ogm, scarteremo tutte le notizie sui rischi degli ogm giudicandole inaffidabili; mentre andremo a leggere e ad approfondire tutte quelle riguardanti gli ogm come panacea per l'umanità. È proprio per questa sua funzione che Internet non tende ad ampliare il dibattito, ma anzi a focalizzare e a sedimentare le idee preconcepite che ognuno ha. In questi termini, le ripercussioni nel rapporto col medico sono delicatissime, soprattutto perché i medici non sono capaci – perché non abituati – a gestire informazioni conflittuali. Pensano di avere la “verità” in tasca e quindi si trovano in difficoltà a confrontarsi con chi presenta un'altra “verità”, delineandosi così uno scontro tra informazioni opposte assunte entrambe come verità assolute. C'è poi da tenere in considerazione che le *fake news* non sempre sono “campate per aria”, ma al contrario sono basate su dati realistici (anche se alcuni sono enfatizzati) e su spiegazioni scientifiche molto articolate difficili da smontare. E il confronto con i sostenitori convinti delle *fake news* può diventare difficile. Non è sempre detto, infatti, che il medico abbia elementi sufficienti per sapere il ruolo esatto di alcune molecole nel metabolismo o che si ricordi a memoria tutti i passaggi di una catena biochimica; invece chi ha costruito la *fake news* è in grado di dimostrare e documentare su basi fisiologiche e biochimiche la sua tesi. Quindi contrastare questi dati è certamente molto difficile.

La disinformazione che circola in rete potrebbe alimentare la richiesta di maggiori prestazioni da parte del paziente oppure il rifiuto di quella che potrebbe essere la migliore terapia basata sulle evidenze per quel singolo paziente?

Non credo che ci siano dati in proposito. Certamente si può indurre sia un sottoutilizzo sia un sovrautilizzo di diagnosi e di trattamenti. Un sottoutilizzo è quando le *fake news* affermano, per esempio, che un trattamento consolidato è pericoloso e un integratore guarisce una grave malattia o protegge dal tumore. D'altra parte, i pazienti vengono anche indotti a sottoporsi a tutta una

serie di controlli, esami e accertamenti, per indagare su condizioni che esistono solo nella testa di chi le ha inventate. Quindi, non so se avvengano più danni da *overuse* o da *underuse*, ma certamente le *fake news* creano problemi in entrambi i campi.

Nella sua esperienza, come può il medico difendersi dalle false notizie? Ci sono degli strumenti o ha dei suggerimenti?

I meccanismi sono diversi. Se una ricerca scientifica pubblicata su una rivista accreditata è basata su dati falsi, il medico comune non ha possibilità di contestarne i risultati finché non verrà smentita. Per anni i medici hanno dovuto confrontarsi con la notizia della possibile correlazione tra vaccinazione e autismo prima che venisse sconfessata da ricerche successive. Molti medici avranno sicuramente tenuto in considerazione che si trattava di dati preliminari e che prima di sconsigliare un trattamento preventivo molto efficace era necessario raccogliere altre evidenze. Altri invece, come spesso accade, si saranno fatti prendere dalla novità. Quindi, il primo accorgimento deve essere quello di prendere le novità con senso critico. È difficile difendersi dalle *fake news* perché come dicevamo sono ben costruite. Un'arma vincente consiste nel costruire un rapporto fiduciario con il paziente, come viene sostenuto dal manifesto di Slow Medicine: se il paziente si fida di me, allora io posso ragionare e trovare insieme a lui delle soluzioni. Purtroppo questo non sempre basta, perché ci sono casi in cui non c'è nessun tipo di ragionamento che consenta di far abbandonare le *fake news* – come dimostrano i numerosi casi di genitori che non fanno vaccinare i figli, o di pazienti che rifiutano la medicina tradizionale per curare un tumore o spendono decine di migliaia euro per una terapia a base di cellule staminali chissà come prodotte. Questo è un atteggiamento che bisognerebbe contrastare entro però i limiti della libera scelta. Ogni persona adulta ha il diritto di scegliere se e come farsi curare, se con la medicina tradizionale o con metodi alternativi. Diverso è il caso che riguarda la negazione di cure efficaci a figli minori. Ma non si può pretendere che lo Stato paghi trattamenti privi di riscontri scientifici circa l'efficacia e la sicurezza, com'era accaduto vent'anni fa con il metodo Di Bella, quando un movimento popolare pretendeva il rimborso nella multiterapia.

Occhio alla “sindrome di Uno Mattina”

A colloquio con Tom Jefferson

Cochrane Collaboration

Epidemiologo, autore di Attenti alle bufale... e ai mandriani (Il Pensiero Scientifico Editore, 2008)

Siamo nel pieno del tormentone delle *fake news* e della post-verità. Un problema già noto nella ricerca biomedica?

L'informazione falsa di per sé è un'informazione difficile da confezionare, mentre un'informazione già esistente anche se proveniente da testate o da fonti apparentemente autorevoli è, perlomeno in parte, facilmente manipolabile. Quello delle distorsioni sistematiche (*bias*) nelle pubblicazioni che minano l'affidabilità dei risultati e delle conclusioni degli studi clinici è un problema ormai decennale e senza speranza di soluzione. Il *reporting bias*, che comprende il famoso *publication bias*, è la diffusione manipolata o selettiva di dati clinici che non sono verificabili a un livello sufficiente per capire dove stanno i problemi. Il *reporting bias* è presente nella maggior parte della letteratura farmaceutica sponsorizzata dall'industria. A partire da questa distorsione dell'informazione origina l'intera industria dei media che crea psicosi e aspettative infondate su terapie miracolose. Non è un problema di oggi. Vi ricordate la storia del Tamiflu nella mitica stagione invernale "aviaria" del 2005-2006? Governi e media contribuirono ad agitare uno spauracchio della pandemia di influenza aviaria che creò il terreno fertile per contratti di fornitura di vaccini pandemici e di altri farmaci anti-influenzali quali il Tamiflu. Come avevo ben documentato e allertato sul sito di Attenti alle bufale (www.attentiallebufale.it), il Tamiflu oltre ad essere neurotossico è un farmaco poco efficace per il quale però ogni anno i governi erano pronti a spendere ingenti somme di denaro pubblico. In questo come in altri molti casi, la distorsione dell'informazione è stata funzionale a creare una domanda di mercato. Purtroppo, talvolta, quanto viene pubblicato e quanto viene detto è diverso dalla realtà e serve per confondere le acque, e spesso le differenze sono sottili e difficili da identificare se non si lavora nel settore.

Citando il titolo del suo libro, come difendersi dalle bufale... e dai mandriani?

Non c'è assolutamente nessuna prescrizione se non

sviluppare un approccio critico e diffidente alla letteratura biomedica. Per prima cosa, tutte le notizie vanno prese con le molle, indipendentemente dalla testata in cui compaiono; vanno verificate attraverso più fonti (una sola fonte di verifica non è più sufficiente...), soprattutto se abbiamo intenzione di incamerarle e inglobarle per cambiare il nostro comportamento clinico. In seconda istanza, bisogna assolutamente diffidare da quella che chiamo la “sindrome di Uno Mattina”, cioè la corte dei miracoli delle apparizioni televisive e di scoperte mirabolanti firmate dai cattivi maestri. Non esistono né possono esistere scoperte mirabolanti perché tutta la scienza moderna a partire da Keplero e Galileo fino ai giorni nostri è un processo incrementale. Di certo alcuni farmaci – come l'aspirina, la penicillina, il salbutamolo, la cimetidina e l'insulina (quest'ultima è un biologico) – sono quanto di più si avvicina a un miracolo. Ma in realtà queste scoperte sono frutto di un'evoluzione lenta e graduale delle conoscenze, sia per quanto riguarda la patogenesi che lo svolgimento del decorso della malattia e quindi l'individuazione di specifici target terapeutici. Ad esempio, la penicillina fu scoperta nel 1929 da Fleming, ma solo dal 1941 iniziò a essere usata contro le infezioni batteriche e nel 1943 ad essere prodotta dagli americani per curare i feriti nel corso della Seconda Guerra mondiale. Da qui iniziò la produzione a livello industriale rivoluzionando il mondo della medicina e della farmacoterapia. Se non ci fossero stati gli alleati, probabilmente non avremmo avuto la penicillina. La scienza ha sempre avuto un'immagine a metà fra l'ammirazione e la venerazione da parte dei non addetti ai lavori e non solo. La comunicazione radiotelevisiva e Internet portano quotidianamente nel salotto di casa o nello studio del medico scoperte rivoluzionare o grandi esperti, luminari, che offrono suggerimenti e spiegazioni. Ma bisogna sempre diffidare delle notizie che annunciano la scoperta della cura per il cancro o lo screening che salva tutti. Attenti alle bufale, sempre. Inoltre serve leggere e interpretare le notizie non in modo isolato ma nel contesto complessivo che ►

focus_verità e falsità in medicina

è frutto del percorso evolutivo della scienza. Nella valutazione della letteratura biomedica è necessario procedere cautamente e riconoscere i limiti e l'evoluzione delle nostre certezze. Non esiste la verità nella scienza, ma esistono solo teorie e sono più o meno supportate da fatti empirici e sono più o meno esplicative dei fenomeni naturali. Quindi, noi non abbiamo già la verità finale in mano ma siamo in viaggio verso di essa, forse.

Però mettiamoci nei panni del ricercatore clinico e del medico che in viaggio verso la verità finale devono comunque applicare le nuove conoscenze: il primo per far progredire e avanzare la ricerca e il secondo per adattare il proprio comportamento clinico...

Si deve procedere a passi felpati. I miracoli nella scienza non esistono. In generale bisogna diffidare di fonti con forti conflitti di interesse – monetari e non. I conflitti non monetari raramente vengono riconosciuti (dichiarati). Ad esempio, le riviste più importanti hanno grandi staff e hanno bisogno di molti soldi ma raramente sappiamo la provenienza perché le riviste non hanno alcun obbligo a pubblicare l'origine degli introiti né i bilanci. Ma allo stesso tempo impongono delle politiche molto restrittive per pubblicare studi clinici, obbligando i ricercatori a dichiarare anche il minimo conflitto di interessi e facendosi pagare. Elsevier ha quasi un monopolio sull'informazione e sulle carriere degli accademici, per via del nefasto uso dell'*impact factor*. Come avevo già denunciato a suo tempo nel libro *Attenti alle bufale e... ai mandriani* vi è una forte asimmetria tra il mondo dell'editoria e quello della ricerca. È un circolo vizioso.

Quindi sconsiglia di leggere qualsiasi rivista biomedica?

No, consiglio di leggerle ma non prendendo tutto per oro colato perché non possiamo fidarci. Dobbiamo formarci una nostra opinione verificando tutte le informazioni pubblicate che sono di nostro interesse.

E come verificarle?

Cercando in Internet diverse fonti, leggendo i blog e i post, seguendo i siti come Retraction Watch che ritengo personalmente il più trasparente, nel quale si vedono le magagne dell'industria delle pubblicazioni. Stare attenti ai messaggi perentori, mai seguire "Uno Mattina" e la corte dei miracoli. Questo è un messaggio che davo già nel 2005 che sembrava così estremo e delirante. A distanza di dodici anni, purtroppo, mi ritrovo a dire sostanzialmente le stesse cose perché il problema delle bufale non è cambiato se non nella velocità di diffusione. Con i social media le bufale vengono riciclate in un battibaleno a migliaia, milioni, bilioni, trilioni di persone. In questi giorni circola in rete la notizia che il governo indiano ha deciso di rescindere alcuni accordi finanziari con la Fondazione Bill e Melinda Gates. Documentandomi ho già trovato tre versioni contrastanti che provengono da fonti credibili indiane: la prima è che la fondazione Bill e Melinda Gates è stata cacciata perché era in combutta con la farmaceutica; la seconda versione è che il Governo indiano ha cacciato via la segreteria indipendente che dava consigli sulle vaccinazioni. La terza è che non è successo niente. Sono versioni contrastanti che provengono tutte e tre dall'India. Allora, cosa devo fare? Vado a Nuova Delhi a verificarlo di persona?

Non c'è possibilità di conoscere la verità...

C'è la possibilità, usando la testa, lavorando, leggendo, informandosi e formandosi un'opinione. Il raziocinio nessuno lo nega. Ci vogliono tempo, curiosità, preparazione e testardaggine per evitare la "sindrome di Uno Mattina" che è una sindrome gravissima, secondo me inguaribile.



Giornalismo scientifico, radio, tv e medicina

Intervista a Silvia Bencivelli

Giornalista scientifica e medico

A cura di Sara Boggio

Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa e master in Comunicazione della Scienza presso la Sissa di Trieste, Silvia Bencivelli è giornalista scientifica free-lance, conduttrice radiofonica per Radio3 Scienza, presentatrice per Rai Scuola, saggista e docente di giornalismo scientifico (www.silviabencivelli.it).

Collabora con «La Repubblica» e allegati, con «Le Scienze», «Focus» e altre testate.

L'ultimo libro (*È la medicina, bellezza! Perché è difficile parlare di salute*, Carocci 2016), scritto insieme a Daniela Ovadia, è nella cinquina di finalisti per il Premio Galileo.

Da ottobre 2016, insieme a Debora Rasio e Pier Luigi Spada, conduce Tutta Salute, il nuovo programma di Rai 3 dedicato ai temi di attualità legati a salute e prevenzione.

Con lei abbiamo parlato del modo in cui la stampa generalista affronta le notizie di ambito medico-scientifico (la versione completa dell'intervista è stata realizzata per FNOmCeO.)



Che cos'è che fa sì che una ricerca medica finisca "sul giornale"?

Tantissimi fattori diversi, e non tutti controllabili. Intanto ogni giornale ha il suo target di lettori, perciò quello che è notizia per uno può non esserlo per un altro: un periodico femminile non sceglie le notizie con gli stessi criteri di un quotidiano locale, per dire. E poi ci sono altri elementi che la didattica del giornalismo definisce "criteri di notiziabilità": per esempio la nazionalità dei ricercatori (una ricerca italiana ha generalmente più appeal di una tedesca o francese, ma una ricerca "americana" suona sempre autorevole). Oppure il numero di persone interessate dal problema: una ricerca sulla demenza di Alzheimer tocca di sicuro più lettori di una ricerca di base su una malattia rara, e poco conosciuta. Ma poi ci sono casi, contingenze, persino mode.

Per esempio?

A volte ci sono malattie rare di cui si parla molto in tv, per esempio perché un vip ha portato l'attenzione al pubblico o perché una trasmissione ne ha fatto una bandiera. E allora anche la malattia rara diventa argomento di interesse per il lettore medio. Si consideri che in un certo senso il giornalista racconta storie, e si inserisce in un immaginario, quello dei suoi lettori, che è influenzato da tantissime fonti diverse. E ognuna di queste fonti lavora sulle emozioni. Perciò una notizia che riguarda i bambini, se i bambini si vedono, è drammaticamente più potente di una che riguarda adulti poco visibili. I giornalisti scientifici sono prima di tutto giornalisti, e devono considerare (a volte non senza fatica!) che il giornalismo funziona così. Anche quando si parla di salute.

Tra i lettori dei giornali generalisti, però, ci sono anche medici e pazienti.

Certo: nessuno di noi pensa al "pubblico" come a un pianeta lontano, o a un insieme omogeneo di lettori ugualmente ricettivi, interessati, pronti a ricevere da noi informazioni in maniera acritica. Proprio questa consapevolezza ci impone due cautele. I malati, o i loro fa- ►

Una cosa che gli scienziati non sanno e di cui spesso si stupiscono, è che i giornalisti possono vedere la letteratura scientifica in uscita prima di loro, cioè io posso vedere che cosa uscirà su «Nature» tra una settimana. Questo perché possa avere il tempo di studiare, controllare, capire, ricostruire il contesto

miliari, saranno i nostri lettori più attenti e a loro dobbiamo tanto rispetto, a partire dalle parole che usiamo. I medici, d'altra parte, potrebbero essere influenzati da quello che noi profani scriviamo molto più di quanto noi e loro immaginiamo. Diversi studi lo hanno mostrato, a partire da uno pionieristico apparso sul «British Journal of Medicine» vent'anni fa: una ricerca che arriva su un giornale generalista ha più possibilità di essere citata in altre ricerche scientifiche, semplicemente perché anche i medici leggono i giornali!

Quali sono le tue fonti e i tuoi strumenti di verifica?

Io utilizzo come fonti primarie quelle istituzionali e le riviste scientifiche. Una cosa che gli scienziati non sanno e di cui spesso si stupiscono, è che i giornalisti possono vedere la letteratura scientifica in uscita prima di loro, cioè io posso vedere che cosa uscirà su «Nature» tra una settimana. Questo perché possa avere il tempo di studiare, controllare, capire, ricostruire il contesto. Ma siccome alle riviste scientifiche interessa molto uscire sui giornali per mio tramite, anche per la ragione che dicevo sopra, sono anche loro stesse a cercarmi. E a propormi digest delle ricerche più *appealing*, quelle su cui vale la pena puntare. È la ragione per cui escono tante ricerche sui dinosauri o sull'antropologia (sempre temi curiosi) e poche sulla chimica pura.

Per tutte le notizie ci sono dei "trend". Quali sono quelli attuali in ambito medico-scientifico?

Le novità della ricerca genetica sono al momento abbastanza seguite. Un po' meno la ricerca sulle staminali, forse perché ci sono state delle grandissime promesse e come sempre avviene nella ricerca ci dovrebbe anche essere il tempo di digerirle, e poi forse perché dopo il caso Stamina ci vuole cautela. Continua a essere molto seguito l'anti-aging (in termini tutto sommato corretti, e cioè per far capire che lo scopo non è quello di trasformarci tutti in matusalemme ma perché l'invecchiamento è la causa di molte malattie degenerative, tumori compresi). L'alimentazione, ancora più del solito, è in un momento di grande esplosione, anche perché si lega a molti altri temi come gli ogm, e si innesta in una narrativa italiana, che io trovo abbastanza deteriorata, delle "cose buone e vecchie di una volta", che in realtà sono grandissime operazioni di marketing. Tra i trend topic c'è anche il cervello: non tanto gli studi di neuro-imaging, che hanno un po' stufato, ma per esempio gli studi su come mantenerlo in forma, e da qui a temi legati alla pedagogia, all'apprendimento (che vanno molto nel periodo di settembre, quando ricomincia la scuola).

Le "bufale" sono un argomento a cui hai dedicato vari interventi. In ambito medico la questione è particolarmente delicata. Penso, per esempio, all'informazione distorta sui vaccini. Perché la comunicazione, intorno a questo tema, è stata così confusa?

Le coperture vaccinali in Italia stanno crollando ed è grave, ma è successo per un insieme di fattori, non tutti legati alla diffusione delle bufale. Ho visto persone con dottorato di ricerca in ambito scientifico farsi venire dei dubbi di fronte ai vaccini. Quindi non pensiamo che le notizie distorte aggancino soltanto certe fasce. Le debolezze non sono soltanto culturali ma anche emotive. E verso queste debolezze, molto umane, si deve avere attenzione. Anche per capire che una comunicazione esclusivamente razionale, da parte di una scienza che parla solo di numeri e percentuali, rischia di non funzionare. E adesso non funziona.

Sulla questione dei vaccini, da giornalista non è così facile intervenire. Innanzitutto perché la notizia, per avere spazio, deve essere nuova, quindi passata l'ondata della novità non sempre si può approfondire. Secondo, perché sui vaccini la comunicazione medica è complicata a partire dalla fonte, già da parte degli scienziati. I vaccini sono tante cose diverse e spesso i medici ne hanno opinioni diverse, oltre al fatto che in anni recenti diversi scandali hanno aumentato la diffidenza da parte del pubblico. E lo hanno fatto verso "i vaccini", genericamente intesi.

C'è sempre un problema: che la scienza non può dare certezze al 100% e usa espressioni cautelative. [...] Un dialogo è possibile, ma bisogna studiare e riflettere a lungo per ricominciare a impostarlo nel modo migliore



Il problema è che alcuni genitori, tuttora, credono che i vaccini siano la causa dell'autismo.

Certo, e questo è gravissimo. In tutto ciò Internet, che fa sembrare democratica una comunicazione confusa in cui non si distingue chi dice cose fondate da chi vuole seminare panico, non ha certo aiutato: se metti su Google "vaccini e autismo" viene fuori una lunga serie di siti del complotto.

Ma vedo che quando ne parlo in pubblico e racconto la storia dall'inizio, il pubblico capisce che si tratta di una truffa: spiego che tutto inizia con uno studio del medico britannico Andrew Wakefield, che Brian Deer (che tra l'altro è un giornalista) scopre che gli scopi di Wakefield sono fraudolenti, che l'ordine dei medici britannici infine lo ha radiato. Bisogna però avere il tempo e il modo di spiegare tutta la vicenda. E per farlo bisogna raccontare una storia, non dare una notizia, anche perché notizie, in questi casi, sono decessi di poveri bambini fragili o non vaccinati.

Sui vaccini ho recentemente condotto una puntata di Radio3 Scienza, il quotidiano scientifico di Radio3 Rai, e sono partita dall'idea che i genitori perplessi hanno dubbi e paure legittime. La mia interlocutrice istituzionale è stata molto brava a rispettarli e a dare risposte precise, che gli ascoltatori hanno capito e apprezzato. Ma c'è sempre un problema: che la scienza non può dare certezze al 100% e usa espressioni cautelative. Mentre il ►

focus_verità e falsità in medicina

genitore vuole sapere che suo figlio non avrà danni da vaccinazioni, e vuole esserne certo al 100%. Un dialogo è possibile, ma bisogna studiare e riflettere a lungo per ricominciare a impostarlo nel modo migliore.

Però spesso, sui giornali, siete voi giornalisti a impostare il dibattito come uno scontro tra fazioni opposte, ed equivalenti...

Quando io intervisto una persona per un giornale sono io la sua controparte. In questo ruolo è d'obbligo che io sia scettica, se no che giornalista sono? Noi in Italia siamo un po' abituati al giornalista accomodante che fa raccontare le cose, ma il giornalista dovrebbe essere uno che chiede: me lo dimostri? Chi ti ha pagato? Perché questi dati non sono usciti? Poi ovviamente se ho a che fare con una persona onesta, verrà fuori la sua onestà, ma deve uscire fuori anche la mia. L'idea che ci sia sempre bisogno della par condicio è un po' un deterioramento italiano del giornalismo. E purtroppo in questo letto di Procuste della par condicio c'è chi ci infila anche la scienza. Ma la scienza, e direi che qualche decennio di epistemologia è lì a ricordarcelo, ha un paradigma dominante. Finché domina quel paradigma, tutti gli scienziati vi operano all'interno: la teoria della tettonica a placche, il darwinismo, la teoria cellulare... Chi si pone al di fuori è un po' peggio di un eterodosso. Tornando all'esempio dei vaccini, se io intervisto un antivaccinista devo sapere che è al di fuori della scienza ufficiale e devo trattarlo come tale, e presentarlo come tale senza esitazioni. Altrimenti forse sto "sentendo l'altra campana", ma di certo non sto facendo bene il mio mestiere.



L'edizione 2017 del *Festival della tv e dei nuovi media*, che si svolgerà come ogni anno a Dogliani (in provincia di Cuneo), sarà dedicata proprio al tema della salute nell'era delle *fake news*.

Parteciperanno diversi rappresentanti della FNOMCeO dell'Ordine dei Medici di Torino, oltre a personaggi noti del mondo del giornalismo e della televisione.

Di seguito il rationale, a firma della Presidente FNOMCeO Roberta Chersevani, e a seguire il programma dell'evento di sabato 6 maggio.

Nell'era del consenso informato e dell'autonomia, il cittadino non può essere abbandonato alle sensazioni o alle suggestioni ma deve attingere alle migliori informazioni disponibili per fare scelte consapevoli in ambito di Prevenzione e di Salute. D'altra parte, la scarsa formazione alla scienza nel nostro Paese, cioè alla valutazione dei dati e dei fatti rispetto alle opinioni indimostrate, la irrazionalità diffusa, le informazioni contraddittorie in fatto di scienza e medicina presenti a volte sui mass media ma soprattutto su Internet lasciano i cittadini in balia di imbonitori di salute e di venditori di false speranze.

A tutto ciò dobbiamo aggiungere la pervasiva diffidenza verso le istituzioni, che porta a dare ascolto ai venditori di fumo e alle teorie del complottismo, espressione di uno scetticismo radicale nei confronti dei cosiddetti poteri forti, il ruolo fuorviante di medici che operano al di fuori e contro la scienza, la presenza di ciarlatani che vantano scoperte rivoluzionarie, che curano malattie incurabili e che si lamentano di essere aversati e mar-

ginalizzati dall'alleanza tra scienza e multinazionali dedite al profitto. Mentre negli ultimi tempi i mass media sembrano più cauti – e anzi sono scesi apertamente in campo contro le 'fake news' anche in ambito scientifico – sussiste la tendenza, specialmente su Internet, a una falsa par condicio, per cui le evidenze prodotte dalla scienza e le invenzioni truffaldine sono messe sullo stesso piano, quasi per un democratico confronto. Questo combinarsi di fattori innesca e facilita il proliferare di pseudo cure e false terapie senza alcun fondamento scientifico che, propagate su siti Internet o con altri mezzi, si diffondono in maniera virale senza alcun controllo, mettendo a rischio la salute pubblica.

I media hanno un ruolo fondamentale nel combattere "bufale" e ciarlatanerie, diffondendo le evidenze scientifiche e contrapponendole alle suggestioni emotive.

Roberta Chersevani
Presidente FNOMCeO

MITOLOGIA DELLA SALUTE E FALSE ARGOMENTAZIONI: L'ERA DELLE BUFALÉ **Sabato 6 maggio 2017, ore 15.00-18.00, Piazza Carlo Alberto, Dogliani (CN)** **GRATUITO**

14.45 registrazione partecipanti

I sessione

Modera **Cosimo Nume**
Responsabile Gruppo di Lavoro
Area Strategica della
Comunicazione **FNOMCeO**

15.00 Introduzione lavori

Roberta Chersevani
Presidente **FNOMCeO**

II sessione

Modera **Michele Mirabella**
Giornalista **Raitre**, socio Eaci

15.45-16.00

Andrea Grignolio
Docente di Storia della Medicina
Università di Roma La Sapienza
PERCHÉ CREDIAMO ALLE BUFALÉ

16.00-16.15

Silvia Bencivelli
Medico e giornalista **Raitre**

*È LA MEDICINA, BELLEZZA!
COMUNICARE LA SALUTE
NELL'ERA DELLE BUFALÉ*

III sessione

Modera **Cosimo Nume**

16.15-16.30

Roberto Burioni
Professore Ordinario di Microbio-
logia e Virologia Università Vita-
Salute San Raffaele Milano
IL VACCINO NON È UN'OPINIONE

16.30-16.45

Sergio Della Sala
Professore di Neuroscienze
Cognitive all'Università di
Edimburgo, presidente Cicap
MAI FIDARSI DELLA MENTE

16.45-17.45

Tavola rotonda

Guido Giustetto
Presidente **OMCeO Torino** e

Componente Comitato Centrale
FNOMCeO

Alessandro Conte

Coordinatore Gruppo di Lavoro
FNOMCeO "Progetto fake news"

Gianluigi D'Agostino

Presidente CAO Torino

Mattia Motta

Segreteria FNSI, referente Eaci

Ilario D'Amato

Giornalista investigativo

Michelangelo Coltelli

Fondatore e admin del blog Butac
- Bufale un tanto al chilo

Alice Pignatti

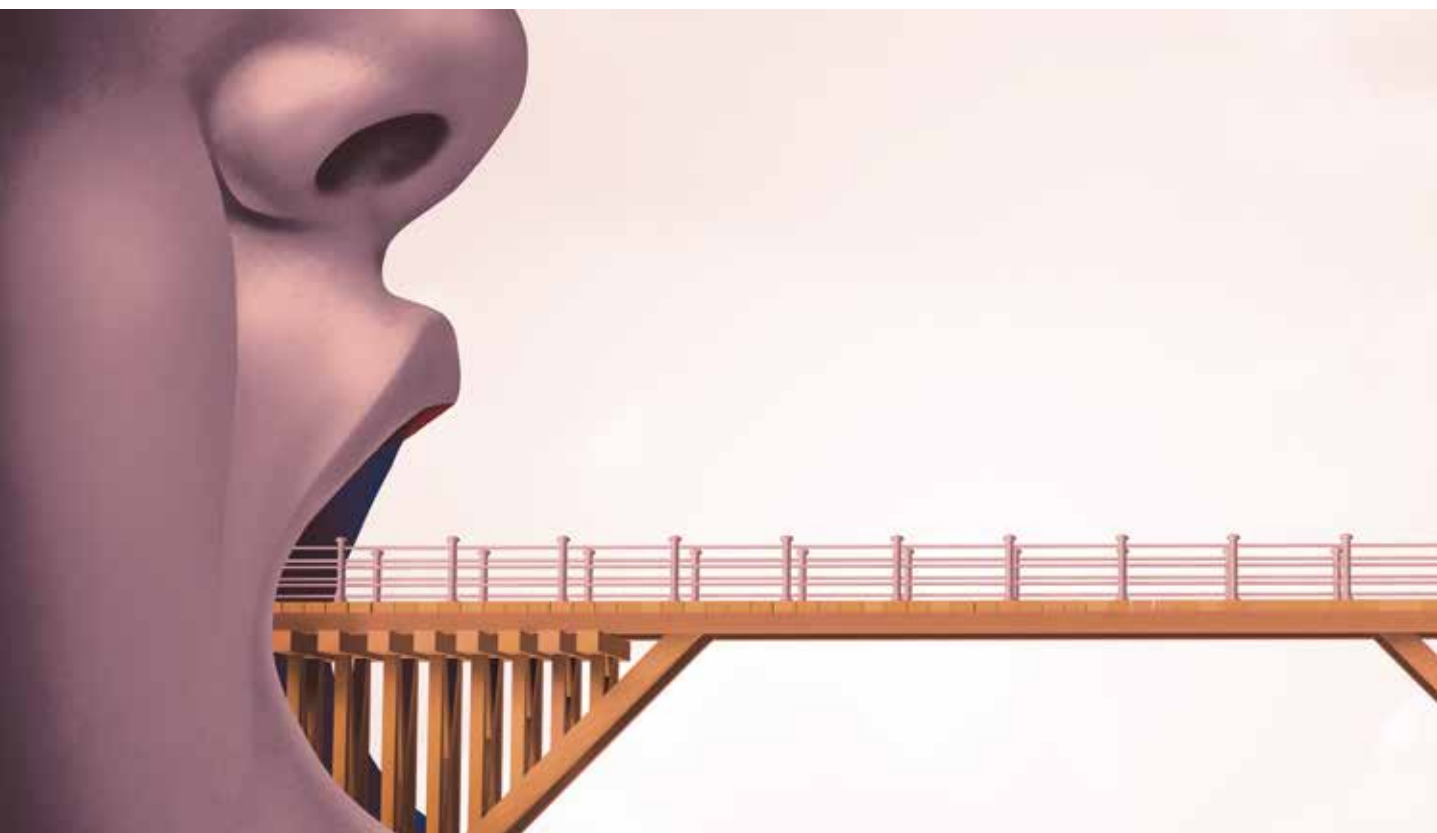
Teamvaxitalia-lovaccino

17.45-18.00

Dibattito e conclusioni

Per ulteriori informazioni
sull'evento consultare il sito
www.festivaldellatv.it

Il corso è stato accreditato per medici e giornalisti



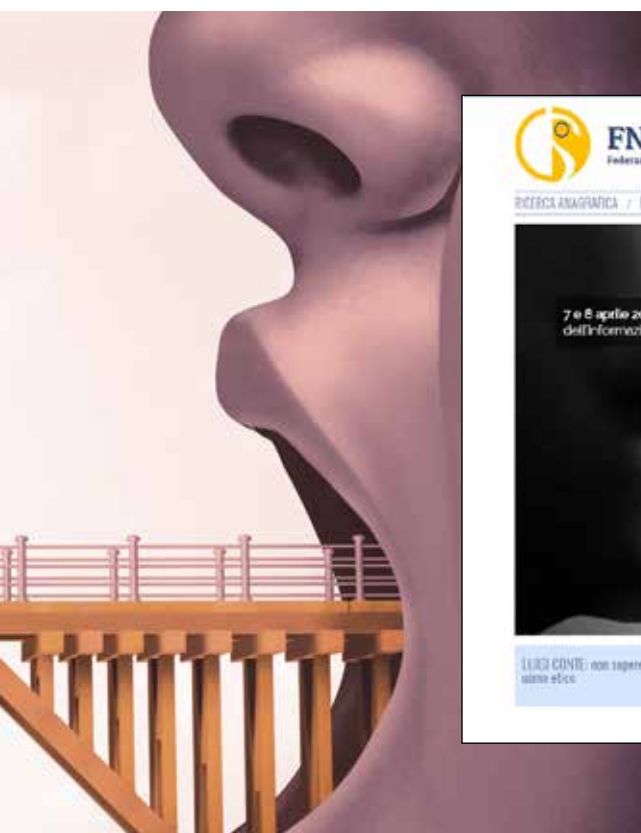
FNOMCeO CONTRO LE BUFALE IN SANITÀ

Un sito dedicato all'informazione per cittadini e medici

Alessandro Conte,

Coordinatore Progetto anti-bufale FNOMCeO

Dopo un arresto imposto dalla prematura scomparsa del Dott. Luigi Conte, riparte l'attività del gruppo di lavoro con nuove idee e linee programmatiche ridisegnate per dare al progetto una dimensione vincente. Molto prima che fosse di moda, prima ancora dei titoli di giornale e degli speciali nei talk-show, la FNOMCeO aveva sentito l'esigenza di affrontare l'attualissimo problema della circolazione incontrollata di notizie antiscientifiche, in molti casi volutamente fuorvianti, in molteplici ambiti della rete, in partico- ►



Un progetto ideato e fortemente voluto dal Dott. Luigi Conte, scomparso prematuramente. L'idea di un sito istituzionale che aggregasse falsi miti, argomentazioni fallaci e vere e proprie bufale è nato come scommessa dell'istituzione: per una informazione nuova, rimodulata a partire da un linguaggio originale che tenesse conto anche dei bisogni e delle aspettative dei cittadini, ma che cercasse, con un'informazione equilibrata e documentata scientificamente, di diffondere una corretta conoscenza sulla salute.

La tutela dei cittadini è quindi alla base di un progetto che – unico nel suo genere – impegna l'istituzione sanitaria nell'elaborazione di modelli di comunicazione nuovi, più attenti, più diretti e comprensibili.

Accorciare le distanze nel linguaggio per lavorare sulla semplicità, seppur rigorosa, di una informazione e formazione rivolta a cittadini e colleghi. Da qui può iniziare la tutela della salute pubblica.

Così potremmo riassumere lo spirito del progetto di Luigi Conte la cui mancanza ha sconvolto tutti. Rimangono però solide e radicate le sue parole così come il suo impegno deontologico e l'ideale di un'istituzione sempre più sensibile “alla prossimità”, alla vicinanza.

“Costruiamo ponti e non alziamo muri ed è questa la prospettiva dalla quale una professione seria e responsabile come la nostra si pone nell'affrontare i bisogni emergenti della sanità”,
Luigi Conte

Redazione Torino Medica

focus_verità e falsità in medicina

lare sui social network. **Queste notizie, condivise in maniera spesso acritica, sono la punta dell'iceberg di un vero e proprio problema di salute pubblica**, le cui più pericolose manifestazioni rimbalzano in questi giorni sui telegiornali.

Da un lato la volontà di divenire un punto di riferimento, autorevole e rigoroso, per quanti vogliano verificare la correttezza di informazioni trovate in rete, con contenuti ad hoc, sviluppati da un comitato tecnico scientifico composto da Colleghi impegnati da tempo in queste attività. Dall'altro la volontà di non essere solo un sito di *debunking*, come ve ne sono di eccellenti altri, ma offrire, in un contesto comunicativo, radicalmente cambiato rispetto anche a soli dieci anni fa, **nuovi strumenti didattici, visivi e tutoriali**, che possano aiutare i Colleghi a svolgere al meglio la loro missione in trincea contro il dilagare di notizie prive di fondamenti scientifici.

La scienza non è democratica, si sente ripetere spesso, come corollario del predominio del metodo scientifico, fatto di numeri ed evidenze. Quale che sia l'opinione di ciascuno in merito a questo assunto, per certo la scienza, i suoi metodi ed i suoi numeri devono essere spiegati e divulgati con altrettanta professionalità, ma anche con flessibilità ed, in alcuni casi, si può dire che sia necessario insegnare, o migliorare, proprio le modalità con cui viene comunicata al grande pubblico.

Questa vuole essere la specificità, la nicchia, se vogliamo, del portale "anti-bufale" della FNOMCeO: **una piattaforma interattiva e multimediale, capace di offrire risposte, ma anche risorse, strumenti nuovi e facilmente fruibili**, per il medico che deve rispondere colpo su colpo alle teorie di un convinto sostenitore della cura a base di bicarbonato e limone, piuttosto che un'infografica con cui sostenere il processo di rieducazione di quanti disconoscono il ruolo dei vaccini, il tutto corredato da una nutrita bibliografia, pronta all'uso, poiché collegata alla banca dati EBSCO cui tutti gli iscritti hanno accesso.

Negli ultimi anni uno dei paradigmi in ambito di formazione è rappresentato dalla sartorializzazione dei contenuti – goffa italianizzazione dell'inglese *tailoring* – che codifica la necessità di offrire percorsi educativi su misura alle varie categorie professionali, ma auspicabilmente a ciascun discente, per ottenere i risultati più solidi e durevoli in termini di aggiornamento, come dimostrato dalla letteratura. **La divulgazione scientifica e la comunicazione di argomenti, cogenti per la popolazione, non fanno eccezione e richiedono il medesimo sforzo di personalizzazione.**

Dinnanzi ad una sempre crescente fetta di popolazione che si pone in maniera critica rispetto ai dettami scientifici, il medico di medicina generale *in primis*, fortunatamente ancora prima interfaccia del cittadino, e tutti gli

Contatti | Redazione | Centro Studi



FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

RICERCA ANAGRAFICA / FEDERAZIONE / LEGISLAZIONE / ORDINI PROVINCIALI / ESTERI / LINK / NEWS



DynaMed Plus
EBSCOhost
Banche dati EBSCO



Fed In Med
IPASVI



RICERCA ANAGRAFICA
Trova il medico - Trova l'odontoiatra



AIUTIAMOLI!



SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI
Ricerca S.T.P.

- Consiglio Nazionale FNOMCeO: sia garantito il diritto alla sal
- CN: approvato il conto consuntivo 2015
- Riunione Ceom Lussemburgo 12 giugno 2015
- EUROPEAN WORKING TIME DIRECTIVE
- Programmazione degli accessi alle scuole mediche e odont
- Donazione e trapianto di organi
- LIBRO VERDE relativo al personale sanitario europeo
- Antitrust: concorrenza relativa al settore farmaceutico
- Una strategia europea sugli aspetti sanitari connessi all'alim
- Ratifica ed esecuzione della Convenzione internazionale cor dalla XXXIII Conferenza generale UNESCO il 19 ottobre 2007 in Legge numero 230
- CODICE DEONTOLOGICI EUROPEI
- Il Consiglio approva il programma europeo per la salute (20
- Adottato dal Parlamento Europeo in data 24 Ottobre 2007 il "l'apprendimento permanente"
- Strategia di Lisbona
- Carta Europea per la Salute del Cuore
- Riunione UE sulla lotta all'AIDS
- Nuovo farmaco darà speranza ai bambini sieropositivi
- HIV/AIDS infected children can now benefit from a Europea

specialisti in generale, devono coltivare capacità relazionali nuove e strategie comunicative moderne per svolgere quel ruolo di disinnescamento del dubbio, unico motore di un'inversione di tendenza di quanto visto in questi ultimi anni, specie in ambito di prevenzione.

Dalla consapevolezza dell'esiguità del tempo a disposizione e degli enormi carichi di lavoro per tutti gli operatori, nasce l'idea di affiancare alla sezione di più classica verifica delle notizie "di salute" circolanti, un vero e proprio **kit di pronto soccorso didattico-comunicativo**.

Il paziente dubbioso che si presenta dal pediatra di libera scelta esibendo grafici e tabelle che, a suo giudizio, rappresentano la prova dell'inutilità dei vaccini troverà un medico che, grazie alla sua preparazione, potrà rispondere esaustivamente, ma grazie al portale quest'ultimo sarà anche in grado di offrire materiale referenziato e fruibile a supporto delle sue spiegazioni.

I prossimi mesi richiederanno un grande impegno al gruppo di lavoro, al personale della FNOMCeO ed ai Colleghi membri del comitato scientifico, tutti chiamati al difficile compito di offrire informazione di qualità, immediata ed accattivante alla popolazione ed al tempo stesso di creare una piattaforma di confronto e crescita per tutta la categoria, attraverso cui passa un fondamentale rilancio del rapporto e della comunicazione tra i medici ed i loro pazienti.

30 | 2_2017

MODI E MODE DEL COMUNICARE

SGI HEALTHCARE

comunicazione in ambito sanitario

Siti

Siti vetrina per la promozione dell'attività di professionisti medici presso e pazienti e target dedicato: progettazione, contenuti, SEO, assistenza procedure di messa on line.

Gestione ufficio stampa e PR

Progettazione e organizzazione eventi

- individuazione location;
- soluzioni logistiche;
- progetto di comunicazione;
- immagine coordinata;
- forniture tecnologiche, audiovisive e interattive;
- segreteria organizzativa;
- assistenza on site;
- sponsoring

Progettazione e realizzazione campagne di comunicazione

Supporto tecnico audio video, centro slide, presentazioni

Realizzazione prodotti editoriali

Tutte le fasi, dallo studio del layout fino alla stampa per pubblicazioni di carattere divulgativo o tecnico-scientifico. Collaborazioni con giornalisti, scrittori e fotografi per un servizio editoriale completo e flessibile: studio grafico, redazione, stampa, distribuzione, raccolta pubblicitaria

ALCUNI EVENTI ORGANIZZATI

- CORSO TEORICO "FEMTOCATARATTA, L'EVOLUZIONE DELLA CHIRURGIA", CLK MICROCHIRURGIA E DIAGNOSTICA OCULARE
- CONVENTION DI FEDERFARMA PIEMONTE, VALLE D'AOSTA E LIGURIA (FINO A 1800 PARTECIPANTI) E CORSI FORMATIVI PER FARMACISTI
- SOCIETÀ ITALIANA USTIONI
www.ustionitorino2014.it www.ustionigenova2015.it
- ASSEMBLEE E CONVEGNI DELL'ORDINE DEI MEDICI DI TORINO

SGI Società Generale dell'Immagine srl
www.sgi.to.it | info@sgi.to.it
via Pomaro, 3 - Torino
Tel. 011.359908 | fax 011.3290679

Alla ricerca del vero, tra pregiudizi, credenze, falsi ricordi e conflitti d'interesse

Intervista a Sergio Della Sala
*Docente di Human Cognitive Neuroscience,
University of Edinburgh
Presidente Cicap
Componente Tavolo "anti-bufale" FNOMCeO*

A cura di Rosa Revellino



1. Quali sono le principali strategie argomentative applicate per costruire le bufale?

Notizie infondate si forgianno e diffondono attraverso molti meccanismi. Una parte importante la giocano i nostri pregiudizi, le nostre credenze, quello che crediamo di sapere, che ci fanno leggere la realtà in maniera selettiva. Se riteniamo credibili complotti intergalattici capitanati da una poco identificabile ma onnipresente Spectre, ci convinceremo che le scie bianche lasciate dagli aerei nei cieli non siano semplici manifestazioni di condensa, ma la prova che i templari ci vogliono avvelenare (chissà poi perché). Un po' come "sapere" che c'è molto ferro negli spinaci: ce n'è un po', poco, ma trangugiare quel fogliame viscido e verdastro non ci fa diventare forti come Popeye. **La scienza procede per probabilità e falsificazioni. I suoi meccanismi sono lenti e rigidi, i risultati dopo lungo percorso sono spesso solidi, ma all'inizio sono inficiati da possibili errori di stima o di interpretazione.** Questi possibili errori sono amplificati dalla tendenza di giornalisti, medici e scienziati a promulgare, spesso, ma non sempre in buona fede, ricette immediate e di facile comprensione.

La disinformazione da parte dei mass media può essere operata anche senza alcun intento di ingannare, per esempio in tutti quei casi in cui si susseguono rapidamente le correzioni delle notizie, che si disvelano inevitabilmente a poco a poco. Proprio come nella cronaca di una partita di calcio in cui il risultato cambia spesso; se ci fermassimo ad ogni dato punto avremmo un'informazione errata del risultato finale della partita. A titolo d'esempio, un'emittente televisiva riportò tempo fa che una famiglia di quattro persone venne ritrovata morta in casa, la sera stessa dopo aver mangiato in un ristorante cinese. Pochi giorni dopo, seguì una rettifica che precisava che le tragiche morti erano state provocate in realtà dal malfunzionamento di una caldaia. Dopo qualche tempo, lo sfortunato titolare del ristorante cinese fu costretto comunque a chiudere il locale, nel quale nessuno arrischiava di avventurarsi, perché "non si sa mai".



Gabriel García Márquez scriveva nel romanzo *Memoria delle mie puttane tristi*: "...come i fatti reali si dimenticano, alcuni che non si sono mai prodotti possono anche inserirsi tra i ricordi come se fossero stati". Questi falsi ricordi possono essere causati da errori di memoria relativi al monitoraggio della fonte d'informazione, in quanto, dal momento

Ciò che stupisce è che, spesso, l'incompetenza non rende le persone disorientate o perplesse, o caute. Al contrario, gli incompetenti dimostrano un'inappropriata sicurezza in se stessi, sostenuta da quello che pare loro conoscenza

che l'informazione e la sua fonte possono essere ricordate in maniera separata, ci si può ricordare della suddetta informazione ma non della fonte dalla quale l'abbiamo appresa, finendo per attribuirle ad una fonte sbagliata (che ha trattato lo stesso tema, addirittura sostenendo il contrario); per esempio, possiamo credere erroneamente che sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità ad allertare sui rischi dei vaccini.



I social network e il web ci danno l'illusione di sapere. Per cui gli effetti "bufala" sono ora moltiplicati dal loro uso, in cui fonti d'informazioni affidabili si confondono con l'aneddotica. Il rumore di fondo che si fa certezza diventa difficile da incanalare in discussioni fattive. Per cui gruppi di persone ben intenzionate e di sani principi, ancora oggi sostengono metodi di cura improbabili per malattie anche gravi, come per esempio la Cura Di Bella per il cancro, sostenuta sul blog di Grillo, che è molto seguito. **Questo si deve anche alla difficoltà che il pubblico ha oggi nel districarsi tra fonti scientifiche qualificate e la miriade di pubblicazioni pseudoscientifiche o interventi in convegni a pagamento volti solo a vellicare la vanità dei partecipanti, senza alcun valore scientifico.** Io stesso posso vantare l'accettazione di una presentazione orale in cui avrei declamato la versione inglese della Vispa Teresa. Dopo aver accettato la mia proposta, gli organizzatori mi hanno comunicato che, dato il prestigio della mia scoperta, ero anche invitato a presiedere un'intera sessione del convegno (a fronte di un modesto pagamento aggiuntivo). Non ho accettato. Ma molti accettano. E il pubblico, in buona fede, non sa che si tratta di truffe perché è molto difficile distinguere tra congressi veri e farlocchi.

Le post-verità però non le crea il web, ma chi vi scrive e le diffonde. Esattamente come i giornali o la televisione. Il web può essere fonte di conoscenza, di libertà, di emancipazione, è un mezzo, come tale si deve imparare ad usarlo ed a conoscerne limiti e prerogative.

La televisione è certamente un modo di diffusione delle affermazioni pseudoscientifiche. In particolare, per la tendenza a trasformare l'informazione in un'arena in cui si confrontano due opinioni, indipendentemente dal peso relativo e dalle basi evidenziali su cui queste opinioni poggiano. Se la stragrande maggioranza della comunità scientifica internazionale è favorevole alla vaccinazione di massa, gli organizzatori dei talk show televisivi vanno alla ricerca di una seconda opinione! Questa modalità di presentare informazione favorisce la personalizzazione della discussione, e la riduce ad un duello tipo Orazi e Curiazi scandito da tifo calcistico. Le bufale trovano terreno fertile ed acquisiscono dignità dibattimentale.

Spesso le bufale non si diffondono per mezzo di strategie. David Dunnig, commentando i risultati dei suoi esperimenti che dimostrano come siano proprio le persone incompetenti che ritengono di sapere più di quanto sappiano in effetti, afferma che ciò che stupisce è che, spesso, l'incompetenza non rende le persone disorientate o perplesse, o caute. Al contrario, gli incompetenti dimostrano un'inappropriata sicurezza in se stessi, sostenuta da quello che pare loro conoscenza. E le notizie prive di fondamento si diffondono.



2. Com'è possibile, ammesso che lo sia, scardinare i meccanismi di persuasione?

Come dice la Regina di Cuori del Paese delle Meraviglie, tutti noi crediamo ad almeno sei cose improbabili prima di colazione. Tutti sono soggetti a false credenze, false memorie, anche gli scienziati, anch'io.

"*Mud sticks*" dicono gli inglesi per sottolineare come le persone continuino a prestare fede a qualcosa di sbagliato, nonostante siano consapevoli della sua infondatezza. È difficile cancellare qualcosa dalla memoria: le tracce di informazioni anche sbagliate che influenzano i nostri pensieri, nonché le nostre azioni, perdurano. Quindi, informazioni rivelatesi poi scorrette, benché riconosciute dalla persona in quanto tali, continuano ad influenzarne il ragionamento. In ragione di una persistenza così tenace, l'esposizione ai fatti, seppur con le migliori intenzioni, non rappresenta necessariamente un'efficace soluzione. Non solo i fatti **non hanno sempre il potere di modificare la nostra posizione su un argomento, ma possono indurre paradossalmente le persone a trincerarsi ancor più nelle loro convinzioni.**

In uno studio recente abbiamo dimostrato come persone esposte ad informazioni pro

vaccinazioni ne comprendessero il contenuto, ma a distanza di una settimana le ricordassero distorte. Per esempio, le informazioni loro fornite spiegavano come non fosse vero che le vaccinazioni causassero l'autismo, e come questo fosse sostenuto da fonti autorevoli. A distanza di una settimana però le persone ricordavano la connessione tra vaccini ed autismo, e quindi il potenziale pericolo, ed addirittura ne attribuivano la fonte alle autorità sanitarie che affermavano il contrario!

L'unico meccanismo di difesa che abbiamo è quello di dotarci di regole esterne a noi, alla nostra percezione, al nostro sistema di credenza. Lo scetticismo deve promuovere una società che basa le sue scelte sulle evidenze, piuttosto che sulle opinioni. Che cosa sia definibile "evidenza" deve essere deciso a priori, e concordato. Questo sistema potrebbe permetterci di evitare di reagire emotivamente ad ogni aneddoto, e di operare, invece, scelte condivise.

Non è una battaglia. Dobbiamo però saper distinguere tra pubblicità e scienza, tra opinioni e fatti, tra vantaggi economici e principi ideali. C'è differenza tra linguaggio semplice e linguaggio semplicistico. Le persone devono essere messe in grado di apprezzare la complessità. Sento spesso la frase "non sono un esperto però...", ecco il "però" è talvolta un problema. **Il rimedio migliore è un percorso scolastico che insegni il senso critico, il ragionamento logico, l'approccio probabilistico; meno contenuti ma più profondi.**

Matteo Renzi, durante le primarie del PD cortesemente accettò di rispondere alle nostre domande sul rapporto tra politica e scienza. Il suo atteggiamento ben rappresenta il sentire comune. Alla domanda "Qual è la sua posizione in merito alle medicine alternative, in particolare per quel che riguarda il rimborso di queste terapie da parte del SSN?" Rispose "...sono quelle pratiche e tecniche naturali e bioenergetiche esercitate per favorire il raggiungimento, il miglioramento o la conservazione del benessere complessivo della persona". Lapalissiano come un'affermazione del compianto Massimo Catalano: è meglio star bene che star male! Purtroppo naturali sono anche i veleni, le malattie e le catastrofi, quindi "naturale" non è necessariamente sinonimo di "benessere".

Cosa c'è di peggio del senso comune?



3. Secondo lei, nel contesto medico-paziente, che equilibrio c'è tra verità-credenza e mitigazione dal punto di vista cognitivo e linguistico?

Il concetto di post-verità, mutuato dalle scienze politiche, ha fatto irruzione nel dibattito sulle pseudoscienze mediche. Ne è derivata una maggiore consapevolezza che noi medici dobbiamo farci carico di fornire una informazione sanitaria basata sulle evidenze e contrastare notizie infondate.

Ma un buon comunicatore sa che i suoi tentativi di correggere credenze profondamente radicate, per quanto ben intenzionati e formalmente corretti, sono destinati a fallire fin dall'inizio se inizia la sua informazione sottolineando come gli interlocutori siano in errore. La conseguenza più probabile di una simile condotta sarà un atteggiamento difensivo e di chiusura di fronte alle argomentazioni proposte. Una strategia più promettente nel far recedere qualcuno dalle sue convinzioni risiede invece nel presentare, ove possibile, il messaggio che si vuole trasmettere cercando di renderlo meno ostile rispetto alla visione del mondo degli interlocutori ed abbinandolo a momenti di cosiddetta auto-affermazione tenendo in considerazione le loro opinioni e preferenze. Uno studio di Cohen e colleghi ha dimostrato come la resistenza ad accettare visioni diverse dalle proprie possa essere allentata allorché si offre loro l'opportunità di spiegare perché una determinata caratteristica personale o comportamento è così importante per loro. Così, le persone non sentiranno la propria immagine intaccata e saranno più ricettive verso contro-argomenti che altrimenti potrebbero minacciare e paradossalmente rafforzare le proprie credenze.



4. Cosa sbaglia a suo avviso la comunicazione istituzionale nel trattare questi temi?

È un tema complesso, che non si può risolvere in pochi minuti e con poche parole; inoltre ci sono anche molte iniziative istituzionali ben pensate e fruttuose. Mi limiterò ad indicare tre possibili fonti di errori che la comunicazione istituzionale compie: **1.** non accettare e quindi non correggere la dissoluzione dell'autorità delle sue figure di punta, **2.** accettare la dicotomia ufficiale/alternativo come base di discussione, **3.** non risolvere le ambiguità tra comunicazione e fatti.



1. Il Ministro della Salute sta facendo bene, e si è dimostrata pro-scienza ed attenta alle evidenze in molte occasioni. Nel caso dei vaccini per esempio, si è molto prodigata per una corretta informazione. Ma molti non dimenticano che nel passato ha fatto parte di un largo gruppo di parlamentari che sostenne la convinzione che Ruby Rubacuori fosse la nipote di Mubarak. Una persona quindi potrebbe chiedersi perché credere oggi alle sue affermazioni pro-vaccini dato che alcune affermazioni passate si sono rivelate palesemente prive di fondamento. Purtroppo, **la percezione di non affidabilità annulla la acclarata credibilità della fonte.**

In uno studio che abbiamo appena concluso, abbiamo dimostrato come le persone prediligano l'affidabilità percepita delle fonti, considerate oneste, integre e fidate, piuttosto che la loro credibilità istituzionale, cioè dotate di conoscenze ufficiali, di abilità tecniche e di esperienza specifica. Il che spiega anche perché molti si fidano di affermazioni fatte da celebrità che ammirano o da politici con le cui posizioni si trovano in sintonia. Quando Trump reiterò la connessione tra vaccini ed autismo, molti repubblicani si dissero d'accordo, i democratici lo sbeffeggiarono. L'opposto sarebbe successo a personaggi invertiti. Il miglior comunicatore quindi dovrebbe essere sia esperto che percepito come affidabile dalle persone cui si rivolge.



2. Molti ritengono le istituzioni al traino di grossi interessi. Anche se questa generalizzazione è sciatta e fallace, non dovremmo comunque fare l'errore di generalizzare al contrario. Casi di evidente disinformazione sono operati da multinazionali. Le grandi aziende produttrici di tabacco, hanno usato per anni la strategia di far credere che non vi fosse certezza sui danni da fumo, che questi fossero ancora fonte di dibattito, che gli scienziati e i clinici non avessero un'opinione univoca. Per suffragare l'idea che i rischi da fumo fossero ancora oggetto di studio, hanno ideato campagne pubblicitarie distraenti che hanno goduto di ampi spazi sui mezzi di comunicazione, nonché profumatamente finanziato ricerche che servissero da specchio per le allodole, con la complicità di scienziati consenzienti (e spesso prezzolati). Evidenti conflitti di interesse si riscontrano anche nel caso della Coca-Cola, che ha contribuito a finanziare delle ricerche sull'obesità e i problemi ad essa legati, con lo scopo di promuovere l'idea secondo cui l'obesità epidemica nelle popolazioni occidentali non sia dovuta all'eccessivo apporto calorico dell'alimentazione, quanto esclusivamente alla mancanza di attività fisica. L'indignazione degli ambienti medici rispetto a questo tentativo di plasmare la ricerca a proprio favore è ben sintetizzata dalle parole di Simon Capewell, che in un'intervista alla BBC ha affermato che "affidare la ricerca sull'obesità alle industrie alimentari è come affidare a Dracula la banca del sangue".

Una questione di dati "massaggiati" per interessi privati si riscontra anche nel caso delle industrie di farmaci omeopatici, che fanno guadagni miliardari vendendo trattamenti il cui effetto è paragonabile al placebo. Lo stesso meccanismo si riscontra nel caso di molti prodotti di non provata efficacia distribuiti da case farmaceutiche e talvolta acriticamente accettati e prescritti da noi medici. **Non esiste una medicina ufficiale ed una alternativa o complementare. Esistono terapie suffragate da dati empirici solidi e replicati, ed altre basate sul marketing e la connivenza.** La nostra scelta di campo dovrebbe sempre essere guidata dall'esistenza di dati affidabili. ►



3. Taluni di noi arrivano ad affermare che sarebbe necessario certificare quali fonti siano attendibili e quali no, aumentando i filtri, implicitamente riconoscendo le nostre come attendibili. **Ritengo che il confine tra notizia errata e censura sia troppo sottile per essere evaso con provvedimenti draconiani. Abbiamo bisogno di più cultura, non di una cultura del sospetto.**

Inoltre, questo atteggiamento colonizzante della "verità" ci espone alle critiche di chi non si fida: **l'accademia e la medicina sono state rappresentate ai vertici più alti anche da persone poco competenti, le carriere talvolta seguono il flusso di un familismo amorale che umilia il merito, esistono troppi conflitti d'interesse irrisolti, mostriamo troppe ambiguità.**

Ci lamentiamo che la verità di cui ci immaginiamo detentori sia storpiata da giornalisti in cerca di sensazionalismi, ma è dimostrata la stretta correlazione tra il tono dei nostri comunicati stampa accademici e il modo in cui le notizie mediche vengono riportate dai media.

Basti considerare che l'Ordine dei Medici ammette la pratica di terapie di non provata efficacia, come l'Omeopatia. Con che autorità poi possiamo contrastare il mercato dei farmaci di non provata efficacia o confutare le pericolose affermazioni degli anti-vaccinisti? Il controargomento che sento spesso afferma più o meno così: "Sì, all'Ordine sappiamo che si tratta di terapie di non provata efficacia, ma proprio per questo è preferibile che siano medici a prescrivere e quindi controllarne gli effetti piuttosto che praticanti senza laurea". Che è un po' come affermare che "Sì, rubare nei supermercati è da condannare, ma meglio che lo facciano persone per bene, piuttosto che ladri di professione".

Per essere visti come fonte affidabile di informazione dovremmo ridurre al minimo le nostre ambiguità fattuali.



5. Quali sono le caratteristiche del "metodo anti-bufale" e soprattutto le scelte di linguaggio? C'è qualcosa di sproporzionato, secondo Lei, tra le aspettative e i bisogni dei cittadini e le risposte di chi si occupa di debunking?

È importante capire non solo cosa la gente pensa, ma come pensa. In situazioni di scelta rischiosa, è stata osservata la tendenza sistematica ad operare scelte che implicano l'omissione piuttosto che l'azione concreta, anche quando l'omissione espone a rischi maggiori. Ritov e Barton, nel loro studio pubblicato nel 1990 sul *Journal of Behavioral Decision Making*, furono i primi ad osservare sperimentalmente questo fenomeno: i partecipanti dovevano decidere se vaccinare o meno i loro figli contro un'ipotetica epidemia che aveva effetti letali, sapendo che anche il supposto vaccino esponeva ad un rischio, ma nettamente inferiore. I partecipanti a questo esperimento tendevano a preferire l'omissione, decidendo quindi di non vaccinare il loro bambino, sebbene così facendo il rischio di morte fosse più elevato.

Spesso la comunicazione "anti-bufale" parte dal presupposto che esista una verità, e che noi ne siamo i detentori. Quindi ne diffondiamo il verbo e ci crogioliamo nel numero di persone che accedono ai nostri siti. È possibile però che noi agiamo entro camere dell'eco, bolle mediatiche, in cui persone che la pensano già come noi, consolidano le loro credenze. Otteniamo così l'opposto di quanto ci prefiggiamo: alieniamo proprio quegli utenti che invece sono molto scettici sulla medicina ufficiale, ed a cui vorremmo parlare. Il modello del "Deficit di informazione", secondo i cui dettami gli errori terapeutici che le persone commettono sono dovuti a carenza di informazione (quindi forniamo corretta informazione e risolviamo il problema) ha fallito: anche in presenza di informazioni ritenute corrette le persone raramente modificano le loro credenze o i loro comportamenti. Quando una persona ottiene un'informazione ne costruisce un "modello mentale". Se noi le diciamo che parte di questo modello è falso, le risulterà difficile costruire un modello mentale che abbia un "buco". **La gente preferisce un modello errato ad uno incompleto. C'è, paradossalmente, il rischio di rafforzare un mito semplicemente parlandone. Qualora la correzione sfidi delle credenze profondamente radicate, le persone possono reagire incrementando la propria fede nel concetto infondato.** Per esempio, quando si dice a un Repubblicano che non sono state trovate armi di di-

L'unico meccanismo di difesa che abbiamo è quello di dotarci di regole esterne a noi, alla nostra percezione, al nostro sistema di credenza. Lo scetticismo deve promuovere una società che basa le sue scelte sulle evidenze, piuttosto che sulle opinioni

struzione di massa in Iraq nel 2003, è molto probabile che questi creda esattamente il contrario; allo stesso tempo la probabilità che una persona che teme effetti collaterali dei vaccini faccia vaccinare diminuisce più gli viene detto quanto siano innocui.

“Una persona con una convinzione è una persona difficile da cambiare. Ditele che siete in disaccordo con lei, e se ne andrà. Mostrategli fatti e numeri, e metterà in discussione le vostre fonti. Fate ricorso alla logica, e non sarà in grado di capire il vostro punto di vista”. Con queste parole, nel 1956, Leon Festinger propose il concetto di “dissonanza cognitiva”, un meccanismo di cui è dotata la nostra mente per cui la consapevolezza dell’incoerenza tra i nostri atteggiamenti e/o credenze darebbe origine, per l’appunto, ad una sensazione di dissonanza, di mancanza di armonia. Per ridurre tale dissonanza, le persone possono attivare diverse strategie cognitive, come quella di evitare o rifiutare le informazioni dissonanti. Nel caso dei vaccini, ad esempio, un genitore che non crede nei vaccini e non ha vaccinato i suoi figli, per proteggere le proprie radicate credenze e giustificare i suoi comportamenti, tenderà a rifiutare qualsiasi evidenza sull’utilità dei vaccini. Ragioniamo quindi sulla base di pregiudizi. Per quanto ci dispiaccia ammetterlo, non siamo esseri razionali.

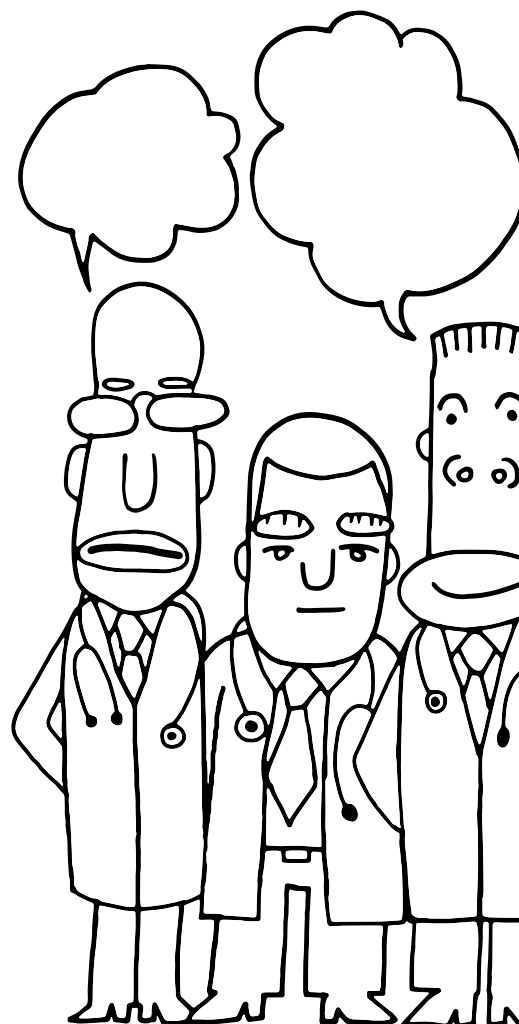


Verità e *fake news*: un contratto esistenziale tra medici e cittadini

Cosimo Nume

Presidente OMCeO Taranto

Coordinatore comunicazione FNOMCeO

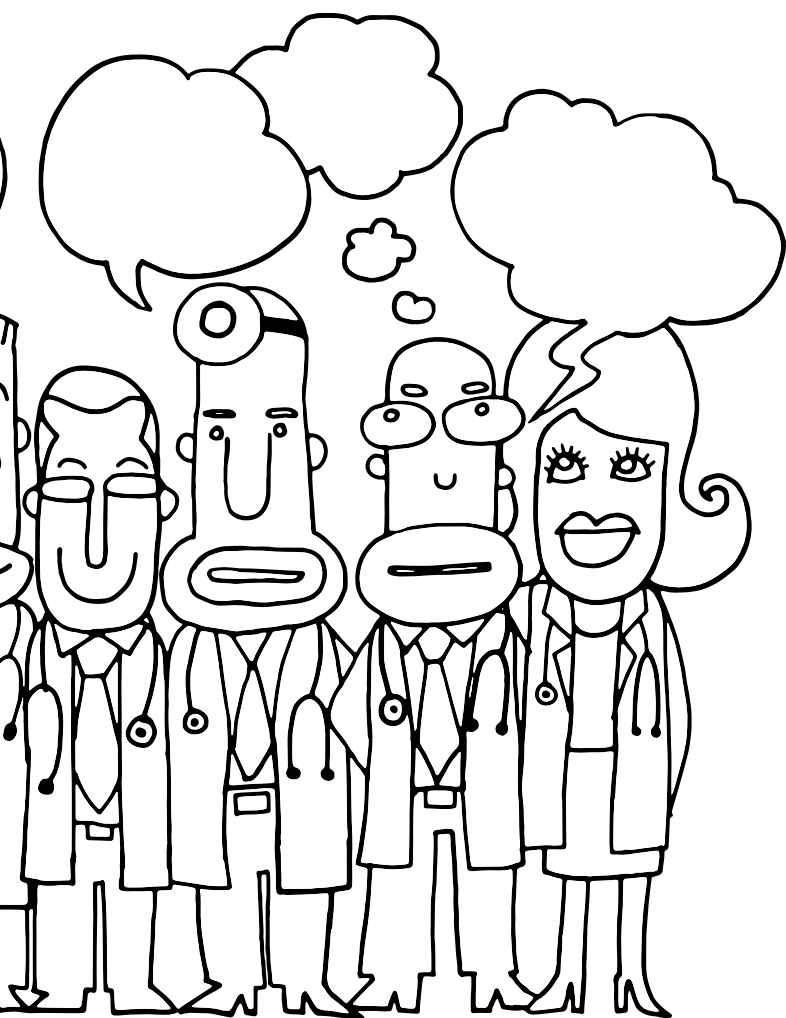


Ammettiamolo, siamo di parte. Mentre il mondo ci cambia intorno, ci ostiniamo a voler far prevalere le nostre convinzioni, basate su solide e verificate acquisizioni sperimentali, sulla marea di opinioni che la democrazia del web accredita con incorruttibili algoritmi, consegnando a chiunque le chiavi di accesso ad una verità che ciascuno può confezionare, diffondere e difendere oltre ogni possibile confutazione. E nella nostra partigianeria continuiamo pervicacemente a sostenere che **anni di studio, esperienza e pratica professionale** sono più importanti della liberatoria e illuminante lettura dell'ennesimo articolo sul complotto globale della multinazionale di turno, e pazienza se nello stesso articolo manca uno straccio di prova, comunque il complotto c'è perché è innegabile che ci sia.

Ecco, in questa paradossale e fantasiosa (ma non tanto) terra di confine in cui si aggirano minuscoli (ma non troppo) drappelli di assertivi tuttologi del web, ci ritroviamo a camminare come fosse una palude, scontando una **fragilità dialogica che è nella natura stessa di ogni verità documentata e convalidata scientificamente**, e dunque indiscutibile se non sul piano del confronto e della meta-analisi di dati e risultati.

Ma proprio perché questa nostra partigianeria è attributo prezioso e irrinunciabile del nostro agire professionale, e architettura profonda dell'efficacia del nostro contributo alla **tutela della salute individuale e collettiva**, dobbiamo chiederci se forse non stiamo trascurando qualche aspetto della dimensione mediatica del nostro lavoro, tralasciando di ricucire strappi, riparare crepe attraverso cui il vorticoso propagarsi delle post-verità possa erompere con dannosa virulenza.

E dunque è proprio da noi stessi che dobbiamo esigere alcune riflessioni e aprirci ad una



IL LINGUAGGIO DEL MEDICO

[è necessario] ... ogni possibile sforzo perché l'attendibilità delle fonti sia messa a disposizione di platee le più ampie possibili, utilizzando anche terminologie e tecniche comunicative moderne e "commestibili" per chiunque.

visione più moderna di alcune delle nostre prerogative professionali.

In primo luogo, il più rigoroso **rispetto della correttezza e della coerenza nei processi di fact-checking**, certo, ma anche ogni possibile sforzo perché l'attendibilità delle fonti sia messa a disposizione di platee le più ampie possibili, utilizzando anche terminologie e tecniche comunicative moderne e "commestibili" per chiunque.

E ancora, un **coinvolgimento costante dei professionisti della comunicazione**, rifuggendo da quelle stesse improvvisazioni che rimproveriamo ad altri quando riteniamo che invadano il nostro segmento di sapere, per poi rifiutare con sussiego l'intervento tecnicamente autorevole di cui l'affermazione della titolarità delle reciproche competenze è imprescindibile corollario.

Infine, ma solo per brevità di esposizione, un **recupero del valore "fiducia" nel rapporto essenzialmente duale fra il paziente e il "suo" medico**; senza voler riproporre un inattuale paternalismo, e tuttavia aprendo una discussione critica, che deve essere soprattutto ma non esclusivamente interna alla professione, su alcune derive spersonalizzanti per eccesso di burocrazia in alcuni settori o per malintesa triangolazione su dinamiche di equipe in altri, spesso dimenticando la situazione di particolare e singolare fragilità che la persona vive nel momento della malattia e di qualunque scelta che riguardi la salute propria o delle persone care.

Una disattenzione nella tacita sottoscrizione di questo "contratto" esistenziale, molto più delle fandonie che circolano sul web, può rischiare di sospingere verso ciarlatanerie e derive pericolosamente anti-scientifiche di chi in quel momento chiede, e merita, risposte adeguate sia sul piano della scienza che nella dimensione umana dell'approccio.



DIRE SENZA TOGLIERE SPERANZA

Elvira Larizza

Onco-ematologo

Commissione Etica e Deontologia OMCeO Torino



Tranquillizzare l'immaginazione del malato, che almeno non abbia a soffrire, come è accaduto fino ad oggi, più dei suoi pensieri sulla malattia che della malattia stessa, penso che sia già qualcosa.
E non è poco

Friedrich Nietzsche
(*Pensieri sui pregiudizi morali*, 1881)

Un problema largamente dibattuto e di grande valenza etica è quello della “comunicazione della verità al malato”. I quesiti sono numerosi: è un dovere del medico dire la verità al paziente? Quale verità comunicare? Quali sono i modi e i tempi più appropriati ed efficaci? Chi deve comunicare la verità? Quali sono i criteri umani, etici e professionali che guidano quest'atto?

È proprio la “comunicazione della verità” uno degli elementi che ha messo in crisi il rapporto medico-paziente.

Il vero problema non è comunicare la verità al malato ma riuscire a condividere la verità del malato. È necessario innanzitutto entrare nella verità che si deve comunicare con una valutazione il più possibile precisa della medesima, considerare il rapporto che si ha con il malato e valutare come condividere con lui l'informazione, capire qual è la sua capacità recettiva e considerare le possibili conseguenze nel dire la verità.

La verità va comunicata adattandola non solo al quadro psichico e alle aspettative del paziente, ma anche al suo substrato culturale, al contesto socio-familiare, alla sua religione e non ultimo a “quanto il paziente stesso vuole sapere”. Infatti **esiste un diritto a sapere ma anche uno a non sapere, spesso molto più delicato del primo perché espresso solo dal silenzio di chi non fa domande.**

Ma la cosa più importante è “dire” senza “togliere la speranza”. Vivere con speranza è un fattore significativo che aiuta le persone ad adattarsi alla malattia, a ridurre lo stress ed a migliorare il benessere psicologico e la qualità di vita. Speranza però non significa rinunciare a dire la verità al malato. Dote importante del medico è quindi saper dosare bene la speranza senza promuovere inutili aspettative ma evitando di essere troppo crudo e negativo. Le aspettative del malato spesso infatti non coincidono con la guarigione ma possono essere per lui di uguale importanza: vivere più a lungo per assistere al matrimonio della figlia, alla nascita e al battesimo del nipote, festeggiare con la moglie le nozze d'oro, poter trascorrere più tempo con le persone che ama, poter continuare a svolgere le attività di prima...

Tutto ciò ci porta a riflettere sul diritto che ogni persona malata, anche gravemente, ha di essere informata. Il diritto che l'uomo ha di essere messo a conoscenza di ciò che lo riguarda sancisce la considerazione ed il rispetto della sua dignità di persona, mettendolo in condizione di vivere in maniera consapevole e responsabile la prova difficile della malattia. Spesso però di fronte alla debolezza del malato i sani pensano di proteggerlo nascondendogli una verità terribile. Così facendo lo privano di un elemento per lui fondamentale: la conoscenza.

Senza conoscenza il malato non può esercitare la sua autonomia decisionale, fare le sue scelte e quindi sottoscrivere un valido consenso informato. Infatti una delle questioni cruciali del consenso informato è rappresentata dal problema della comunicazione della verità al malato. Se, infatti, il consenso deve essere informato risulta fondamentale il riconoscimento che l'informazione deve essere veritiera. L'informazione non è però uno strumento per ottenere l'assenso ma il presupposto di una relazione fra medico e paziente definita “alleanza terapeutica”. Spesso anche il medico sbaglia perché nascondendo la verità al malato infrange l'impegno a rispettare i principi di lealtà e rispetto dell'autonomia ►

Il diritto che l'uomo ha di essere messo a conoscenza di ciò che lo riguarda sancisce la considerazione ed il rispetto della sua dignità di persona, mettendolo in condizione di vivere in maniera consapevole e responsabile la prova difficile della malattia

che sono alla base del rapporto medico-paziente. Il malato vivrà in solitudine e lentamente scoprirà l'inganno, in tal modo cesserà il rapporto di fiducia con il suo medico e con le persone che lo circondano ("congiura del silenzio").

Il problema di dire o no la verità al paziente è in più stretto rapporto con il malato oncologico. Questo perché il termine 'cancro', malgrado gli avanzamenti scientifici, ha tuttora un effetto negativo sul paziente e nell'immaginario individuale e collettivo continua, di fatto, ad associarsi a significati di sofferenza fisica e psichica e di morte ineluttabile.

Nella società contemporanea i progressi scientifici hanno dato all'uomo l'illusione dell'"immortalità" e ciò ha creato un peggioramento della sua fragilità di fronte alla malattia e alla morte. Il medico viene investito della responsabilità di restituire la salute anche là dove non è più possibile ed il suo intervento viene sempre più analizzato in termini critici. Un altro dato da considerare è che **il modo con cui si comunica la verità può avere un impatto profondo non solo sul paziente e i parenti ma anche sui sanitari. Molti operatori sanitari, non avendo una formazione adeguata, trovano il processo stressante e affrontano con difficoltà le proprie emozioni. È compito dell'equipe curante decidere a chi spetta comunicare la verità al malato. La scelta sarà guidata sulla persona che ha instaurato un rapporto più stretto con lui e non su chi ha più competenze scientifiche.**

La verità da comunicare va, infatti, personalizzata e la personalizzazione implica un accompagnamento fatto di presenza e di fiducia. Il medico deve anche sftire e riordinare le informazioni che il paziente ha già ed evitare una "overdose" informativa, cioè dare sempre poche informazioni per volta. Le notizie andrebbero date con molta gradualità lasciando anche il tempo di assimilarle, metabolizzarle e comprenderne il significato.

Il colloquio con il paziente non può essere un atto unico ma una progressione nel tempo di incontri per dare una informazione graduale e permettere al malato di orientarsi, capire ed esprimere domande. Ma anche il medico deve orientarsi, capire la personalità del paziente e la sua emotività, identificare le persone di appoggio, indagare il grado di informazione e ripercorrere con il paziente le tappe della malattia. Chiedere e capire quanto il malato vuole sapere e procedere di conseguenza coinvolgendolo nella scelta dei trattamenti che di volta in volta si devono intraprendere. Le notizie andrebbero date in un luogo riservato e tranquillo ed il medico dovrebbe dedicare tempo al colloquio e rivolgere la sua attenzione solo al paziente. Il malato ed i suoi familiari sono spesso frastornati dalle notizie che diamo e, a volte, il nostro linguaggio è troppo tecnico e poco comprensibile e pertanto cercano spiegazioni da altre fonti.

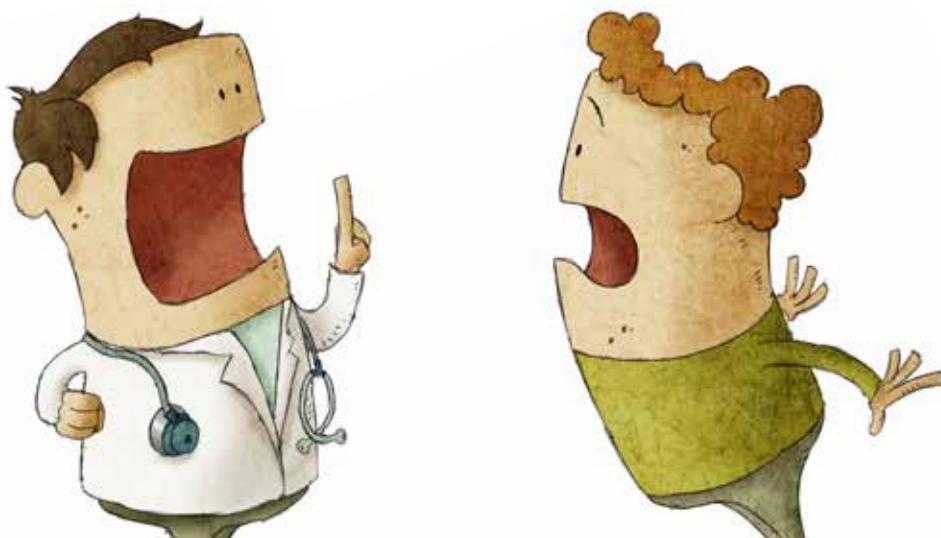
Verso la metà degli anni '90 nasce la medicina narrativa (*Narrative Based Medicine*) fondata dalla dottoressa Rita Charon della Facoltà di medicina della Columbia University di New York. La medicina narrativa risponde a quelli che potremmo chiamare 'bisogni invisibili' e che difficilmente la consueta pratica clinica riesce a vedere perché saturata da tempi di attesa, farmaci sperimentali, progetti aziendali.

Il medico dovrà con l'attenzione e l'ascolto comprendere i desideri e le aspettative del paziente ed individuare obiettivi raggiungibili con la terapia. Il Prof. Umberto Veronesi, su *La Stampa* del 31/5/10, scrisse: «La verità ha due aspetti: quello della diagnosi e quello della prognosi.

La diagnosi va comunicata sempre, anche se grave, infatti il malato potrebbe venire a conoscerla in altro modo e gli effetti psicologici sarebbero sicuramente peggiori. Per quanto riguarda invece la prognosi i dati si riferiscono alle statistiche ma, ben sappiamo, che ogni paziente è diverso dall'altro. Pertanto nessuno di noi potrà essere sicuro di quello che succederà a "quel paziente" affetto da "quella malattia". Non è giusto pertanto dare al paziente una prognosi perché in "quel paziente" l'evoluzione della malattia potrebbe seguire un iter diverso da quello che ci aspettiamo, inoltre l'affermazione di incurabilità è relativa al tempo e cioè subordinata a nuove scoperte terapeutiche...».



Il medico deve anche sfolire e riordinare le informazioni che il paziente ha già ed evitare una “overdose” informativa, cioè dare sempre poche informazioni per volta. Le notizie andrebbero date con molta gradualità lasciando anche il tempo di assimilarle, metabolizzarle e comprenderne il significato



Il principio etico per cui la persona ha il diritto alla gestione della propria salute e al consenso alle terapie trova il suo fondamento nella stessa dignità dell'uomo. **Dal punto di vista etico abbiamo due visioni: il pensiero laico liberale il quale, in tema di informazione al malato, sostiene che bisogna dare il massimo delle informazioni per garantire il massimo bene dell'individuo rispettando il principio di autonomia; il pensiero cattolico che sostiene invece la necessità di una verità personalizzata, cioè commisurata a colui che ne è destinatario, nel rispetto della capacità di accoglienza del malato stesso.** Si tratta cioè di individuare il “bene globale” del paziente (principio di beneficienza) che ci istruisce sul modo di comunicare la verità e sul suo stesso contenuto.

Il rispetto del principio di autonomia costituisce un imperativo etico, anche se non deve essere assolutizzato ma armonizzato con il rispetto del principio di beneficienza secondo il modello relazionale dell'alleanza terapeutica. Il da farsi andrebbe ricercato sulla base della saggezza pratica che ricerca il bene della persona nella singolarità del caso e giudica sulla base degli elementi raccolti.

Purtroppo, con poche rare eccezioni, durante il corso di Medicina, in Italia, non sono previsti momenti formativi specifici dedicati alla relazione medico-paziente e soprattutto alla comunicazione.

Sarebbe auspicabile pertanto un arricchimento dei corsi universitari verso l'apprendimento dei principi di base di una buona comunicazione ed una maggiore sensibilizzazione a tale problema da parte dei professionisti della salute, sempre in equilibrio tra “bisogno di linguaggi nuovi” e “scetticismo linguistico”.

Riferimenti bibliografici

Codice di Deontologia Medica (18.05.14):

art. 3 Doveri generali e competenze del medico

art. 20 Relazione di cura

art. 32 Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili

art. 33 Informazione e comunicazione con la persona assistita

art. 39 Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

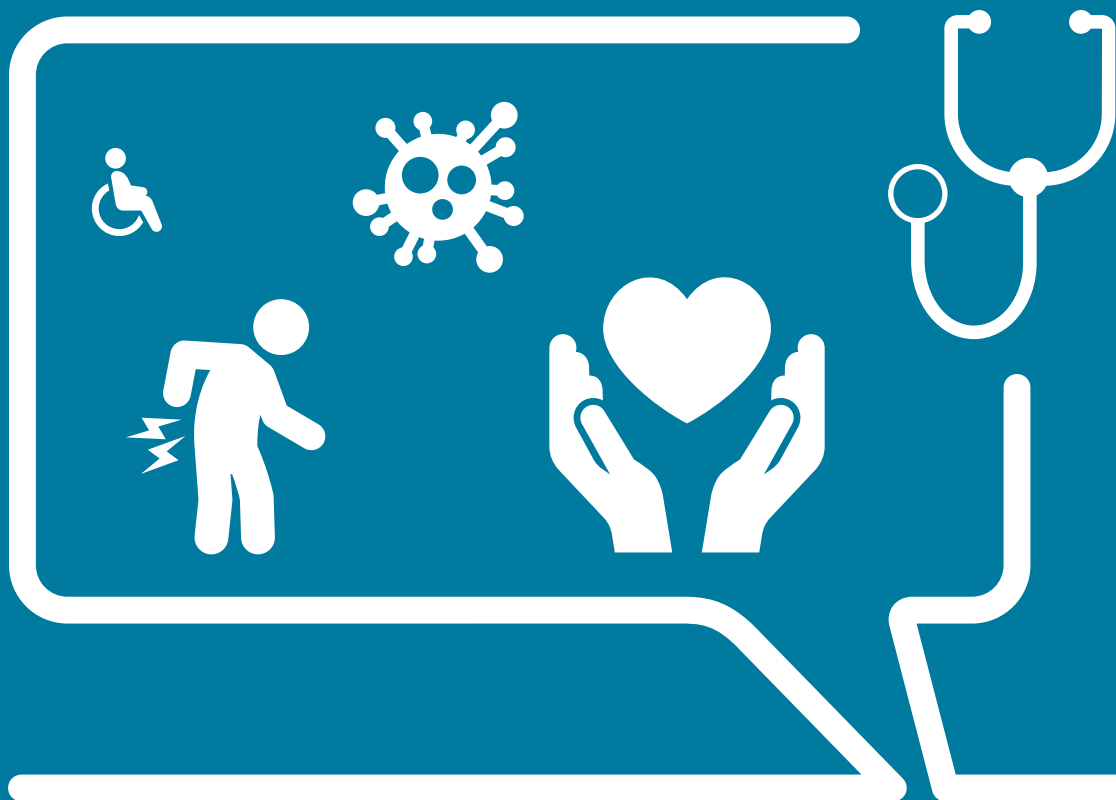
La verità e il consenso informato

Antonio Panti
Presidente OMCeO Firenze

L'articolo 33 del Codice Deontologico vigente impegna il medico a fornire al paziente "una informazione comprensibile ed esaustiva" su tutte le questioni collegate con il processo di cura. Il comma 2 dello stesso articolo ricorda al medico di "adeguare la comunicazione alla capacità di comprensione" del paziente. È evidente che nel primo comma si usa la parola "informazione" presumendo che di fatto sia possibile fornire tutte le notizie più attendibili, aggiornate, adeguate e complete sui problemi che il paziente ci offre. Al di là dei problemi, che la fisica ben conosce, relativi ai fenomeni distorsivi della trasmissione, si affaccia una questione di fondo: **le conoscenze che forniamo al paziente rappresentano la verità o esprimono semplicemente lo stato delle incertezze della scienza?** L'informazione su cognizioni probabilistiche in una situazione emotivamente fragile qual è la malattia, è di per sé difficile e fonte di un primo livello di incomprensione e anche di delusione da parte del paziente. Ma il secondo comma dell'articolo 33 correttamente inserisce il termine "informazione" in un processo comunicativo. La "comunicazione" presuppone una fonte emittente, un messaggio che attraversa un canale e un soggetto ricevente, che a sua volta elabora l'informazione e risponde, realizzando così un complesso processo in cui molti dati si perdono e i fraintendimenti sono facili. A ciò si supplisce con le capacità tecniche-relazionali del professionista e con l'empatia ma certamente tutto ciò rappresenta un secondo livello di difficoltà per affermare la veridicità dell'informazione scientifica.

Queste difficoltà sono aumentate negli ultimi decenni, perché il divario fra le complesse elaborazioni del ragionamento scientifico, che continuamente si evolve, e la costanza nel tempo delle emozioni umane, ancor più vive in quella condizione di ricerca di senso che è la malattia, aumenta e si fa drammatico. Ciò accade anche nei rapporti tra scienza e diritto, quando la Magistratura cerca di cristallizzare in categorie giuridiche la travolgente trasformazione concettuale della scienza medica. Quindi **il consenso informato, inteso come processo di trasmissione di notizie corrette al fine di garantire l'adesione consapevole del paziente alle cure, si fonda su basi filosofiche non molto stabili. Il che porta ad una radicalizzazione dei formalismi mentre le uniche garanzie di successo sul piano della compliance possono derivare soltanto da una reazione umana empatica e accogliente.** Allora si innesta una ulteriore difficoltà, pragmatica e importante, quella di poter concretamente considerare il tempo speso per la relazione col paziente come tempo di cura. **Chi scrive è del parere che il moderno contrattualismo medico dovrebbe, prima di ogni altra norma, recuperare il tempo per il rapporto col paziente.**

Queste difficoltà riguardano la relazione tra medico e paziente. Le difficoltà del consenso informato, cioè della corretta informazione per garantire una adesione consapevole alle soluzioni offerte dalla medicina, riguarda anche la collettività. Ad esempio l'informazione sui rischi ambientali si fonda spesso su modelli ma-



tematici previsionali difficilmente comprensibili e che certamente non rispondono alla richiesta di certezze posta dai cittadini. Si ha l'impressione che tutta questa materia riveli un gigantesco equivoco tra le illusioni della gente, colta o incolta che sia, sulle presunte o enfatizzate conquiste della scienza, mentre i medici sanno che, nonostante gli incredibili avanzamenti sul piano scientifico e tecnologico, la prassi medica è ancor legata a quella che, in un mirabile libretto scritto nel 1788, George Cabanis chiamava "quasi certezze". **La medicina, sosteneva Cabanis oltre due secoli or sono, può offrire gradi di certezza sempre incompleta.**

Altresì la definizione aristotelica di verità come "*adaequatio rei et intellectus*", viene ancora buona se il medico agisce con onestà intellettuale e con quell'umiltà che rende possibile calarsi nelle angosce del vissuto individuale e quindi rendere realmente comprensibile il messaggio. Qualcuno definisce la medicina come una prassi fondata sulla scienza che agisce su un mondo di valori. Il rispetto e la tolleranza sono tra questi e consentono di superare gli ostacoli del probabilismo e dell'incertezza sul piano della chiarezza e del mantenere in vita la speranza.

In conclusione il consenso informato deve essere vissuto come un processo nel rapporto di cura e non come una sorta di cesura tra la salute e un intervento clinico impegnativo. Ormai il medico ha capito che, nel difendersi delle gravi cronicità, la programmazione anticipata delle cure, che vuol prefigurare uno stadio finale della vita più sereno e meno sofferto, si fonda su una

continua rielaborazione e adeguamento della comunicazione e quindi del consenso. **In una vera alleanza terapeutica, il consenso informato non deve essere inteso come un atto unilaterale del paziente, ma come processo comunicativo di elaborazione consapevole della malattia, un agito professionale e umano di entrambi gli attori, il medico e il paziente.** Purtroppo la medicina moderna sembra allontanarci sempre di più da questi strumenti che non sono altro che la moderna rivisitazione dell'antico rapporto di cura già presente nel Giuramento di Ippocrate. **Da un lato la tecnologia sempre più sofisticata induce il medico a ritenersi una sorta di raffinato meccanico, capace di riparare qualsiasi macchina.** Le moderne conquiste della scienza e della tecnica ne fanno quasi un creatore di una diversa vita, che supera i confini biologici dell'uomo. **Dall'altro lato una burocrazia eccessiva e poco intelligente stringe il medico in una serie di adempimenti che ne condizionano il tempo e la disponibilità mentale.** È questa forse la maggiore sfida nei rapporti tra medicina e società e fra medico e pazienti.

L'impegno di tutti gli attori del sistema deve essere volto a superare questa condizione della medicina moderna, che rende poco sereno il lavoro del medico e allontana il paziente che resta insoddisfatto nonostante il risultato delle cure. Non è facile, ma dobbiamo affrontare questi temi della verità, dell'informazione, dell'adesione e del consenso, per ricostruire il ruolo umano ed efficace di una medicina al servizio dell'uomo.

Entra in distribuzione la **Cannabis FM2,** prodotta a scopo medico

dall'Istituto Farmaceutico Militare
È un fitocomplesso – non un farmaco – e la sua prescrittibilità risulta, per molti versi, più complessa di quella di un farmaco oppioide.

Molte sono le incertezze sui riflessi clinici legati all'uso di una sostanza attiva di origine vegetale a base di cannabis (i dosaggi, l'interazione con i farmaci, l'appropriatezza prescrittiva, durata del trattamento, ecc.). Ma la disponibilità del prodotto e l'attenzione mediatica faranno crescere la domanda e dovremo essere pronti a dare risposte precise.

Un evento formativo, programmato per il 16 giugno 2017 presso l'OMCeO di Torino, farà il punto sulle conoscenze sul tema.

Anna De Luca

Direttrice Struttura Complessa Terapia del Dolore e Cure Palliative

Azienda ospedaliero universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino

Coordinatrice Commissione Terapia del Dolore OMCeO Torino

"La Cannabis FM2? Non so se funziona, ma è un prodotto controllato e di qualità".

La considerazione non è mia, ma di un dirigente del Ministero che l'ha utilizzata in una presentazione in un convegno. La prendo a prestito perché mi pare assai utile per cercare di chiarire il posizionamento (l'uso e la sua prescrittibilità) di questo prodotto nel nuovo quadro normativo generato dalla recente legislazione, nazionale e regionale, sulla cannabis ad uso medico.

Non sappiamo se e come funziona. La Cannabis FM2 non è un farmaco, ma un fitocomplesso. Non vi è stato quindi il solito percorso di validazione attraverso trial clinici. Non conosciamo esattamente quali dosaggi

sono necessari per ottenere l'effetto desiderato nelle varie condizioni di prescrittibilità, né conosciamo esattamente gli effetti collaterali indesiderati, nel tempo, rispetto alle quantità di sostanza prescritta.

La cannabis viene utilizzata da migliaia di anni come erba terapeutica, ma solo recentemente è stata chiarita la base scientifica dei suoi effetti. Sono poche le esperienze cliniche per il suo utilizzo nelle patologie che la nuova normativa italiana indica.

Per i farmaci siamo in grado di gestire prescrizione, approvvigionamento, modalità di somministrazione, informazione e trattamento degli eventuali effetti collaterali, ma di fronte ad una infiorescenza che deve



CANNABIS AD USO MEDICO

Aspetti farmacologici, clinici e normativi

essere assunta in una forma precisa a seconda del preparato prescritto ammettiamo la nostra inesperienza. Diciamocelo: sono modeste le nostre competenze nella gestione di decotti, infusi, oli o prodotti da inalazione. I nostri pazienti particolarmente defedati difficilmente sono disponibili, nella pratica, ad assumere farmaci, in particolare per queste vie di somministrazione. Non parliamo dell'atteggiamento dei malati, fumatori abituali di cannabis ricreativa, di fronte alla prescrizione di un decotto.

FLUSSO INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DELLE PRESCRIZIONI DI CANNABIS PER USO MEDICO

Siamo un po' confusi di fronte ad una procedura di prescrizione di un preparato da una sostanza vegetale ad uso medico che supera persino quella di un farmaco convenzionale tenuto sotto monitoraggio dall'AIFA (Consenso informato, dati anonimi, codice alfanumerico assegnato ai pazienti, rimborsabilità, al momento,

solo per prescrizione specialistica e distribuzione attraverso i servizi farmaceutici delle ASL, ecc.).

IL NUOVO QUADRO NORMATIVO

La cannabis è diventata legale ad uso terapeutico nel 2013. Prima i prodotti derivati di cannabinoidi erano solo importati dall'estero. Dal 2013 è iniziata la preparazione magistrale della cannabis ad uso medico nelle farmacie, con importazione della materia prima. Con l'emanazione del Decreto del Ministro della Salute 9 novembre 2015 recante "Funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972", previa prescrizione di medico specialista o di medico di medicina generale, il paziente può accedere alla cannabis medica, limitatamente a sei aree di patologie:

- dolore da sclerosi multipla o lesioni del midollo spinale resistente alle terapie convenzionali ►

PROGRAMMA EVENTO FORMATIVO

16 giugno 2017 CANNABIS AD USO MEDICO

aspetti farmacologici, clinici e normativi

14.00 Accoglienza partecipanti

14.30-15.30 Aspetti farmacologici e tossicologici dei principi attivi cannabinoidi (Massimo Collino)

15.30-16.15 Il meccanismo d'azione: razionale d'uso nella terapia del dolore, la valutazione del paziente, le controindicazioni relative ed assolute, le avvertenze (Anna De Luca)

16.15-17.00 Cannabinoidi: effetti biologici ed implicazioni terapeutiche (Riccardo Torta)

17-17.30 Coffee break

17.30-19.30

Cannabis ad uso medico: analisi degli aspetti normativi e dei prodotti disponibili in commercio, delle modalità di allestimento e di dispensazione (**Paola Brusa**)

Le indicazioni per l'erogazione a carico del SSN (**Anna De Luca**)

Modalità prescrittive (**Paola Brusa, Guido Giustetto**)

Scheda raccolta dati dei pazienti trattati con cannabis (**Paola Crosasso**)

19.30-20.00 Domande ai docenti, compilazione questionario ECM

- dolore cronico il cui trattamento con antinfiammatori non steroidei o con farmaci cortisonici o oppioidi si sia rivelato inefficace
- effetto stimolante dell'appetito nella cachessia, anoressia, perdita dell'appetito in pazienti oncologici o affetti da Aids e nell'anoressia nervosa che non può essere ottenuto con trattamenti standard
- effetto ipotensivo nel glaucoma resistente alle terapie convenzionali
- riduzione dei movimenti involontari del corpo e facciali nella sindrome di Gilles de la Tourette che non può essere ottenuta con trattamenti standard
- effetto anticinetosico e antiemetico nella nausea e vomito causati da chemioterapia, radioterapia, terapie per HIV che non può essere ottenuto con trattamenti tradizionali

All'inizio del 2017 con l'avvio della distribuzione della Cannabis FM2, si è chiuso il ciclo avviato nel 2013 e sancito dalla legislazione del 2015. Dopo la fase "pilota" è iniziata, ora, la vera operatività dell'erogazione dei medicinali cannabinoidi a carico dei servizi sanitari regionali.

L'FM2: PRODOTTO CONTROLLATO E DI QUALITÀ

La Cannabis FM2 prodotta dallo Stabilimento Farmaceutico Militare di Firenze è costituita da infiorescenze femminili non fecondate, essiccate e macinate con granulometria inferiore a 4 mm, contenente precursori acidi del delta-9-tetraidrocannabinolo (THC) corrispondenti ad una percentuale di THC compresa tra il 5 e l'8% e del cannabidiolo (CBD) corrispondenti al 7,5-12%. Sono inoltre presenti in percentuale inferiore all'1% cannabigerolo, cannabicromene e tetraidrocannabinavarina.

La qualità microbiologica soddisfa i requisiti della Farmacopea europea per le sostanze e preparazioni non sterili per uso farmaceutico.

La documentazione tecnica del prodotto, redatta in accordo alla Direttiva 2001/83 e s.m.i. (Active Substance Master File, ASMF) è stata depositata presso l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Il prodotto Cannabis FM2 è la prima sostanza attiva a base di cannabis prodotta in Italia in conformità alle direttive europee in materia di medicinali (EU - GMP) su processo produttivo depositato e controllato, in una officina farmaceutica autorizzata dall'AIFA e la cui distribuzione è autorizzata dall'Organismo statale per la cannabis presso il Ministero della Salute.

La Cannabis FM2 è distribuita esclusivamente alle strutture sanitarie e farmacie che allestiscono la preparazione galenica magistrale secondo prescrizione medica. La prescrizione della Cannabis FM2 è assolutamente individuale e personale e non può essere donata o ceduta ad altri.

È SEMPRE IL MEDICO CHE DECIDE

È sempre il medico che decide se la cannabis possa essere o no una buona opzione di trattamento; se e quando prescriverla, definendo modalità di assunzione, posologia e tempi della sua titolazione.

Il Ministero raccomanda (DGDMF 12516, febbraio 2017): "In considerazione delle evidenze scientifiche fino ad ora prodotte, che dovranno essere aggiornate ogni due anni, si può affermare che l'uso medico della cannabis non può essere considerato una terapia propriamente detta, bensì un trattamento sintomatico di supporto ai trattamenti standard, quando questi ultimi non hanno prodotto gli effetti desiderati, o hanno provocato effetti secondari non tollerabili, o necessitano di incrementi posologici che potrebbero determinare la comparsa di effetti collaterali".

Detto in estrema sintesi i cannabinoidi non sono mai la prima scelta. Possono trovare applicazione allorché si è già espletato il percorso delle terapie convenzionali e si ha a disposizione una precisa va-

lutazione del paziente.

Come per ogni scelta terapeutica la decisione di prescrivere preparati a base di cannabis va condivisa con il paziente. È onere del medico prescrittore informare il paziente riguardo ai benefici e ai potenziali rischi dell'uso della cannabis e raccogliere il consenso informato scritto del paziente.

La normativa richiede altresì al medico di redarre periodicamente la Scheda Monitoraggio delle prescrizioni e quella sul Sistema di sorveglianza delle sospette reazioni avverse a prodotti di origine naturale (sistema di fitosorveglianza).

Abbiamo di fronte una nuova realtà tutta da esplorare. Se focalizzassimo alcune delle considerazioni sopra esposte, e non chiedessimo, a priori, alla sostanza vegetale cannabis di seguire il "percorso farmaco", potremmo soddisfare la domanda che viene dai nostri pazienti e nel contempo, attraverso gli studi clinici da più parti raccomandati e da noi auspicati, controllare l'efficacia e i costi delle nostre prescrizioni.

Riferimenti bibliografici

Decreto 9 novembre 2015, "Funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972.

[http://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/Decreto%20uso%20medico%20Cannabis%20\(GU%2030.11.2015\)%20.pdf](http://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/Decreto%20uso%20medico%20Cannabis%20(GU%2030.11.2015)%20.pdf)

Allegato tecnico al DM 9/11/2015

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Dispositivi%20medici%20e%20altri%20prodotti&area=sostanzeStupefacenti

Nell'ambito del progetto pilota per la produzione nazionale di sostanze e preparazioni di origine vegetale a base di cannabis, sono stati elaborati due documenti che forniscono informazioni utili per medici e farmacisti: "Sostanza vegetale cannabis - infiorescenze", documento approvato a novembre 2016 dal Gruppo di lavoro previsto dall'Accordo di collaborazione del Ministero della Salute e il Ministero della Difesa del 18 settembre 2014

<http://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/sost%20vegetale%20cannabis.pdf>

"Informazioni per la preparazione del decotto con Cannabis FM2 di accompagnamento al prodotto" (con aggiornamento a febbraio 2017), documento approvato a novembre 2016 dal Gruppo di lavoro previsto dall'Accordo di collaborazione del Ministero della Salute e il Ministero della Difesa del 18 settembre 2014

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pageAree_4589_listaFile_itemName_3_file.pdf

Legislazione regionale del Piemonte:

Legge Regionale n. 11 del 15 giugno 2015

<http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2015/24/attach/I201511san.pdf>

Deliberazione della Giunta Regionale 15 febbraio 2016, n. 24-2920, Indirizzi procedurali ed organizzativi per l'attuazione della Legge Regionale n. 11 del 15 giugno 2015 - Uso terapeutico della canapa.

http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2016/08/attach/dgr_02920_830_15022016.pdf

La medicina rigenerativa rappresenta il settore delle più recenti applicazioni scientifiche in campo medico. Il suo obiettivo è finalizzato alla restituzione delle funzioni e dell'integrità a parenchimi, tessuti ed organi irrimediabilmente danneggiati da malattie, traumi o dal semplice invecchiamento. Ha lo scopo di fornire all'organismo gli elementi utili a una riparazione in vivo, attraverso la ricerca ed il perfezionamento di sostituti e presidi di estrazione autologa in grado di stimolare le capacità proprie dell'organismo a rigenerarsi e a guarire sfruttando le possibilità autoriparatrici di cui è dotato autonomamente.



Emocomponenti per uso topico in medicina rigenerativa

Carmen Mortellaro

*Professore ordinario di Malattie Stomatologiche e Chirurgia Orale presso l'Università degli Studi del Piemonte Orientale
Presidente ANTHEC*

NUOVE POSSIBILITÀ DI CURA

Si tratta di una nuova filosofia di approccio alla malattia: la rigenerazione biologica, da parte del corpo del paziente, del tessuto o dell'organo danneggiato, anziché la sua sostituzione con una protesi o un trapianto. Questo nuovissimo settore delle biotecnologie rappresenta una rivoluzione in medicina e sta cambiando il volto alla sanità aprendo la strada a nuove possibilità di cura per i pazienti e ad una migliore qualità della loro vita.

Si studiano pertanto nuove modalità terapeutiche che includono, tra le altre cose, l'uso di molecole solubili come i fattori di crescita.

Il grande interesse per l'utilizzo topico delle piastrine, accompagnate o no da matrice fibrinica, quali fonte di fattori di crescita per lo stimolo alla riparazione tissutale, è nato e si è sviluppato da quando Robert E. Marx, un chirurgo maxillofacciale americano, pubblicò nel 1998 i primi risultati sull'accelerazione della crescita dell'osso mandibolare, ottenuta con l'aggiunta locale di concentrati piastrinici all'innesto di osso spugnoso. Da allora, numerose pubblicazioni hanno arricchito la letteratura internazionale sull'utilizzo topico degli emocomponenti e, oltre ai promettenti risultati, sono emerse nuove prospettive nell'ambito della medicina rigenerativa volte alla ricerca di una sinergia tra fattori di crescita piastrinici, cellule ematiche e tissutali. Tra le cellule ematiche, si è delineato in particolare il ruolo delle cellule staminali da sangue periferico, riscontrate a posteriori negli emocomponenti ottenuti mediante leuco-piastrinoafèresi, senza stimolazione del paziente, a prescindere da qualsiasi manipolazione estensiva.

L'emocomponente, concentrato piastrinico, nel sito di applicazione, funge da amplificatore del fisiologico processo di riparazione tissutale grazie alla sinergia fra i protagonisti cellulari e umorali della rigenerazione.

In tale importante processo il sangue, con il suo flusso continuo, è il tessuto che assume nuova veste e si pone come vero protagonista, estremamente versatile e determinante, capace di condizionare ed influenzare in modo significativo organi ed apparati. Il sangue raccoglie, infatti, informazioni da organi e tessuti per metterle a disposizione dell'intero organismo, in una sorta di networking. Informazioni che, opportunamente rielaborate, vanno ad agire sulle capacità riparative dei tessuti e sulla modulazione, sia a livello locale che sistemico, di stati infiammatori e degenerativi. ►

Le applicazioni cliniche degli emocomponenti a uso non trasfusionale per uso topico hanno oggi un ruolo importante in diverse discipline mediche. Il loro utilizzo risale agli anni '80, periodo in cui venivano impiegati come induttori di guarigione nelle ferite cutanee

I FATTORI DI CRESCITA

I fattori di crescita sono un gruppo di proteine che svolgono un ruolo importante nello stimolo alla divisione ed alla differenziazione cellulare in una vasta gamma di organismi, compresi insetti, anfibi e piante. Possono funzionare come stimolatori e/o inibitori della crescita, sono in grado di stimolare la migrazione delle cellule o inibirla, agire come agenti chemiotattici, modulare l'attività delle cellule coinvolte nella apoptosi, stimolare l'angiogenesi e promuovere la sopravvivenza delle cellule.

Alcuni esempi di fattori di crescita (GF= growth factor) sono: EGF, FGF, NGF, PDGF, VEGF, IGF, GM-CSF, G-CSF, TGF, Erythropoietin, TPO, BMP, HGF, GDF, MSF, SGF, GDF e altri ancora.

Ci sono diversi tipi di fattori di crescita, molti dei quali sono stati originariamente isolati dai tessuti di animali, compresi topi e bovini. Esempi di queste sostanze includono fattori di crescita insulino-simile (IGF-1, insuline-like growth factor o somatomedina), fattore di crescita epidermico, fattore di crescita nervoso. Un fattore di crescita che è ubiquitaria-mente distribuito in piante, animali e microrganismi è l'acido lipoico, che viene utilizzato nella fotosintesi e nel metabolismo glucidico e lipidico. Anche alcune citochine, piccole proteine rilasciate da una cellula a regolare la funzione di un'altra cellula, possono agire come fattori di crescita.

Molti fattori di crescita vengono utilizzati terapeuticamente. Ad esempio, l'eritropoietina, che stimola la crescita dei globuli rossi, è usato per trattare l'anemia associata a insufficienza renale cronica, chemioterapia e zidovudina (AZT), come terapia in pazienti affetti da AIDS.

Il fattore stimolante le colonie granulocitarie (G-CSF, filgrastim) e il fattore stimolante le colonie di granulociti-macrofagi (GM-CSF) sono utilizzati per stimolare la produzione di globuli bianchi nei pazienti oncologici. Questi agenti possono anche essere usati per mobilitare nella circolazione periferica le cellule ematopoietiche progenitrici (cellule staminali ematopoietiche), una popolazione cellulare CD34 positiva che può essere raccolta in aferesi e utilizzata per trapianto di midollo osseo.

APPLICAZIONI CLINICHE

Le applicazioni cliniche degli emocomponenti a uso non trasfusionale per uso topico hanno oggi un ruolo importante in diverse discipline mediche. Il loro utilizzo risale agli anni '80, periodo in cui venivano impiegati come induttori di guarigione nelle ferite cutanee sfruttando la spinta biostimolante dei fattori di crescita contenuta nei granuli delle piastrine.

Tra le branche mediche che più si avvalgono dell'utilizzo degli emocomponenti a uso non trasfusionale troviamo la chirurgia vascolare, l'ortopedia, la chirurgia plastica, l'oculistica, l'odontoiatria e, ultimamente, la medicina veterinaria.

In campo stomatologico il primo impiego è stato descritto nella preservazione dell'alveolo post estrattivo, essendo l'avulsione dentaria la procedura più diffusa e la vera responsabile delle atrofie ossee maxillo-mandibolari. I vantaggi che riusciamo a ottenere nello specifico sono: favorire il coagulo sanguigno, stimolare l'angiogenesi, potenziare la chemiotassi, indurre la formazione più rapida di tessuto connettivo neoformato.

Molto sviluppato è altresì l'uso in ortopedia con somministrazioni intrarticolari, nelle compagini muscolari e tendinee, con risultati più che soddisfacenti. In altre discipline come la medicina estetica, viceversa, sono applicate ancora in fase sperimentale, per tecniche rivitalizzanti del derma o come applicazione nel cuoio capelluto per l'alopecia areata e androgenetica.

La guarigione dell'alveolo post-estrattivo è un argomento di grande interesse scientifico: fin dal 1960 sono state analizzate le fasi di guarigione che si verificano a seguito di un'estrazione dentaria sia a livello istologico sia a livello istochimico. Oggi c'è un crescente interesse ai fenomeni di guarigione e alla conservazione dei tessuti perialveolari allo scopo di ottimizzare gli stessi per una futura riabilitazione impianto-protesica. A tal

Applicazioni cliniche:

chirurgia vascolare



ortopedia



chirurgia plastica



oculistica



odontoiatria



medicina veterinaria



Questo nuovissimo settore delle biotecnologie rappresenta una rivoluzione in medicina e sta cambiando il volto alla sanità aprendo la strada a nuove possibilità di cura per i pazienti e ad una migliore qualità della loro vita

proposito, nel 2011 è stata pubblicata una revisione sistematica della letteratura che ha dimostrato come l'utilizzo dei fattori di crescita contenuti nelle piastrine rappresentino una stimolazione supplementare a quella fisiologica utile all'accelerazione dei processi di guarigione.

Numerosi studi hanno inoltre dimostrato come i concentrati piastrinici riducano il sanguinamento post-estrattivo e promuovano la rigenerazione ossea e l'epitelizzazione, con un ridotto costo biologico ed economico per il paziente.

L'ottenimento di questi risultati ha reso fondamentale l'utilizzo dei concentrati piastrinici nei pazienti con patologie sistemiche: le loro proprietà biologiche permettono di arrivare a una buona guarigione anche se esistono dei deficit sistemici.

La validità dell'impiego del PRGF (concentrato piastrinico in plasma) come supporto alla chirurgia nei pazienti in terapia con bifosfonati, per esempio, si basa sul fatto che possa favorire i processi di guarigione laddove questi siano inibiti da tali farmaci.

La presenza dei fattori di crescita nel PRGF, che normalmente sono inibiti dai bifosfonati, rappresenta una stimolazione supplementare a quella fisiologica deficitaria per ottenere l'angiogenesi, la guarigione ossea e la guarigione mucosa. In aggiunta, si tratta di un prodotto completamente autologo, quindi biocompatibile e sicuro.

Per quanto riguarda l'impiego dei concentrati piastrinici nella chirurgia mucogengivale, i risultati sono buoni in molti casi ma ancora dibattuti in ambito scientifico. Gli obiettivi del trattamento delle recessioni dei tessuti molli gengivali sono la ricopertura della superficie radicolare fino alla giunzione amelocementizia e l'ottenimento di un aspetto clinico simile a quello dei denti adiacenti per quanto concerne il colore, l'andamento del contorno gengivale e la tessitura di superficie.

L'introduzione dei concentrati piastrinici nella terapia dei tessuti molli ha sicuramente cambiato anche le tempistiche di guarigione e ha agevolato l'approccio chirurgico di interventi come gli approfondimenti di fornici, le exeresi di fibromi sottoprotetici e l'escissione di neoformazioni benigne gengivali in cui vi sia esposizione periostale. Per il trattamento dei tessuti molli si sfruttano le proprietà biostimolanti e quelle fisico-chimiche dei concentrati piastrinici, in particolare la capacità di controllare l'emostasi e di proteggere la ferita chirurgica.



Cinque anni fa, al servizio della medicina rigenerativa è nata ANTHEC (Academy of Non Transfusional Hemo-Components, www.anthec.org) dall'idea di un gruppo di professionisti

appassionati alla materia, con l'intento di promuovere la conoscenza e l'impiego degli emocomponenti per uso non trasfusionale in tutte le branche della medicina e chirurgia, in odontoiatria e in medicina veterinaria.

Grazie alla partecipazione di biologi, medici, chirurghi, odontoiatri e veterinari, l'ANTHEC rappresenta oggi un punto d'incontro per professionisti di diversa formazione culturale ed esperienza professionale. Con il suo carattere multidisciplinare, l'Accademia ha

come obiettivo principale lo scambio di conoscenze tra ricercatori e professionisti di aree mediche differenti, con la finalità di promuovere la ricerca e lo sviluppo di protocolli clinici relativi all'impiego degli emocomponenti ad uso topico.

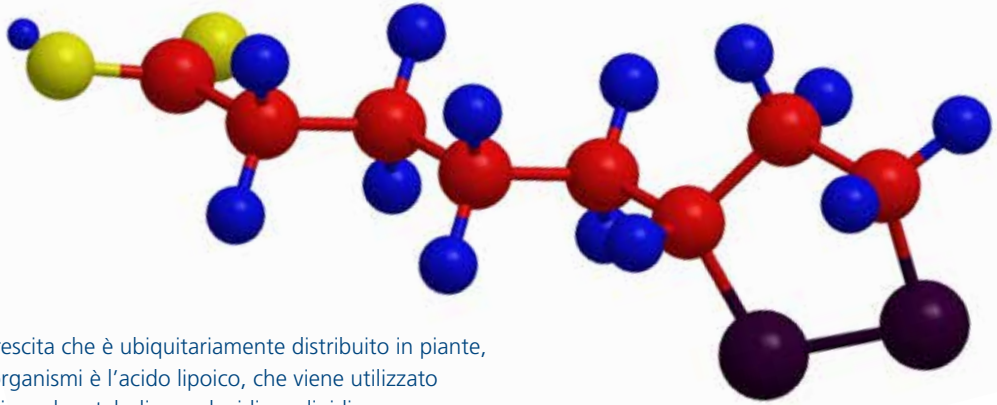
L'Accademia intende anche garantire una formazione adeguata e libera da vincoli commerciali per i professionisti delle diverse aree medico-veterinarie.

La presenza in ANTHEC di medici trasfusionisti arricchisce inoltre il patrimonio cognitivo dell'Accademia, integrando gli sforzi multidisciplinari per la promozione dei percorsi.

(Articolo pubblicato su Dental Tribune, all'indirizzo: http://www.dental-tribune.com/articles/news/italy/32782_gli_emocomponenti_per_luso_topico_in_medicina_rigenerativa.html)

Bibliografia

1. A. Brini, C. Ceci, S. Taschieri, C. Mortellaro, M. Del Fabbro, *Effect of an Activated Platelet Concentrate on Differentiated Cells Involved in Tissue Healing*, The Journal of craniofacial Effect of surgery 27(3), April 2016
2. Borzini P, Mazzucco L, Panizza R et al. *Randomized trial and local biological effect of autologous platelets used as adjuvant therapy for chronic venous leg ulcers*. J Vasc Surg 2004; 39:1146-47.
3. Caloprisco G, Barbone E, Borean A et al. *Local haemotherapy of chronic skin ulcers with leucocyte-platelet gel produced from blood components obtained with a cell separator*. Blood Transfus 2004; 2:44-54.
4. Caloprisco G, Borean A. *Chronic skin ulcers: a regenerative stimulation by topical haemotherapy*. Int J Artif Org 2004; 27:816-17.
5. Mazzucco L, Medici D, Serra M et al. *The use of autologous platelet gel to treat difficult-to-heal wounds: a pilot study*. Transfusion 2004; 44: 1013-18.
6. Virchenko O, Aspemberg P. *How can one platelet injection after tendon injury lead to a stronger tendon after 4 weeks*. Acta Orthop 2006; 77: 806-12.
7. Weibrich G, Hansen T, Kleis W et al. *Effect of platelet concentration in platelet-rich plasma on peri-implant bone regeneration*. Bone 2004; 34:665-71.
8. Giusti I, Rugghetti A, D'Ascenzo S et al. *Identification of an optimal concentration of platelet gel for promoting angiogenesis in human endothelial cells*. Transfusion 2009; 49:771-78.
9. M. Mozzati, C. Mortellaro, *Pol Surgical Treatment of Denture-Induced Fibrous Hyperplasia With Plasma Rich in Growth Factors*, Apr 2015, The Journal of craniofacial surgery
10. S. Panda, M. Sankari, C. Mortellaro, M. Del Fabbro, *Adjunctive Effect of Autologous Platelet-Rich Fibrin to Barrier Membrane in the Treatment of Periodontal Intra-bony Defect*, Apr 2016, The Journal of craniofacial surgery
11. Laurens N, Koolwijk P, De Maat MPM. *Fibrin structure and wound healing*. J Thromb Haemost 2006; 4: 932-9
12. S. Taschieri, S. Corbella, C. Mortellaro, M. Del Fabbro, *Maxillary Sinus Floor Elevation Using Platelet-Rich Plasma Combined With Either Biphasic Calcium Phosphate or Deproteinized Bovine Bone*, Apr 2016, The Journal of craniofacial surgery
13. A. Scarano, M. Ceccarelli, M. Marchetti, C. Mortellaro, *Soft Tissue Augmentation with Autologous Platelet Gel and α -TCP: A Histologic and Histometric Study in Mice*. JCFS July 2016
14. Greiling D, Clark RAF. *Fibronectin provides a conduit for fibroblast transmigration from collagenous stroma into fibrin clot provisional matrix*. J Cell Sci 1997; 110:861-70.
15. McClain SA, Simon M, Jones E, et al. *Mesenchymal cell activation is the rate-limiting step of granulation tissue induction*. Am J Pathol 1996; 149:1257-70.
16. Folkman J, D'Amore PA. *Blood vessel formation: what is its molecular basis?* Cell 1996; 87:1153- 5.
17. Iruela-Arispe ML, Dvorak HF. *Angiogenesis: a dynamic balance of stimulators and inhibitors*. Thromb Haemost 1997; 78:672-7.



Un fattore di crescita che è ubiquitariamente distribuito in piante, animali e microrganismi è l'acido lipoico, che viene utilizzato nella fotosintesi e nel metabolismo glucidico e lipidico.

18. Heldin CH, Westermark B. *Mechanism of action and in vivo role of platelet-derived growth factor*. Physiological Review 1999; 79:1283-300.
19. Baroni SS, Santillo M, Bevilacqua F, Lucchetti M, Spadoni T, et al. *Stimulatory autoantibodies to the PDGF receptor in systemic sclerosis*. New Engl J Med 2006; 354:2667-76.
20. Giacco F, Perruolo G, D'Agostino E, et al. *Thrombin-activated platelets induce proliferation of human skin fibroblasts by stimulating autocrine production of insulin-like growth factor-1*. FASEB J 2006; 20:2402
21. Zimmermann R, Jakubietz R, Strasser E et al: *Different preparation methods to obtain platelet components as a source of growth factors for local application*. Transfusion 2001; 41:1217-23.
22. Christman KL, Vardanian AJ, Fang Q et al. *Injectable fibrin scaffold improves cell transplant survival, reduces infarct expansion, and induces neovasculature formation in ischemic myocardium*. J Am Coll Cardiol 2004; 44: 654-60.
23. Rugheiti A, Gallo R, Caloprisco G et al. *Platelet gel: assays of three growth factors*. Blood Transfus 2006; 4:92-101.
24. Anghelina M, Krishnan P, Moldovan L et al. *Monocytes/macrophages cooperate with progenitor cells during neovascularization and tissue repair*. Am J Pathol 2006; 168: 529-41.
25. Cerruti FH, Kerkis I, Kerkis A et al. *Allogeneous bone grafts improved by bone marrow stem cells and platelet growth factors: Clinical case reports*. Artif Organs 2007; 31: 268-73.
26. Kasten P, Vogel J, Luginbuhl R et al. *Influence of platelet-rich plasma on osteogenic differentiation of mesenchymal stem cells and ectopic bone formation in calcium phosphate ceramics*. Cells Tissues Organs 2006; 183: 68-79.
27. Kocaoemer A, Kern S, Kluter H et al. *Human AB serum and thrombin-activated platelet-rich plasma are suitable alternatives to fetal calf serum for the expansion of mesenchymal stem cells from adipose tissue*. Stem Cells 2007; 24: 1270-8.
28. Zulaf-Shani A, Kachel E, Frenkel O et al. *Macrophage suspensions prepared from a blood unit for treatment of refractory human ulcers*. Transf Apheresis Sci 2004; 30:163-7.
29. Bensaid W, Triffitt JT, Blanchat C et al. *A biodegradable fibrin scaffold for mesenchymal stem cell transplantation*. Biomaterials 2003; 24: 2497- 502.
30. Marx RE, Carlson ER, Eichstaedt RM et al. *Platelet-rich plasma: Growth factor enhancement for bone grafts*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1998; 85 : 638-46.
31. G. Gallezio, M. Del Fabbro, C. Mortellaro, Mozzati. *Conservative Treatment With Plasma Rich in Growth Factors-Endoret for Osteoradionecrosis*, May 2015, The Journal of craniofacial surgery
32. M. Mozzati, V. Arata, C. Mortellaro, L. Bergamasco, *Failure Risk Estimates After Dental Implants Placement Associated With Plasma Rich in Growth Factor-Endoret in Osteoporotic Women Under Bisphosphonate Therapy*, May 2015, The Journal of craniofacial surgery
33. M. Giacomello, A. Giacomello, C. Mortellaro, M. Mozzati, *Temporomandibular Joint Disorders Treated With Articular Injection: The Effectiveness of Plasma Rich in Growth Factors-Endoret*, May 2015, The Journal of craniofacial surgery

Rassegna cinematografica bioetica e cinema

La **Commissione di Etica e Deontologia dell'OMCeO di Torino** ha organizzato una rassegna di film per approfondire, attraverso la visione cinematografica, alcuni degli aspetti più delicati e complessi che riguardano temi di etica, bioetica e deontologia.

La rassegna, il cui responsabile scientifico è la Dott.ssa **Maria Antonella Arras**, ha preso avvio il 3 aprile scorso e proseguirà, con un incontro mensile, fino a dicembre 2017.

Ogni proiezione ed è seguita da un dibattito guidato da un esperto e dà diritto all'acquisizione di **3,3 Crediti ECM**.

Villa Raby Corso Francia, 8 Torino

BIOETICA E CINEMA

APPROFONDIMENTI SU TEMI DI ETICA, BIOETICA E DEONTOLOGIA ATTRAVERSO LA VISIONE CINEMATOGRAFICA

Crediti ECM: 3,3 per ogni incontro

L'iniziativa è costituita da incontri mensili, accreditati ECM singolarmente, con la proiezione di film nelle seguenti date:

3 aprile:	<i>Invasioni Barbariche</i>	2003, Denys Arcand – <i>Esperto:</i> Dr.ssa Angioletta Calorio
8 maggio:	<i>Sì può fare</i>	2008, Giulio Manfredonia – <i>Esperto:</i> Dr. Vincenzo Villari
5 giugno:	<i>La custode di mia sorella</i>	2009, Nick Cassavetes – <i>Esperto:</i> Dr. Oscar Bertetto
3 luglio:	<i>Lo scafandro e la farfalla</i>	2007, Julian Schnabel – <i>Esperto:</i> Dr.ssa Daniela Leotta
18 settembre:	<i>Amour</i>	2012, Michael Haneke – <i>Esperto:</i> Dr.ssa Silvana Quadrino
9 ottobre:	<i>Mia madre</i>	2015, Nanni Moretti – <i>Esperto:</i> Dr.ssa Angioletta Calorio
6 novembre:	<i>Truman</i>	2015, Cesc Gay – <i>Esperto:</i> Dr.ssa Angioletta Calorio
4 dicembre:	<i>Still Alice</i>	2014, Glatzer e Westmoreland – <i>Esperto:</i> Dr.ssa Silvana Quadrino

PROGRAMMA

16.30 – 17.00 **Registrazione Partecipanti**

17.00 – 19.00 Proiezione del film

19.00 – 19.20 **Coffee Break**

19.20 – 20.30 Discussione sulle tematiche del film, con l'aiuto di un esperto

20.30 – 21.00 **Valutazione ai fini ECM**

Il corso è aperto anche a coloro che non fossero interessati ad avere i crediti ECM, che possono presentarsi direttamente in sede senza la preventiva iscrizione.

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Dr.ssa Maria Antonella ARRAS

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

OMCeO Torino - Tel. 011/5815103-104
corsi@omceo.to.it

Restituire curando

Il poliambulatorio dell'Arsenale della Pace di Torino

A cura di Maria Pia Bronzino

Direttrice ambulatorio medico SERMIG

L'Arsenale della Pace, sede del Sermig (www.sermig.org), sorge a Torino a Porta Palazzo tra le mura del vecchio arsenale militare. Simbolo della possibilità di trasformare "le armi in aratri" ha da sempre aperto le sue porte per dare risposte di speranza in questo difficile quartiere. Una di queste è il poliambulatorio Giovanni Paolo II, attivato nel 1989 per offrire sostegno sanitario a chi non era coperto dal SSN. Oggi, a causa della crisi in atto, ha aperto i suoi servizi anche a chi non ha i mezzi per le cure.

La sua aspirazione di privato sociale si traduce nell'esigenza di non essere supplente delle istituzioni, ma di svolgere un compito di sussidiarietà. Questo implica, nell'ottica di una maggior tutela della salute, la necessità di una collaborazione in particolare con la medicina di base, quindi un dialogo costante con i medici per semplificare i percorsi e poter offrire farmaci accessibili alle condizioni economiche degli assistiti.

Il centro medico è interamente gestito da personale volontario che, grazie alla disponibilità di una presenza quotidiana, garantisce l'apertura tutto l'anno. Sono medici, dentisti, infermieri, farmacisti, ottici che in questi 28 anni hanno permesso di erogare più di 200mila prestazioni. Questa disponibilità, che è restituzione di tempo e professionalità a chi è nel bisogno, diventa valore aggiunto per il quartiere e per la società.

I medicinali somministrati dai medici sono frutto di donazioni di privati, medici, aziende, organizzazioni religiose o di volontariato, farmacie, Banco Farmaceutico.

Il servizio è attualmente garantito da una sessantina di specialisti e dal 2015 si sono inseriti alcuni medici neolaureati in attesa di entrare nel mondo del lavoro.

Nel tempo sono aumentati gli specialisti che coprono vari settori della medicina (cardiologia; chirurgia generale; dermatologia; ematologia; fisiatria; gastroenterologia; ginecologia; neurologia; oculistica; ortopedia; otorinolaringoiatria; pediatria).

I pazienti stranieri continuano ad essere coloro che maggiormente affluiscono al poliambulatorio, ma aumenta il numero di italiani che usufruiscono soprattutto di cure odontoiatriche e fornitura di medicine non mutuabili e di occhiali. Nel 2016 le cinque nazioni più rappresentate sono state Marocco con il 36,60%, Nigeria (18,10%), Pakistan (6,65%), Italia (6,10%), Romania (5,13%).

Per far bene il bene si è negli anni costruita una rete con alcuni servizi pubblici e privati per offrire più risposte agli utenti e condividere l'esperienza: Banco farmaceutico; CPO; Coordinamento odontoiatria sociale; Cute Project; M.I.S.A; Parole in



movimento (Circoscrizione 7); SISM; studenti infermieri Cottolengo; studenti infermieri San Luigi. Tali collaborazioni permettono di avvicinare anche le persone che trovano difficoltà nel seguire un percorso sanitario.

Emblematico è il **Coordinamento Odontoiatria Sociale**, ultima nata tra le **collaborazioni con il servizio pubblico**. È una rete che mette in sinergia i servizi dentistici volontari e la Città di Torino. È finalizzata ad offrire le prevenzione, cura odontoiatrica od ortodontica ai minori in affidamento e sta ampliando l'opportunità di cura anche agli adulti in difficoltà.

Gli **studenti dell'Università di Medicina e Chirurgia**, tramite il Progetto Ambulatorio, frequentano il nostro centro affiancandosi ai medici volontari e iniziando quindi un'esperienza ritenuta molto valida per il loro futuro professionale.

Il Poliambulatorio del Sermig continua la sua opera con gratitudine per le collaborazioni in corso che ne hanno arricchito il servizio. Ha sempre le porte aperte per accogliere contributi di idee e di percorsi comuni, soprattutto con i professionisti della salute, con l'obiettivo di migliorare le opportunità di sostegno a chi è nel bisogno.

Per contatti: poliambulatorio@sermig.org

Nel **2016**,
nazioni più rappresentate

Marocco 36,60%

Nigeria 18,10%

Pakistan 6,65%

Italia 6,10%

Romania 5,13%



I due preti

Giuliano Maggi

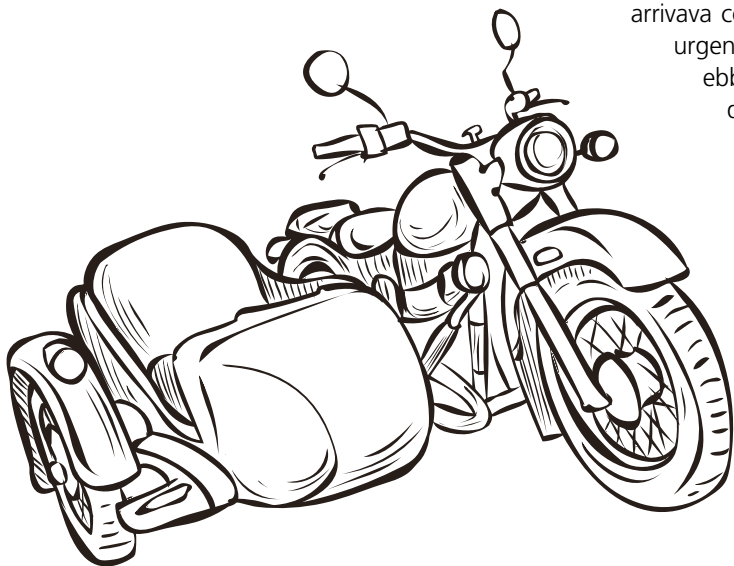
Nel periodo della guerra partigiana mio padre, chirurgo a Cuorné, dovette curare tutti i belligeranti che si combatterono nel Canavese in quei terribili mesi. Ogni tanto avvenivano imboscate, rastrellamenti o rappresaglie con morti e feriti da ambo le parti. Tra coloro che raccoglievano i feriti dopo i combattimenti, vi erano due preti, parroci in paesi del circondario, che non esitavano a rischiare la pelle per raccattare morti o feriti mentre ancora fischiaavano le pallottole. Io ero ragazzino e li ho conosciuti entrambi, perché quei due venivano a casa nostra a cercare mio padre a ogni ora del giorno e della notte; si chiamavano don Scapin e don Capace e non so se quello fosse il loro vero nome o un soprannome.

Don Scapin aveva un volto affilato con un gran naso aquilino e sembrava Toro Seduto, il capo pellerossa dei miei libri di avventure, e io me lo immaginavo con le piume intorno alla testa e la scure in mano; aveva una vecchia auto la cui carrozzeria era stata tagliata, sostituendo la parte posteriore con un cassone di legno, nel quale stendeva morti e feriti. Non riuscirono mai a fregargli quell'auto, perché lui toglieva lo spinterogeno e non lo consegnò mai, anche se minacciato con le armi.

Don Capace era un omone alto quasi due metri con una faccia da pugile e delle manone che sembravano due badili; si diceva che avesse preso a calci sia un soldato tedesco sia un partigiano che volevano impedirgli di soccorrere un caduto della parte avversa e nessuno dei due osò sparare a quell'energumeno che tirava calci come un mulo. Don Capace aveva una motocicletta militare col side-car scovata chissà dove e quando il side-car si sfasciò lo sostituì con un carretto a ruote gommate, fissato alla moto con una catena, nel quale cacciava i feriti; con quel mezzo insolito e traballante andava a tutta velocità con la tonaca svolazzante e un cappello da prete con sopra cucita una croce rossa. Ai posti di blocco nessuno osò mai fermare quel pretone su quello strano veicolo che non si fermava agli alti e nessuno riuscì mai a sequestrarglielo, perché solo lui riusciva a far partire quel motore terribile.

Più volte mio padre dovette seguire uno dei due preti sui loro mezzi di trasporto per andare a curare in montagna partigiani feriti intrasportabili e poi raccontava le sue impressioni su quei viaggi. Una volta, sulla moto col carretto, ebbe la sensazione di uscire fuori strada ad ogni curva, mentre urlava inutilmente al prete di rallentare, e sull'auto dell'altro era sicuro di aver provato le stesse emozioni di Nuvolari alle mille miglia.

Mio padre divenne amico di quei due preti e quando uno di essi arrivava con dei feriti, dopo aver provveduto alle cure più urgenti, lo invitava a pranzo o a cena a casa nostra dove ebbi modo di conoscerli; mia madre li rifocillava e quelli avevano sempre una fame da lupi. Non so che fine abbiano fatto dopo la fine della guerra e come o dove siano tornati alla normalità. Certamente furono due uomini coraggiosi e sprezzanti del pericolo... così come mio padre che salì sui loro mezzi di trasporto poco affidabili e guidati in modo spericolato!





La **NEWSLETTER FNOMCeO** per gli iscritti

LETTERATURA BIOMEDICA E BANCHE DATI

Che cos'è una banca dati? Quali risorse mette a disposizione, nell'ambito della letteratura bio-medica? Quali sono i criteri di ricerca più utili ed efficaci? Come si accede ai full text?

La serie di 'post' che arriveranno agli iscritti attraverso la Newsletter FNOMCeO dedicata è innanzitutto un'occasione di approfondimento: per rispondere alle domande più frequenti, a partire dalle questioni preliminari fino agli interrogativi pratici che gli utenti hanno posto in questi mesi al servizio di assistenza organizzato dalla FNOMCeO.

Questa iniziativa è inoltre uno stimolo alla curiosità e al coinvolgimento degli iscritti, oltre che un servizio implementabile. Per questo i testi avranno uno stile semplice e saranno corredati da link intertestuali, così che la lettura sia veloce e utile.

Team di supporto FNOMCeO per EBSCO

1	Che cosa sono le banche dati	19 aprile
2	Che cosa sono Medline e PubMed	27 aprile
3	Gli articoli medico-scientifici: tipologie, pubblicazione e ricerca	3 maggio
4	Che cosa sono i MeSH	10 maggio
5	Ancora MeSH: i subjects headings e i major topics	17 maggio
6	Approfondire la ricerca a partire da un articolo	24 maggio
7	Creare un alert basato su una ricerca	31 maggio
8	Cos'è una revisione sistematica	7 giugno
9	Cos'è la Cochrane (progetto, gruppi di revisione)	14 giugno





L'edizione 2017 (26-28 aprile) è stata promossa dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, dall'Ordine degli Architetti di Torino, dall'Ordine degli Ingegneri di Torino, dall'Ordine degli Psicologi del Piemonte; 4 Ordini professionali seduti allo stesso tavolo con l'obiettivo di favorire un confronto multidisciplinare e integrato sui temi della sicurezza e della prevenzione. Il forum è organizzato a cura della Fondazione per l'architettura / Torino, in collaborazione con la Fondazione Ordine degli Ingegneri di Torino. Tutti gli aggiornamenti e gli approfondimenti a questo link: <http://forumsicurezza2017.oato.it/>



“VILLE AUGUSTA”

CASA DI CURA PRIVATA MALATTIE NERVOSE

Direttore Sanitario: *Dott. Enzo Soldano*
Specialista in Neurologia

CONVENZIONATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
ACCREDITATA DALLA REGIONE PIEMONTE
(D.G.R. 91-6718 del 3/8/2007)

“VILLE AUGUSTA” s.r.l.

10090 BRUINO (TO), Via Pinerolo-Susa 15
Tel.: 011 90.87.141/42/43 - Fax 011 90.86.264
e-mail: villeaugusta1@libero.it



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana



MEYER
Servizio
Sanitario
della
Toscana



DAMMI UN VACCINO

La vaccinazione previene malattie che possono essere anche mortali o invalidanti. È un atto di responsabilità verso i bambini. Parlane con il tuo pediatra.
www.regione.toscana.it/vaccinazioni



Ascolta
il consiglio
del tuo medico.

VACCINATI!

Iniziativa promossa da



ORDINE REGIONALE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DENTISTI COOPERATIVI
E ASSOCIATI

Con il patrocinio



www.omceoco.it

011-8181

la Cerimonia Funebre a Torino



GIUBILEO

www.giubileo.com

NUOVA JEEP® COMPASS.

IL SUV PIU' ATTESO DELL'ANNO.



SCOPRILA IN ANTEPRIMA DA SPAZIO
con un'esperienza interattiva
di realtà aumentata basata
sulla piattaforma Tango di Google.



Jeep®

TI ASPETTIAMO NELLE NOSTRE NUOVE SEDI

SPAZIO

CONCESSIONARIA UFFICIALE JEEP

TORINO

Via Ala di Stura, 84 - Tel. 011 22 51 711
Corso Valdocco, 19 - Tel. 011 52 11 453

MONCALIERI

C.so Savona, 10 - Tel. 011 64 04 840
Seguici su:   www.jeep.spaziogroup.com