



TORINO

anno XXX
numero 4
2019

comunicazione
informazione
formazione

MEDICA

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



“

Se vi è una magia su questo pianeta,
è contenuta nell'acqua.

(Loren Eiseley)

”



Acqua Lauretana, di fonte montana, ha origine in un territorio incontaminato. Lauretana è l'acqua più leggera d'Europa e con **solo 14 mg/litro di residuo fisso**, favorisce un'elevata diuresi, aiutando l'organismo ad eliminare i residui del metabolismo come urea e creatinina. Lauretana con le sue proprietà uniche è destinata al consumo quotidiano e dedicata al benessere di tutta la famiglia.

LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

14

residuo fisso in mg/l

1,0

sodio in mg/l

0,55

durezza in °f



Segui la leggerezza
www.lauretana.com

Sommario

numero 4_2019

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

4 tribuna
Il discorso del presidente Guido Giustetto ai giovani medici alla cerimonia del Giuramento professionale di ottobre a cura di RTM

7 editoriale
Tutta colpa di internet?
Guido Giustetto

9 focus
Fake news in sanità

10 Falsi miti in neurologia
Leonardo Lopiano,
Adriano Chiò,
Alberto Marchet,
Andrea Calvo

18 Cosa bolle in pentola?
Pietro Arina,
Eleonora Galmozzi

21 I pericoli di Dottor Web (per malati e medici reali)
Diego Pavesio

25 Il limone sbianca i denti: vero o falso?
Patrizia Biancucci

30 Il valore della trasparenza e della verità
Fabio Ambrosino -
Il Pensiero Scientifico Editore

36 Cialtrone sarà lei!
Perché nessuno è immune dagli scherzi della mente
Sergio Della Sala

38 speciale
Dottore, ma è vero che...?
Intervista con Alessandro Conte, coordinatore del progetto, e con i collaboratori e gli autori del sito "dottoremaeveroche.it"

50 notizie, dibattiti, approfondimenti
Infezione da *Helicobacter Pylori* e Dispepsia in Nigeria
Rinaldo Pellicano

52 Prevenzione Serena
Livia Giordano,
Roberta Castagno,
Elisa Camussi,
Antonio Ponti,
Paola Armaroli,
Carlo Senore

59 Il Caffè Basaglia è chiuso
Ugo Zamburru

62 congressi
6° CORSO A.O.G.O.I.
5° TURIN IAN DONALD COURSE
Test di screening e di diagnosi prenatale: quali e quando

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

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
Maria Antonella ARRAS
Domenico BERTERO
Tiziana BORSATTI

Emilio CHIODO
Riccardo FALETTI

Carlo FRANCO
Ivana GARIONE

Fernando MUIÀ
Aldo MOZZONE
Renato TURRA

Roberto VENESIA
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Vincenzo Michele CRUPI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)

Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente
Patrizia BIANCUCCI
Claudio BRUCCO
Vincenzo Michele CRUPI
Bartolomeo GRIFFA

Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Daniela Angela DELLAPIANA
Angelica SALVADORI
Sebastiano ROSA Supplente

TORINO MEDICA
Direttore: Guido Giustetto
Direttore responsabile:
Mario Nejrotti

Progettazione e
supervisione: Rosa Revellino

Coordinamento
redazionale: Noemi Urso

Redazione: Luca Nejrotti,
Laura Tonon (Il Pensiero
Scientifico editore)

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

Il discorso del presidente Guido Giustetto

AI GIOVANI MEDICI ALLA CERIMONIA DEL GIURAMENTO PROFESSIONALE DI OTTOBRE

a cura di RTM

Do il mio benvenuto ai giovani che si apprestano al giuramento professionale e anche alle numerose persone che sono presenti, amici, conoscenti, familiari in particolare che si sono assunti in questi anni l'impegno, non solo economico, di far arrivare un figlio alla laurea in medicina.

Considero questo incontro la più rilevante tra tutte le attività istituzionali del nostro Ordine: l'accoglienza dei nuovi colleghi nella nostra comunità professionale. In questo modo noi vogliamo trasmettere, consegnare al futuro che voi rappresentate, i nostri principi etici, le nostre regole deontologiche, rendere vivi ancora oggi quei valori millenari che – seppur aggiornati nel tempo – costituiscono le radici profonde della nostra professione.

Una professione unica, affascinante, una fra le più belle se non la più bella. Ma molto difficile perché tocca l'intimità delle persone e quindi richiede delicatezza e attenzione: cioè una responsabilità verso l'essere umano che probabilmente è più alta rispetto a tutte le altre professioni che si possono svolgere.

La maggior parte di voi, dopo gli studi specialistici, entrerà a far parte del Sistema sanitario nazionale. Noi viviamo in un Paese con un sistema sanitario nazionale eccellente e la nostra regione si colloca ai primi posti per risultati di salute. Ma negli ultimi anni abbiamo assistito a un disinvestimento finanziario e politico da parte dello Stato sulla salute dei cittadini. Voi sapete che, per diversi anni, il fondo sanitario nazionale è stato fermo intorno ai 114 miliardi di euro (per il prossimo anno si parla di aumentarlo di 2 miliardi) ma, mentre questo rimane fermo, i costi e le esigenze delle persone aumentano. Quindi, a fronte di un incremento del fabbisogno, il finanziamento risulta inadeguato. Man mano che le esigenze di salute crescono, si amplia questo iato, questa dicotomia tra la disponibilità e le necessità.

Oltre all'ipertrofia delle liste d'attesa di cui sempre si parla, una delle conseguenze del definanziamento, che vi riguarda più da vicino, è la carenza di posti in specialità, per cui a un giovane che si laurea in medicina incredibilmente non è garantito il proseguimento degli studi, condizione indispensabile per lavorare. Bisogna sempre tenere presente che la formazione dei 1500 laureati in Italia che ogni anno vanno a specializzarsi all'estero (e non ritornano) è già costata allo Stato, nei precedenti 6 anni, 225 milioni di euro, che regaliamo a Francia, Germania, Gran Bretagna.

Va anche detto che spesso osserviamo una sovraofferta di servizi: molti studi ci dicono che, probabilmente, il 30% di accertamenti e terapie che noi offriamo ai nostri pazienti è sovrabbondante, nel senso che potrebbe non essere fatto senza influire negativamente sulla loro salute.

Quindi dobbiamo anche stare attenti all'uso delle risorse perché, per converso, ci sono delle fasce di persone più deboli alle quali il servizio sanitario non offre tutto ciò che occorre. Di qui il problema di ribilanciare questa offerta in certi casi eccessiva verso le carenze evidenti su altri versanti. D'altra parte, si deve sottolineare uno sbilanciamento importante, un vulnus che nei prossimi anni potrebbe acuirsi, tra la medicina ospedaliera e la medicina territoriale sulla quale gli investimenti sono tutt'ora insuffi-



cienti; un'altra criticità è la frattura fra il settore della diagnosi e della terapia e quello della prevenzione, soprattutto la prevenzione primaria, la prevenzione ambientale, la correzione degli stili di vita dei cittadini: un aspetto determinante per la salute di tutte le persone.

Detto ciò, credo che il nostro sistema sanitario sia comunque una grande conquista, pur non negando le difficoltà che possiamo incontrare, i condizionamenti e i limiti alla nostra attività.

Il superarli è certamente merito dei medici che lavorano con vera abnegazione: si calcola che ogni anno i colleghi ospedalieri regalino allo Stato 15 milioni di ore di straordinario non retribuite (per un valore di circa 500 milioni di euro).

Credo che, in questo contesto, per lavorare con soddisfazione voi dobbiate investire sul rapporto con i vostri pazienti. Questo è il punto forte dell'essere medico: la presa in carico e la relazione che si instaura con il malato.

Una relazione buona non è sempre facile e non sempre si riesce ad averla. Però è fondamentale avere rispetto delle opinioni del paziente, in base alla sua cultura, alla provenienza e alle credenze.

Non solo. Bisogna rispettare anche i suoi obiettivi che potrebbero non coincidere con i nostri. Quando curiamo dobbiamo quindi tenere conto di come la malattia si inserisce nella vita quotidiana, di come ne modifica scenari e priorità.

Noi spesso pensiamo che la miglior cura che possiamo dare a un paziente, quella che per noi è tale, sia per forza la migliore in assoluto. Dobbiamo invece tener conto che i pazienti hanno una serie di altri obiettivi nella loro vita e che spesso la condizione di malattia stravolge tutti gli equilibri. Dobbiamo essere molto attenti a queste dinamiche. Naturalmente, dobbiamo avere a disposizione del tempo, non solo per parlare ma anche per ascoltare. E il tempo è sempre meno, compresso da troppe visite, carichi amministrativi, tempari rigidi.

Ma sappiamo anche che la nostra tendenza è quella di interrompere l'interlocutore troppo spesso, circa dopo undici secondi. Eppure uno studio dice che il nostro timore nei confronti di quei pazienti che ci inondano di parole è abbastanza infondato perché, quando si lascia un paziente libero di parlare, dopo circa due minuti ha esposto tutto ciò che voleva dire e si ferma da solo. Allora, proviamo a lasciare il tempo opportuno per raccontare una storia, descrivere una condizione o una sensazione. E facciamo attenzione anche alla nostra comunicazione non verbale che spesso ci porta a guardare il computer, per prendere appunti o inserire dati amministrativi, senza guardare la persona in viso.

Ma aggiungo ancora un aspetto. Credo che forse il momento più interessante in cui avviene la vera comunicazione con il paziente non sia la parola, non sia l'informazione, ma sia la visita. La comunicazione principale passa attraverso il contatto fisico. Non so se vi capita qualche volta di guardare negli occhi un paziente mentre lo state visitando, non dico quando gli palpate l'addome per capire se ha male o no, ma quando fate qualcosa per cui non avete bisogno di un riscontro del suo sguardo, ma lo guardate solo per amore verso di lui, per vedere che cosa sta provando; allora per esempio quando auscultate il cuore, se lo guardate negli occhi, in quel momento create una relazione molto più intensa di tutte le parole che potreste dire.

Voi – freschi di studi scientifici e portati forse di più all'indagine strumentale – mi direte che, per esempio, auscultare le carotidi con il fonendoscopio non ha l'efficacia di un ecodoppler; ricordatevi però che per il paziente è esattamente l'opposto: si sentirà preso in cura se è una persona quella che lo visita e non una sonda. Essere empatici significa anche essere solidali, accoglienti, vicini. Un paziente perdonerà quasi sempre un errore se la vostra relazione è buona, perdonerà più difficilmente se non si è sentito considerato come persona. Il rispetto per il paziente non significa aderire completamente al suo punto di vista, alle sue richieste ma offrire il nostro pensiero senza condizionamenti, avendo come unico fine la sua salute.

Voglio terminare leggendovi due brani molto brevi, a proposito di come in medicina la tecnologia prende il posto della relazione medico-paziente.

“Perché i medici non toccano più i pazienti? Avendo il privilegio di frequentare cliniche presso il Servizio sanitario nazionale del Regno Unito quasi ogni settimana da marzo di quest'anno, posso dire onestamente che in nessun momento nessun medico, chirurgo o anestesista ha mai fatto nulla che si avvicinasse a un esame obiettivo”. Chi si pone questa domanda è il direttore del Lancet, Richard Horton. Prosegue specificando che “nella pratica odierna della medicina contemporanea l'esame obiettivo sembra essere diventato un anacronismo, qualcosa di clinicamente residuale.”

“Per molti aspetti dovremmo rallegrarci. Ho attraversato un percorso fatto di risonanze magnetiche e PET-CT con contrasto, sono stato sottoposto a numerosi elettrocardiogrammi, esami ecografici ed ecocardiogrammi, sono stato perforato da aghi per biopsia e ho atteso in file interminabili che le provette si riempissero di sangue. Che bisogno c'è dei dottori? La precisione della moderna medicina tecnologica trionfa su tutto ciò che i nostri imperfetti sensi possono rilevare.”

La conseguenza è che tra medico e paziente “non c'è contatto. Anzi, il contrario. Separazione assoluta”. Ma il contatto fisico non è solo utile a raccogliere elementi per la diagnosi. È la dichiarazione di una vicinanza, di un'alleanza, ed esprime la volontà di accompagnare il paziente ovunque la malattia lo possa condurre.

Abraham Verghese (internista alla Stanford University) afferma in un articolo pubblicato qualche anno fa da *Health Affairs*: “Sebbene i nostri studenti di medicina abbiano speso un sacco di soldi nel loro primo anno di corso per acquistare stetoscopi, martelletti, oftalmoscopi, otoscopi e anche se imparano i diversi passaggi dell'esame fisico e si esercitano l'uno con l'altro per due anni, quando effettivamente arrivano nei reparti al terzo anno, sembrano sorpresi. Scoprono che la vera attività in ospedale ruota attorno al computer e consiste nell'ottenere i risultati dall'imaging, ricevere i referti e i risultati di laboratorio. L'unico strumento che hanno con loro è lo stetoscopio, che è più un distintivo di classe che un ausilio diagnostico. Un antropologo che cammina nei nostri ospedali negli Stati Uniti potrebbe pensare (sulla base di dove i medici trascorrono più tempo) che il vero paziente è il computer, mentre la persona nel letto è una sorta di segnaposto per il vero paziente”.

Perché avviene questa delega alle macchine e alla tecnologia? Perché abbiamo paura dell'incertezza. Tutti noi razionalmente sappiamo che l'incertezza esiste, ma siamo spinti ogni volta a pensare che in quel particolare caso che stiamo esaminando ci sia una soluzione certa. Ci sembra necessario etichettare bianco o nero una scala di grigi con l'ossessione di trovare la giusta risposta attraverso l'impoverimento del processo iterativo ed evolutivo del ragionamento clinico.

Ed è comprensibile: essere incerti ci fa sentire vulnerabili, ci fa sentire la paura di cosa c'è oltre e di ciò che non abbiamo pre-visto. Dichiarare l'incertezza non è accettare l'ignoranza, è non mascherare una sicurezza apparente. Le scelte mediche si fanno su dati imperfetti e conoscenze limitate. I colleghi che mal si adattano all'incertezza sono più stressati, richiedono più esami con aumento del rischio di falsi positivi, chiudono troppo presto il processo decisionale e passano più tempo davanti a un monitor che accanto a un paziente.

Nella realtà il medico lavora per la maggior parte delle volte nell'area dei grigi, dove è più importante la relazione medico-paziente.

Allora meno medicina e più cura?

Tanti auguri per una vita professionale piena a tutte e a tutti.



Tutta colpa di internet?

Guido Giustetto

Presidente OMCEO Torino

Noi medici proviamo diffidenza e inquietudine quando un nostro paziente ci dice di aver trovato per conto suo informazioni utili per la sua malattia o per la sua salute

Un paziente informato è in grado di prendere con maggior consapevolezza decisioni responsabili e ben meditate; questa è la base per realizzare veramente l'alleanza terapeutica, superando il paternalismo medico.

Anche il nostro codice di deontologia del 2014, trattando all'articolo 20 della relazione di cura, dice che tra medico e paziente vi deve essere condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Autonomia che principalmente si basa sull'informazione che dà il medico, ma che può anche essere rintracciata in maniera indipendente dal paziente. Il principio di autonomia è strettamente legato al diritto del malato all'autodeterminazione sancito nel 1948 con la dichiarazione di Ginevra.

La legge 219/2017 sul consenso informato unisce questi due principi e dichiara nelle prime righe di voler tutelare il diritto all'autodeterminazione della persona e valorizzare "la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico".

Fin qui la teoria.

Ma nella realtà... noi medici proviamo diffidenza e inquietudine quando un nostro paziente ci dice di aver trovato per conto suo informazioni utili per la sua malattia o per la sua salute, tanto più quando queste sono in contrasto con le nostre convinzioni. È un po' come se in quel momento una terza presenza non gradita, indefinita e sfuggente, incombesse e interferisse nella nostra relazione a due.

Perché questo disagio? È un residuo di paternalismo? Non crediamo veramente nel diritto per il paziente di decidere quello che a lui appare la scelta migliore? Nella maggior parte dei casi è una preoccupazione: come si è informato il paziente? Come ha fatto a valutare la fonte e la qualità dell'informazione? Come è possibile rappresentargli in maniera convincente quella che a noi appare la strada più efficace per affrontare il suo problema? Ma anche perché il paziente ha un atteggiamento ostile, come capita quando rifiuta le vaccinazioni o segue terapie alternative rinunciando a cure efficaci?

È tutta colpa di internet?

Certo dal 1993, quando il CERN di Ginevra ha deciso di rendere disponibile per tutti, gratuitamente, il protocollo del World Wide Web, e dal 2004 quando Mark Zuckerberg ha fondato Facebook (che in Italia ha il boom di iscrizioni nel 2008) la rete ha allargato moltissimo per tutti la possibilità di raccogliere informazioni e questi strumenti sono diventati dei depositi inimmaginabili di notizie e di influenze, dove chiunque può trovare e prelevare a suo gusto ciò che meglio conferma le sue certezze.

Ma è necessario richiamare molti altri fattori per spiegarci come mai le persone hanno così bisogno di trovare una loro verità. Di fondo vi è la percezione che la società non garantisca la redistribuzione della ricchezza e impedisca a molti di migliorare le proprie condizioni di vita a causa dell'avidità di pochi. Non ci si sente parte di una collettività solidale e quindi ognuno pensi a sé.

Limitandoci al campo della medicina credo che, in questo quadro generale, siano emersi alcuni fenomeni specifici quasi in contemporanea, che si sono rinforzati l'un l'altro e non credo che siano – salvo in alcune frange della popolazione – dovute a un impeto di autodeterminazione.

Innanzitutto è innegabile la perdita di autorevolezza delle professioni intellettuali: i medici per primi, colpiti nella loro quotidianità anche dalla violenza in senso letterale, per molte persone non rappresentano più il punto di riferimento unico o principale per i problemi di salute (ma la stessa sorte è capitata agli insegnanti); l'appannamento di alcune doti riconosciute da sempre ai medici come l'altruismo, l'imparzialità e l'indipendenza, sostituite dal sospetto di una relazione di interesse con l'industria dei farmaci e in generale della sanità, ha generato sfiducia. Una certa freddezza di fronte a malati gravi affetti da tumore, e un distacco eccessivo dei medici, molto attenti all'organo e molto distratti nell'ascolto della persona, hanno pesato ancora di più nel far nascere fenomeni di avvicinamento a pratiche non verificate e di scarso valore scientifico, come quello della terapia Di Bella negli anni '97-98 (e in quel periodo internet non contava come ora).

Ma anche l'incredulità e la delusione dell'opinione pubblica di fronte al fatto che, a dispetto dei tanti successi vantati dalla medicina sui media, non sia possibile curare proprio la specifica malattia che interessa il singolo individuo generando una fuga nell'illusione, come quella delle cellule staminali e delle truffe di Stamina.

Il fenomeno delle fake news è un problema sociale nel senso che è un derivato delle trasformazioni culturali ed economiche della società e non lo si può affrontare a prescindere dal contesto

Il fenomeno delle fake news è un problema sociale nel senso che è un derivato delle trasformazioni culturali ed economiche della società e non lo si può affrontare a prescindere dal contesto.

E allora che cosa possono fare i medici per contrastare, nell'interesse dei pazienti, il diffondersi, l'attendibilità e l'uso delle notizie false o inventate?

La soluzione non è semplice e non è certamente quella di inventarsi un qualche sistema di censura dei contenuti dei social, o di ridicolizzare i nostri pazienti quando ci chiedono il parere su qualche fantasioso rimedio di cui hanno avuto notizia.

Certo è utile denunciare i ciarlatani e gli interessi politici che stanno dietro ai sostenitori di qualche terapia alternativa o gli imbrogli economici di persone che, propalando falsità, vogliono vendere libri o preparati.

Una strada concreta è costruire, all'interno della rete, siti dove siano contenute informazioni corrette, comprensibili, e che abbiano la possibilità di arrivare per prime agli occhi di chi legge, e che aiutino a valutare la serietà delle fonti e la qualità delle informazioni, come fa il nostro "Dottoremaeveroche", sito anti-fake news di FNOMCeO di cui parleremo ampiamente in questo numero.

La via maestra però rimane quella che ogni medico conquisti e riconquisti la fiducia dei propri pazienti.

Lo sappiamo, il tempo è ridotto dal poco personale, dal molto lavoro, dai carichi di burocrazia, ma le persone ci chiedono di essere ascoltate, di essere prese in cura, di ricevere risposte non saccenti ai loro interrogativi e ai loro dubbi, anche quando sono idee da "somari", come si è scritto.

Ritourneremo a essere il loro punto di riferimento anche informativo, instaurando un dialogo sincero, dicendoci le cose come stanno, ma con rispetto delle differenze di opinione e di cultura.

focus

FOCUS Fake news in sanità





Falsi miti in neurologia

Leonardo Lopiano

*Professore Ordinario di Neurologia, Direttore SC Neurologia U,
Direttore Centro Regionale Esperto per la Malattia di Parkinson, AOU Città della Salute e
della Scienza di Torino,
Dipartimento di Neuroscienze “Rita Levi Montalcini”, Università degli Studi di Torino*

Adriano Chiò

*Professore Ordinario di Neurologia, Dipartimento di Neuroscienze “Rita Levi Montalcini”,
Università degli Studi di Torino, e AOU Città della Salute e della Scienza di Torino,
Responsabile CRESLA di Torino*

Alberto Marchet

*Neurologo, Responsabile Malattie Neurodegenerative, SC Neurologia Ospedale Martini,
Torino*

Andrea Calvo

*Professore Associato di Neurologia, Dipartimento di Neuroscienze “Rita Levi Montalcini”,
Università degli Studi di Torino, e AOU Città della Salute e della Scienza di Torino,
Membro del gruppo “Scienza e Pseudoscienza” Ordine dei Medici di Torino*

In questa era di tecnologia digitale, internet e social media siamo sempre più soggetti a un sovraccarico di informazioni e disinformazione. Ciò include non solo informazioni politiche ed economiche, ma anche notizie mediche, che vengono spesso presentate come una “nuova scoperta”, una “cura miracolosa” o qualche altra iperbole. Quando una notizia medica viene pubblicata su una nuova piattaforma multimediale, si può fare ben poco per rielaborare completamente le informazioni. È stato detto spesso che “una volta che è fuori su internet, è lì per sempre”. Mentre un’attenta e misurata informazione scritta da esperti certificati che usano i moderni canali mediatici può avere ricadute estremamente positive sulla comunità dei pazienti, gli stessi canali mediatici possono diffondere in maniera immediata e planetaria una notizia medica imprecisa, mistificata o del tutto falsa.

Il gruppo di lavoro “Scienza e Pseudoscienza” dell’Ordine dei Medici di Torino ha promosso un ciclo di interventi su diversi temi, frequente oggetto di bufale pseudoscientifiche, il primo dei quali dal titolo *Falsi miti in Neurologia* si è tenuto il 14 aprile 2019. Questo articolo ha lo scopo di riportare i contenuti dell’incontro, approfondendo alcuni aspetti inerenti alle patologie neurodegenerative più frequenti, ovvero la malattia di Parkinson, la sclerosi laterale amiotrofica e le demenze.

FALSI MITI NELLA MALATTIA DI PARKINSON

La malattia di Parkinson (MP) è la seconda patologia neurodegenerativa più comune dopo la malattia di Alzheimer, e provoca una progressiva disabilità motoria. Il modo migliore per evitare informazioni non corrette è la divulgazione da un punto di vista scientifico; la MP, infatti, può essere trattata con numerose procedure terapeutiche in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti parkinsoniani in ogni fase di malattia (fase iniziale o “luna di miele”, fase intermedia, fase avanzata)¹.

È vero però che, a tutt’oggi, non esistono terapie neuroprotettive in grado di arrestare o rallentare il decorso cronico-progressivo che caratterizza la MP; questo fatto spinge da sempre molti pazienti a cercare terapie miracolistiche (cellule staminali, terapie con alte dosi di vitamine, stimolazioni magnetiche e prodotti cosiddetti “naturali” non ben specificati...) o a cercare di ottenere farmaci che non hanno ancora dimostrato la loro efficacia e sicurezza, creando false illusioni che possono allontanare i pazienti dalle terapie scientificamente confermate che hanno invece superato il complesso iter sperimentale.

Un caso emblematico di disinformazione in questa malattia riguarda la molecola nilotinib, dopo la pubblicazione di un piccolo studio su 12 pazienti trattati in aperto, presentato come breve abstract alla Society for Neuroscience di Chicago il 18 ottobre 2015; nonostante lo studio fosse stato disegnato semplicemente per valutare la sicurezza e non per testare l’efficacia del farmaco, la conclusione degli autori riportava testualmente: “Se questi dati superassero ulteriori studi, nilotinib diventerebbe il trattamento più importante per il Parkinsonismo dopo la scoperta di levodopa quasi 50 anni fa”. Tale risultato ebbe ►



Un'attenta e misurata informazione scritta da esperti certificati che usano i moderni canali mediatici può avere ricadute estremamente positive sulla comunità dei pazienti

poi una risonanza mediatica senza precedenti, anche in assenza di dati scientifici di evidenza di efficacia. Come risultato dell'enorme pubblicità, i pazienti hanno chiesto questo nuovo trattamento per la malattia di Parkinson e in molti casi hanno richiesto prescrizioni off-label, con tutti i rischi ben noti del farmaco².

La storia di nilotinib è solo una delle tante che dimostrano la tendenza crescente a confondere la linea mediatica tra realtà e finzione. Infatti, in parte basato su campagne politiche negli Stati Uniti e in Europa, il Dizionario di Oxford ha selezionato "post-verità" ("relativa o denotante circostanze in cui i fatti oggettivi sono meno influenti nell'elaborare l'opinione pubblica rispetto agli appelli all'emozione e alla credenza personale") come la parola internazionale del 2016³.

In molti casi, notizie grossolanamente esagerate, non vere o addirittura false si sono infiltrate nel flusso principale e nei social media pubblicizzando informazioni mediche scorrette senza alcuna responsabilità o preoccupazione per la sicurezza dei pazienti, che spesso nella loro disperazione sono disposti a tutto per trovare una cura. Sebbene le ragioni alla base della disinformazione non siano sempre chiare, in molti casi i fornitori di notizie false sono motivati da un'agenda politica o semplicemente da un desiderio di sensazionalismo. Un esempio di ciò è l'affermazione, durante la campagna elettorale per le recenti presidenziali statunitensi, secondo cui Hillary Clinton è affetta da MP da almeno dieci anni, e in un'intervista televisiva un neurologo ha concluso che "al di là di ogni dubbio Hillary Clinton ha la MP". Il neurologo sostenne la sua affermazione affermando che i suoi svenimenti erano esempi di "freezing" parkinsoniano e che aveva "tremore al capo, crisi oculogire, discinesia indotta dalla levodopa, bradicinesia" e altre osservazioni non comprovate.

I profitti possono essere un altro motivo di disinformazione medica nei media. Ciò è esemplificato dalla enorme campagna di marketing su vitamine, integratori, diete prive di glutine e così via. Basti ricordare la notizia della papaya fermentata regalata al pontefice Giovanni Paolo II. Sebbene la maggior parte dei pazienti si preoccupi sempre più del crescente costo dei farmaci "ufficiali", pochi si rendono conto di spendere moltissimo per questi prodotti alternativi. Nel 2007, dato rilevato da un'indagine americana, circa il 38% degli adulti ha riferito di aver utilizzato medicine alternative nei 12 mesi precedenti all'intervista, con una spesa dell'11,2% (33,9 miliardi di dollari) del totale dei costi per l'assistenza sanitaria. Oltre alla mancanza di dati di efficacia significativa di questi prodotti, c'è generalmente una mancanza di consapevolezza sui loro potenziali pericoli. Si stima che circa 23.000 accessi al pronto soccorso negli Stati Uniti ogni anno siano attribuiti a eventi avversi correlati agli integratori alimentari.

Un'altra delle domande più frequenti dei pazienti affetti da MP è: "La marijuana è utile?". Nonostante la mancanza di forti prove dell'efficacia della cannabis nel trattamento del MP o delle fluttuazioni motorie e discinesia indotte dalla levodopa, molti pazienti mettono in relazione esperienze personali di come fumare marijuana o la sua assunzione per os abbiano "calmato" il loro tremore o le discinesie ed esercitato altri effetti benefici sui loro sintomi.

Infine, "Perché dottore non mi prescrive le cellule staminali?". Sebbene ci siano state molte affermazioni infondate di "effetti curativi" grazie all'uso di cellule staminali da parte di varie società commerciali e altri enti a scopo di lucro con potenziali conflitti di interesse, in questo campo ora si sta rapidamente accelerando, e nuovi programmi di ricerca sono in atto o sono pianificati a breve in diversi centri internazionali.

Pertanto il ruolo della ricerca e delle sperimentazioni cliniche è fondamentale; oltre ai numerosi farmaci e alle procedure terapeutiche di fase avanzata oggi disponibili, la ricerca è molto attiva e in un tempo relativamente breve saranno disponibili nuove terapie che miglioreranno ancor di più i sintomi parkinsoniani riducendo la disabilità dei pazienti (nuove formulazioni di levodopa e dopaminoagonisti, infusione sottocutanea di levodopa, farmaci specifici per il trattamento delle discinesie, terapia genica, nuove modalità di neuromodulazione)⁴.

focus Fake news in sanità

Cos'hanno in comune questi casi? Già nel 1966 Grant e Bartlett⁷ avevano individuato le caratteristiche fondamentali di quelli che sono stati da loro denominati medici ciarlatani (in inglese *quack*):

- a. I proponenti tendono a isolarsi dall'ambiente scientifico;
- b. Non usano i tradizionali canali di comunicazione scientifica per riportare i propri risultati ma preferiscono la stampa non specializzata;
- c. Il loro metodo di trattamento è segreto e disponibile solo a loro, il metodo di somministrazione è legato a speciali regole, e il gergo utilizzato è spesso oscuro;
- d. Affermano costantemente che vi è pregiudizio nella classe medica e dei ricercatori nei loro riguardi;
- e. Citano spesso esempi del passato in cui ricercatori insigni dovettero combattere per il dogmatismo scientifico dei loro tempi;
- f. Denunciano pubblicamente le deficienze relative alle teorie acquisite esistenti sulle patologie oggetto dei loro trattamenti;
- g. I loro resoconti clinici sono frammentari o inesistenti;
- h. Spesso scoraggiano o rifiutano consultazioni con reputati specialisti;
- i. Se i loro metodi sono sottoposti a una valutazione scientifica rifiutano di accettarne le conclusioni adducendo che la sperimentazione non è stata condotta in modo adeguato o che il "sistema" è contro di loro;
- l. Si tratta spesso di persone incolte oppure di laureati che hanno acquisito competenze mediche in modo oscuro;
- m. I loro sostenitori sono scrittori, giornalisti, attori, avvocati, politici e in genere persone senza esperienza specifica in campo medico o di ricerca.



In Italia nel corso degli ultimi vent'anni si sono avuti diversi casi di terapie pseudoscientifiche o non provate che hanno interessato l'opinione pubblica

Il "caso Stamina" potrebbe avere inaugurato una nuova stagione che, provocatoriamente, potrebbe andare sotto il nome di "medicina pretensiva". Qui il medico figura come il soggetto passivo dell'obbligazione di praticare i trattamenti richiesti dal malato (nella fattispecie in esame, quelli appunto previsti dal metodo "Stamina"), ancorché privi di alcuna efficacia terapeutica e finanche pericolosi, purché rispondenti a una concezione esasperatamente soggettiva del diritto alla salute; concezione in base alla quale viene prescritto non il trattamento che il medico, in virtù delle sue conoscenze professionali, ritiene d'adottare, ma quello che il malato stesso pensa lo faccia stare meglio⁸.

Siamo di fronte a una questione fondamentale di equità del nostro Sistema sanitario, e più in generale del sistema sociale. La questione è molto ben definita da un editoriale di Lancet intitolato "More clinical judgement, fewer clinical 'judges'":

"Il raggiungimento di un'equa distribuzione dell'assistenza sanitaria è una sfida urgente in tutto il mondo e il modo in cui il sistema sanitario italiano ha iniziato ad affrontare questo compito sgradevole è lodevole. È un peccato che la magistratura abbia il potere di spazzare via i piani di prescrizione attentamente costruiti sulla base di una scarsa opinione clinica. Peggio ancora, le decisioni dei giudici hanno fornito l'approvazione ufficiale di un trattamento che deve ancora essere testato."

La migliore difesa nei confronti di bufale e pseudoscienze non può che essere una corretta informazione, fornita in modo semplice e accurato, ma sempre con umanità e rispetto della sofferenza del paziente e della sua famiglia.

FALSI MITI IN NEUROLOGIA: LE DEMENZE

Se le concezioni generate dalla pseudoscienza hanno possibilità di divulgazione pari o superiori rispetto alle idee più faticosamente prodotte con il metodo scientifico, le prime sono più facilmente accolte nell'opinione comune, soprattutto quando offrono semplici rimedi come possibili soluzioni per grandi problemi. E la demenza è un grande problema⁹, nella sua dimensione epidemiologica, nell'impatto sociale e personale, nell'angoscia che genera, nella difficoltà da parte del mondo scientifico di giungere alla comprensione definitiva del processo patologico e alla proposta di una cura efficace: la dimensione stessa del problema genera un fertile terreno di crescita per false teorie e miti¹⁰. La demenza è una malattia pervasiva che cambia la vita dei malati e dei loro familiari. La loro ricerca di aiuto, supporto, spiegazioni e soluzioni trova difficilmente risposte adeguate da parte del sistema "istituzionale" di cura e assistenza: ciò lascia spazio a un mondo alternativo di disinformazione e di false speranze, in cui è facile rimanere abbagliati dalla libertà di poter raccogliere le informazioni da una fonte pressoché inesauribile – ma difficilmente verificabile – come quella del web. La disinformazione genera ritardo nell'intervento appropriato a favore di interventi incongrui o tentativi impropri di adattamento, dannosi sul decorso clinico e ancora più facilmente sul contesto familiare, sociale, economico e sulla qualità della vita delle persone. La corretta informazione favorisce invece il giusto approccio, orientando le scelte verso percorsi di cura validati, importanti per il contenimento del disagio fisico e psicologico, anche quando non in grado di incidere sulla patologia. La speranza di poter disporre di un trattamento efficace nelle fasi precoci della malattia¹¹ presuppone la crescita di una giusta consapevolezza da parte di tutti, rafforzata da programmi educativi che tengano conto della effettiva conoscenza del problema da parte di pazienti, popolazione generale, operatori sanitari e classe politica¹². Tale consapevolezza contribuisce ad affrontare lo stigma delle demenze e a favorire un dibattito più maturo sui bisogni delle persone colpite. Allo stesso modo la lotta alla disinformazione è necessaria per ridurre il rischio di incorrere in cure scadenti, attese illusorie ed esborsi economici immotivati.

Tra le false informazioni e miti che riguardano la demenza quello più radicato, anche tra i medici, è che la demenza stessa non sia altro che una conseguenza dell'invecchiamento¹³. Questa idea è profondamente falsa: ogni forma di demenza è sostenuta da processi patologici specifici che determinano alterazioni dei tessuti e delle funzioni cerebrali. Versione estrema di questo falso mito è la mistificazione negazionista della demenza stessa come patologia, propugnata da autori di libri divenuti veri best-seller. Partendo da argomentazioni basate anche su marginali evidenze scientifiche, in genere gli autori di questi testi propongono percorsi di prevenzione e cura strutturati come manuali di "vita sana", in qualche caso lodevoli nei principi, ma privi di validazione scientifica e generalmente affiancati da evidenti e un po' meno lodevoli intenti commerciali (nella vendita degli stessi libri o nell'invito a sottoscrivere programmi di gestione personalizzata). Come per qualunque altro tema medico nell'era di internet, il web è una fonte ricchissima di segnalazioni su alimenti complementari, integratori, derivati di erbe o spezie e vari intrugli fatti in casa come possibili rimedi per la demenza. L'impatto devastante della malattia su pazienti e famiglie rende pienamente comprensibile il desiderio di esplorare tutte le opzioni che propongono un possibile beneficio¹⁰. Nel tempo sono stati ad esempio offerti come rimedi utili per la prevenzione della demenza il vino rosso per l'alto contenuto di rasveratrolo, la birra, il tè nero e verde, il caffè, le verdure e le spezie contenenti luteina e zeaxantina come il sedano e l'origano, svariate bacche, le vitamine C ed E, il coenzima Q10, il ginkgo biloba e molti altri. A tutt'oggi non esistono prove scientifiche a supporto dell'utilità di queste sostanze nella prevenzione e tanto meno nella cura della demenza. Purtroppo la mancanza di evidenze sui benefici si abbina in genere alla mancanza di controllo dei rischi e dei possibili effetti nocivi di procedure non validate, soprattutto nelle situazioni in cui il normale consumo di comuni alimenti o integratori si trasforma in abuso.

Alcuni falsi miti sulla demenza generano ansia e ombre inquietanti sulla visione del futuro: tra questi l'idea di ineluttabilità della demenza quando un familiare di primo grado è affetto oppure quando iniziano a manifestarsi le prime difficoltà di memoria^{10,13}. È vero che in molti casi esiste una componente genetica nella malattia di Alzheimer e nelle altre forme di demenza, tuttavia la presenza di un familiare con demenza incrementa solo marginalmente il rischio di ammalarsi e l'incremento del rischio è inversamente proporzionale all'età di esordio nel familiare affetto. L'insorgenza di difficoltà di memoria, come la perdita occasionale di un oggetto o la dimenticanza di qualche nome, non deve essere considerata un preludio della demenza: nella definizione di demenza il disturbo della memoria è un elemento non irrinunciabile di un corteo di sintomi coinvolgenti più domini cognitivi e che si traducono in incapacità di svolgimento delle normali attività quotidiane.

Un altro malinteso comune equipara demenza e malattia di Alzheimer¹³: la definizione di demenza infatti comprende anche condizioni diverse dall'Alzheimer per eziologia e presentazione clinica e non sempre a carattere degenerativo. Alcune di queste condizioni devono essere indagate e riconosciute perché sono trattabili e reversibili, ad esempio l'idrocefalo normoteso o le forme di demenza secondaria a problemi metabolici, infiammatori, tossico-carenziali, vascolari. È un'idea comune, ma profondamente sbagliata e difficilmente correggibile, che la demenza sia in ogni caso un evento inevitabile e non prevenibile. Riflette la cattiva informazione sui fattori di rischio modificabili noti, come l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, il diabete, il fumo, l'obesità, la ridotta attività fisica (e mentale), su cui è certamente possibile intervenire in modo efficace, come dimostrato dalla riduzione della prevalenza complessiva della demenza in seguito a interventi di contenimento dei fattori di rischio modificabili¹⁴.

La necessità di colmare i "deficit" d'informazione deve essere affiancata dallo sforzo di intercettare le "distorsioni" dell'informazione. Questa eventualità si realizza nei casi in cui vengono avanzate e divulgate con toni scandalistici ipotesi su fattori di rischio non dimostrati, ispirate da preconcetti ideologici piuttosto che da evidenze scientifiche, con la conseguenza di far crescere e radicare nell'opinione comune preoccupazione e allarmismo. Ciò è accaduto ad esempio nel caso delle onde elettromagnetiche, insistentemente

La demenza è una malattia pervasiva che cambia la vita dei malati e dei loro familiari. La loro ricerca di aiuto, supporto, spiegazioni e soluzioni trova difficilmente risposte adeguate da parte del sistema "istituzionale" di cura e assistenza

additate come possibili cause di demenza¹⁵, pur in assenza di studi accreditati a sostegno di quest'ipotesi¹⁶. Senza entrare nello specifico di una controversia tuttora irrisolta¹⁷, è necessario considerare che i dibattiti condotti con argomentazioni prive di prove e di controprove non sono altro che sterile polemica: è compito del mondo scientifico vagliare e approfondire i dubbi senza pregiudizi e dogmi incontrovertibili, anche con la consapevolezza della possibilità di dover smentire in futuro le "verità" non definitive di oggi sulla base delle prove di domani.

Bibliografia

1. Romagnolo A, Fabbri M, Merola A, Montanaro E, Palermo S, Martone T, Seresini A, Goldwurm S, Rizzone MG, Lopiano L. *Beyond 35 years of Parkinson's disease: a comprehensive clinical and instrumental assessment*. J Neurol. 2018 Sep;265(9):1989-1997. doi: 10.1007/s00415-018-8955-z. Epub 2018 Jun 26.
2. Robledo I, Jankovic J. *Media hype: Patient and scientific perspectives on misleading medical news*. Mov Disord. 2017 Sep;32(9):1319-1323. doi: 10.1002/mds.26993. Epub 2017 Apr 3.
3. Wyse RK, Brundin P, Sherer TB. *Nilotinib-differentiating the hope from the hype*. J Parkinsons Dis 2016;6(3):519-522.
4. Zesiewicz TA. *Parkinson Disease*. Continuum (Minneapolis Minn). 2019 Aug;25(4):896-918. doi: 10.1212/CON.0000000000000764. PMID: 31356286.
5. Chiò A, Mora G, Moglia C, Manera U, Canosa A, Cammarosano S, Ilardi A, Bertuzzo D, Bersano E, Cugnasco P, Grassano M, Pisano F, Mazzini L, Calvo A; *Piemonte and Valle d'Aosta Register for ALS (PARALS)*. *Secular Trends of Amyotrophic Lateral Sclerosis: The Piemonte and Valle d'Aosta Register*. JAMA Neurol. 2017 Sep 1;74(9):1097-1104. doi: 10.1001/jamaneurol.2017.1387.
6. Wasner M, Klier H, Borasio GD. *The use of alternative medicine by patients with amyotrophic lateral sclerosis*. J Neurol Sci. 2001 Oct 15;191(1-2):151-4.
7. Grant RN, Bartlett I. *CA Cancer J Clin*. 1966 Mar-Apr;16(2):42-61. Unproven cancer remedies--a primer.
8. Scalera A. *Brevi note a margine del "caso Stamina"* users2.unimi.it/unistem/wp/wp-content/uploads/Scalera-fadi-101.pdf
9. Brookenmeyer et al. *Forecasting the global burden of Alzheimer's disease*. Alzheimers Dement 2007; 3[3]: 186-91.
10. Neitch et al. *Dementia Care: Confronting Myths in Clinical Management*. West Virginia Medical Journal - www.wvmsa.org March/April 2016 Vol. 112.
11. Prince et al. *The benefits of early diagnosis and intervention*. Alzheimer's Disease International; World Alzheimer Report 2011.
12. Cahill et al. *A Systematic Review of the Public's Knowledge and Understanding of Alzheimer's Disease and Dementia*. Alzheimer Dis Assoc Disord 2015;29:255-275.
13. Ninad et al. *Prevalence of Myths about Dementia amongst Doctors; A Comparison between Psychiatrists and Non-Psychiatrists*. Journal of Evidence based Medicine and Healthcare; 2015;2:1263-1270.
14. Mayer et al. *An Estimate of Attributable Cases of AD and VaD due to Modifiable Risk Factors: The Impact of Primary Prevention in Europe and in Italy*. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2018;8:60-71.
15. Ntzouni MP et al. *Transient and cumulative memory impairments induced by GSM 1.8 GHz cell phone signal in a mouse model*. Electromagn Biol Med 2013;32:95-120.
16. Arendash et al. *Electromagnetic treatment to old Alzheimer's mice reverses β -amyloid deposition, modifies cerebral blood flow, and provides selected cognitive benefit*. PLoS One 2012;7:e35751.
17. Zhang et al. *Microwaves and Alzheimer's disease*. Experimental and Therapeutic Medicine 2016:1969-1972.

Cosa bolle in pentola?

Pietro Arina

Medico chirurgo – Referente scientifico BUTAC – Bufale Un Tanto al Chilo

Eleonora Galmozzi

Medico chirurgo – Coordinatrice nazionale CICAP-Med – Comitato Italiano per il Controllo delle Affermazioni sulle Pseudoscienze

Il sogno di una dieta rapida e semplice da seguire affascina ogni giorno sempre più persone. Negli ultimi quarant'anni la scienza ci ha fornito interessanti informazioni su quali siano i migliori regimi dietetici da seguire per avere un sano stile di vita. Purtroppo, queste informazioni sono state estrapolate dai mezzi di comunicazione di massa e troppo semplificate, creando vere e proprie leggende urbane. È da questo processo che nascono molte idee errate sull'alimentazione.

Bastano pochi attimi per completare una ricerca su Google o su un social network e ottenere milioni di risultati su diete dal successo strabiliante. Partendo dalle diete dei VIP arrivando ai cibi miracolosi le cui proprietà ci vengono nascoste dai poteri forti, in breve tempo ci si può trovare ad alimentarsi solo di frullati di bacche di Goji per colazione, pranzo e cena. Esclusivamente bio. Se poi andiamo a esaminare con spirito critico certe diete, ci accorgiamo che la maggior parte di esse sono totalmente prive di qualsiasi validazione scientifica, nonché caratterizzate dalla più assoluta mancanza di un minimo di seria sperimentazione.

Al di là del dubbio gusto di certi alimenti, questione strettamente personale, il problema delle diete scovate su internet è che possono seriamente compromettere la nostra salute. È bene che una dieta sia raccomandata e seguita da esperti del settore, persone che hanno studiato l'argomento e sappiano adottare il giusto regime dietetico per le nostre personali necessità nutrizionali. Se è vero che la cancerogenicità del latte e la tossicità del glutammato siano disinformazione commerciale, altri tipi di consigli possono rivelarsi alquanto bizzarri, se non pericolosi per la salute.

Prendiamo ad esempio la sempre più diffusa dieta alcalina o la dieta acqua e limone. Secondo gli esperti dell'argomento, i tumori non possono crescere in un ambiente alcalino. Inoltre sostengono che il limone, famoso per la sua acidità, una volta bevuto possa diventare per magia alcalino. E questo cambiamento nel pH avrebbe poteri fantastici, tra cui curare o prevenire i tumori. Nulla di tutto ciò è mai stato provato in un trial sperimentale regolarmente condotto, mi invece è provato che grandi quantità di limone possono arrecare danni dello smalto dei denti, esponendoci alla carie. Inoltre il limone può aggravare precedenti gastriti e le patologie da reflusso gastroesofageo¹.

Altro esempio è quello delle diete iperproteiche e chetogeniche. Il mondo scientifico conosce e studia da molti anni questa tipologia di dieta, con la speranza che possa portare a benefici in certe sottopopolazioni di malati neurologici. Quel che è certo per ora è che debba essere seguita con cautela, specialmente in persone anziane, per evitare una alterazione della funzionalità renale o altri effetti collaterali quali eruzioni cutanee².

Il problema insito nelle diete è la poca pazienza di chi le applica, con una cattiva autogestione delle stesse. Per ottenere risultati in tempi rapidi le persone abusano dei consigli che vengono forniti e spesso non solo non perdono peso, ma si ritrovano con l'alitosi o peggio. Per questo consigliamo di essere sempre seguiti da un esperto del settore.

Oltre ai potenziali danni alla salute, anche il portafoglio rischia di dimagrire a causa di queste diete miracolose. I guru delle diete chiedono infatti di comprare libri, dvd o corsi per poter accedere ai loro protocolli; in altri casi, chi le regala sarà poi lo stesso individuo che mette a disposizione gli esclusivi prodotti necessari per quelle stesse diete. Un classico esempio lo si trova in quelle aziende che si basano su un sistema piramidale di vendite: ogni nuovo adepto deve diffondere il verbo della dieta e vendere i prodotti necessari alla stessa, producendo una spirale economica in cui guadagna solamente chi è al vertice, seduto comodo in un ristorante stellato.

Infine, e questo è il rischio peggiore, le diete del popolo di Facebook possono rappresentare una falsa speranza per persone con patologie serie. È fondamentale da parte dei medici riuscire a informare i pazienti che al momento non esistono regimi alimentari che siano in grado di curare patologie tumorali o altre malattie gravi. È ovviamente un altro discorso, che non affronteremo qui, quello delle patologie da malnutrizione. Convertirsi a una dieta basata solo su vegetali a foglia verde, oppure mangiare solo mele non ha mai dimostrato di poter guarire nessuna malattia, ma rischia di ritardare le cure del caso e rendere la patologia ancora più grave.

Diverso è il discorso della prevenzione. È stato provato che un sano regime dietetico basato su una dieta equilibrata possa essere d'aiuto contro l'insorgenza di malattie croniche³.

1. <https://www.butac.it/il-miracolo-del-ph-alkalino/>

2. Kossoff, E. H., Zupec-Kania, B. A. & Rho, J. M. *Ketogenic diets: an update for child neurologists*. J. Child Neurol. 24, 979–988 (2009)

3. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003

focus Fake news in sanità

Trovare informazioni scientificamente corrette su internet, però, non è difficile, è anzi più semplice di quel che si pensi. Per i non addetti al settore sono disponibili moltissimi siti che in modo semplice forniscono contenuti validi e facilmente diffondibili. Per esempio ci si può basare sul sito della World Health Organization (WHO) o sui portali delle principali associazioni italiane di dietetica e nutrizione. Spunti molto utili sono anche il blog della Fondazione Veronesi, dell'AIRC oltre ai maggiori siti italiani di debunking, come Butac.it o il blog Medbunker del dott. Salvo Di Grazia.

È fondamentale, quindi, che tutti gli operatori sanitari sappiano informarsi in modo attendibile per poter rinsaldare quel rapporto di dialogo con i cittadini e per poter tutelare la salute degli individui. La giungla di internet è piena di ottimi frutti da cogliere, sta a noi saper scegliere quali.

È bene che una dieta sia raccomandata e seguita da esperti del settore, persone che hanno studiato l'argomento e sappiano adottare il giusto regime dietetico per le nostre personali necessità nutrizionali



dolci
occasionalmente



carni, pesce, legumi, uova
1 porzione a settimana per gruppo



latte e derivati
3 porzioni a settimana per gruppo



condimenti
2-3 porzioni al giorno



carboidrati
4-6 porzioni al giorno



frutta e ortaggi
+5 porzioni al giorno



acqua
2 litri al giorno



attività fisica
ogni giorno





I pericoli di Dottor Web

(per malati e medici reali)

Diego Pavesio

Medico di medicina generale, Moncalieri

Tesoriere del Patto Trasversale per la Scienza

Gruppo di lavoro "Scienza e pseudoscienza" OMCeO Torino

Intervista a Gerardo D'Amico

Oramai ci siamo dentro tutti, se è vero lo studio del 2017 di Ibsa Foundation for scientific research su quanta gente cerchi informazioni di salute sul web, saltando il medico o comunque prima di andarci: è l'88% di chi usa la rete, diceva quel sondaggio, e le donne superavano il 90%.

La metà si riteneva soddisfatto del primo risultato fornito da un motore di ricerca, e poco meno, il 44%, si era detto convinto che non ci fosse nessun rischio a mettere la propria salute nelle mani di internet.

Cosa determini questa propensione di una grande massa di italiani a cercare informazioni su una propria patologia vera o presunta ma sempre autodiagnosticata dovrebbe essere colto dalle reazioni che finiscono in cronaca, sui giornali: all'inizio di quest'anno nei tribunali italiani erano pendenti 300mila cause contro medici e strutture sanitarie, viaggiamo sulle 1200 aggressioni l'anno ai medici, e stando all'Health Report 2019 *Il futuro della salute*, una ricerca condotta da Kantar Health, solo il 66% della popolazione italiana si fida totalmente dei medici e della medicina "convenzionale".

Richieste non negoziabili di prescrizione di farmaci e diagnostica, scetticismo su diagnosi che non corrispondono a quanto trovato online, rifiuto di vaccini e screening di prevenzione, fai-da-te terapeutico con l'integrazione "naturale" delle medicine: sempre più spesso è "la Rete" il vero referente per queste persone, e questo mette a rischio non solo la loro salute, ma anche il ruolo essenziale del medico in carne e ossa nella nostra società.

In questa calda estate ho avuto il piacere di leggere il libro di Gerardo D'Amico, giornalista scientifico responsabile della informazione sanitaria di Rai News 24. Oltre all'amicizia ci legano l'essere soci fondatori dell'Associazione "Patto Trasversale per la Scienza" e l'impegno contro la pseudoscienza.

Dottor Web & Mister Truffa è un'incredibile carrellata di situazioni spesso molto serie, che hanno a che fare con tumori, ictus, gestione dell'autismo, diabete ma anche con l'alimentazione, la vaccinazione, l'uso degli integratori e delle medicine non convenzionali che sfocia in richieste di consigli alla Rete, piuttosto che al proprio medico di fiducia: e le "soluzioni" che viaggiano via post fanno rabbrivire. ▶

Solo il 66% della popolazione italiana si fida totalmente dei medici e della medicina "convenzionale"

A problemi reali e molto gravi un esercito di “laureati della vita” risponde con la prescrizione di qualunque sciocchezza, suggerendo qualunque intruglio o pratica alternativa, utilizzando un linguaggio parascientifico supportato dall’immane cugino o amico che per quella via è immediatamente guarito da ogni male



“Ho dragato i social per mesi, a caccia di queste bufale letali: il campionario che ho trovato e pubblicato nel libro con i veri screenshot dei loro autori lascia davvero esterrefatti” mi dice Gerardo D’Amico, che ho intervistato per Torino Medica.

“A problemi reali e molto gravi un esercito di ‘laureati della vita’ risponde con la prescrizione di qualunque sciocchezza, suggerendo qualunque intruglio o pratica alternativa, utilizzando un linguaggio parascientifico supportato dall’immane cugino o amico che per quella via è immediatamente guarito da ogni male.

Post che fanno sorridere amaro, come quello che spiega nei dettagli come utilizzare l’aglio per eliminare senza farmaci la candida vaginale: ovviamente non si assume per bocca. O la melariana, membro della tribù più estremista dei vegetariani, che si scopre allergica alla sua unica fonte di sostentamento e chiede alla rete se invece che per bocca possa assumere il frutto dall’orifizio opposto.

O il nipote alchimista che fa gli esperimenti sulla povera nonna, informando il mondo che facendole mangiare ossi di seppia come fosse un canarino la anziana signora è ‘guarita’ dall’osteoporosi. O la mamma piccolo chimico che, buttate nella spazzatura tutte le medicine, fa ingollare ai figli di vitamina C, acido ascorbico (è convinta sia un’altra cosa) e argento colloidale, e i pupi ‘stanno sempre bene’.

Quello che cerca in regalo i farmaci della cura Di Bella e neppure si preoccupa nel vedersi rispondere da un enorme numero di generose persone al cui congiunto non sono serviti, o la figlia amorevole che col padre in blocco renale invece di chiamare il 118 chiede in rete i numeri per il ‘pilotaggio’, ovvero la sequenza numerica da recitare per il ristabilimento delle energie cosmiche.

Altri post fanno solo rabbia, perché sono la rivendicazione del proprio autolesionismo, o il male che si sta per fare a qualcuno, di solito una persona che si dice di amare: la signora che spiega alle amiche perché abbia buttato nella spazzatura la lettera della Asl che la invitava a fare la mammografia, la richiesta del genitore per un morbillo party, la signora che si informa su dove andare a fare l'elettroshock al figlio autistico”.



Ma lei si è fatto una idea del perché un così gran numero di persone si affidi alla rete per risolvere un problema di salute?

“Piero Angela, che assieme ad altre quindici personalità di primo piano della medicina e della ricerca ho intervistato in questo libro per ristabilire la verità scientifica, parla di ‘pensiero magico’, che fa parte della nostra cultura e si radica con l’ignoranza. Soprattutto quella di ritorno, quella dei cosiddetti ‘analfabeti funzionali’, gente in grado di leggere e scrivere ma non di comprendere il significato di un discorso e soprattutto di uno scritto, che di solito si fermano al titolo: padroneggiare un social, avere la possibilità di trovare rapidamente una risposta ad argomenti complessi attraverso un motore di ricerca aumenta la loro sensazione di ‘aver capito’, e di essere allo stesso livello di chi quell’argomento lo ha studiato per decenni. Fatica che non serve, nella loro mente è tempo perso, visto che la soluzione è a portata di click, sul web: e le ‘echo chamber’, i gruppi in cui si ritrovano con quelli come loro e che la pensano come loro, cementano queste convinzioni.



A proposito del rapporto medico-paziente, la fuga nel virtuale può avere una spiegazione anche con modalità di interscambio che alcuni malati ritengono antiquate?

“Non credo, anche se sono molte le responsabilità dei medici. Al contrario, quello che lamentano molti malati sono i tempi contratti delle visite, il ricorso a nuove analisi e altre diagnostiche per arrivare a una diagnosi: il segreto della immensa fiducia che migliaia di malati continuavano a riporre nell’ormai anziano professor Veronesi me lo confidò nell’intervista che ho pubblicato. Pur aborrendo il paternalismo, il Professore aveva un approccio innato e intenso per il contatto umano, pur vedendo chiaramente quale fosse la situazione da una tac non rinunciava alla palpazione, e dopo l’operazione faceva sempre visita al malato, si sedeva sul letto per eliminare la disparità tra chi sta steso e chi resta in piedi. Parlava, descriveva gli scenari della malattia, quali opzioni c’erano a disposizione, come continuare il percorso di cura. Si fermava nei corridoi per dare una spiegazione a un parente, consolava.

L’attuale organizzazione della Sanità soprattutto pubblica, col numero sempre crescente di malati che si scontra con la contrazione degli addetti e delle strutture e prestazioni, purtroppo spesso incanala il rapporto medico-malato in due situazioni temporali opposte: dapprima dilatato nel tempo perché bisogna attendere la lista d’attesa per la visita, poi per la diagnostica o il posto letto per l’operazione, arrivati al dunque si trasforma in un rapporto sincopato dalla necessità per il professionista di attendere anche agli aspetti ‘burocratici’ della visita; poi ci sono gli altri malati che aspettano.

A discolpa di medici che sembrano frettolosi e distanti, non va poi dimenticato che la medicina non ha risposte pronte, efficaci e standard per tutti.

Il contrario dei truffatori che si aggirano sul web, che spacciano per universale il loro ‘metodo’ garantendo risultati strabilianti per ogni e diverse malattie: tanto chi ci muore non ha modo di scriverlo in un post, e se lo fa è facilmente eliminabile.

Ciò detto, ho però la sensazione che molti medici non abbiano ben chiaro lo scenario in cui già si trovano, e che nel prossimo futuro tenderà ad allargarsi sempre più. ▶

Piero Angela parla di “pensiero magico”, che fa parte della nostra cultura e si radica con l'ignoranza

Quando per non essere paternalisti o passare per scienziati lasciano libera scelta al loro assistito di ‘integrare’ la cura con inutili pratiche alternative, quando per evitare discussioni o superare perplessità permettono di rimandare una vaccinazione, quando prescrivono loro stessi ‘farmaci’ o prestazioni che non trovano riscontro nella medicina basata sull'evidenza, solo per sedare l'ansia di uscire dallo studio con qualcosa da prendere o da fare, stanno spalancando le porte alla morte della loro professione, oltre che creare un danno più o meno grave al loro assistito.

Perché lo sciamano, coi suoi riti oscuri e le entità superiori, le fattucchiere col rimedio ‘naturale’, il moderno alchimista tecnologico che ristabilisce equilibri astrali, non hanno bisogno di essere invitati o imitati da un professionista serio, pena il loro sopravvento.

Io ho scritto questo libro, *Dottor Web & Mister Truffa*, innanzitutto per disvelare ai non addetti ai lavori i mille pericoli che si celano dietro fake news e bufale parascientifiche, ma anche per mostrare ai professionisti della salute lo stato dell'arte, come si muove e come la pensa una fetta delle persone che si rivolgono a loro. Non è tardi per un'inversione, per approfittare delle opportunità delle Rete sterilizzando le trappole, ma bisogna sapere con chi si ha a che fare per poter intervenire. Il sottotitolo di questo libro è ‘Come internet ti ruba salute e soldi’: per non farsi truffare o vedere un proprio assistito perdersi nelle spire di tantissimi che speculano su bisogni di salute, è essenziale conoscere le loro tecniche, le loro promesse, i loro inganni.”



Sedicenti naturopati, ideologi di diete strambe, sul web si trova di tutto ma anche professionisti seri e siti accreditati dove trovare buona informazione. Come distinguerli?

“Certamente ce ne sono: il sito della FNOMCeO www.dottoremaeveroche.it, quello dell'Istituto Superiore di Sanità www.issalute.it, il sito del Ministero della Salute www.salute.gov.it e poi quelli della fondazione Veronesi, della Sip, di molti ospedali e di tante società scientifiche, dall'AIOM alla SIA o di associazioni come AIRC, Telethon, AIL e tante altre: anche di questo bisognerebbe parlare col proprio medico di fiducia, avere da lui indicazioni su siti sicuri da consultare in caso di dubbio.

Sul web ci sono poi le pagine di giornalisti scientifici seri, che riescono a fare ottima informazione facendosi capire da tutti, come pure di qualche medico con la passione della divulgazione come Salvo Di Grazia col suo Medbunker.

Purtroppo, ci sono anche medici che diffondono falsità sui vaccini o sulle diete o sul cancro: qualcuno ogni tanto qualche Ordine lo radia, ma l'iter è lunghissimo, i danni quotidiani.

Mi lasci dire che purtroppo la cattiva informazione la facciamo anche noi giornalisti di testate nazionali, organi prestigiosi su cui non ti aspetteresti di trovare vere e proprie bestialità che con la medicina basata sulle evidenze non hanno a che fare.

Superficialità, ignoranza, caccia allo scoop frettoloso, ma soprattutto la confusione tra vero e verosimile, una malintesa accezione del diritto di parola, lo stravolgimento del senso della par condicio: quando si mette sullo stesso piano lo scienziato e il ciarlatano non si sta rispettando l'Articolo 21 della Costituzione, ma si sta tradendo la deontologia professionale che ci impone di rappresentare la realtà dei fatti, non la sua manipolazione a opera dei truffatori.

Proprio di questo parlo nell'ultimo capitolo che ho voluto chiamare ‘Dieci piccoli indiani’, alla ricerca dei responsabili dell'assassinio, uno dopo l'altro: il buonsenso, la cultura, la volontà di approfondire, l'abitudine a verificare, l'umiltà di riconoscere i propri limiti, l'apertura al confronto, la lealtà verso il prossimo, la fiducia nelle istituzioni (in questo caso la medicina basata sulle evidenze) e perfino l'istinto di conservazione, dato che certa gente continua a correre verso il burrone anche se dovrebbe vederlo chiaramente davanti ai propri occhi.”



IL LIMONE SBIANCA I DENTI: VERO O FALSO?

Patrizia Biancucci

Odontoiatra, Consigliere e componente CAO Torino

Con il termine inglese “fake news”, false notizie, ci riferiamo ad articoli contenenti informazioni inventate, ingannevoli o distorte, pubblicati con il deliberato intento di disinformare mediante i mezzi di comunicazione: i grandi media, le televisioni, le più importanti testate giornalistiche. Ma, sebbene l'avvento di internet e dei social media abbia fatto aumentare enormemente la diffusione di notizie false attraverso la condivisione, il fenomeno non è una novità: già lo storico Marc Bloch (1886-1944), nel suo libro di quasi cento anni fa *Riflessioni di uno storico sulle false notizie di guerra*, mette in relazione la diffusione delle false notizie, studiandone la nascita e lo sviluppo, con il rinnovarsi prodigioso della tradizione orale nel periodo di guerra, dialogando con la tradizione medievale dei cantori.

Negli ultimi tempi l'espressione “fake news” è stata utilizzata per indicare fenomeni molto diversi tra loro: errori di stampa, bufale, teorie complottistiche, notizie non verificate, propaganda politica, false informazioni lanciate da siti messi online per generare profitti da clickbaiting (acchiappaclick). Ne consegue che le fake news possono diventare “virali” perché, come un virus, si diffondono tra tutti coloro che vengono sottoposti alla disinformazione online e non solo. Quindi spesso le soluzioni a tale problematica sono simili ai programmi antivirus, aventi l'obiettivo di identificare la fonte primaria della notizia falsa e bloccarla in tempo affinché quest'ultima non possa “infettare” ulteriori utenti.

In campo sanitario è il caso del progetto FNOMCeO “Dottore, ma è vero che...?”, nato il 17 febbraio 2018 con un duplice scopo: consentire ai pazienti un'informazione accessibile, scientificamente solida e trasparente, e offrire ai medici e agli odontoiatri strumenti comunicativi nuovi, in linea con i tempi, proficui nell'attualizzare lo scambio che è alla base del rapporto tra medico e paziente.

Tra i bersagli non potevano mancare i dentisti, come dimostra il caso del film *Root Cause*, dedicato ai rischi iatrogeni delle cure endodontiche. 72 minuti riempiti di falsi allarmi sulla pericolosità dell'endodonzia, che sarebbe causa di malattie come ansia, cardiopatie e neoplasie maligne. Tra le affermazioni a dir poco paradossali, troviamo ad esempio che “il 98% delle donne con tumore al seno ha un dente devitalizzato sullo stesso lato” a causa, così viene detto, delle tossine che si propagano seguendo i meridiani della medicina tradizionale cinese.

La disinformazione preferisce le tematiche con forte impatto emotivo, che favoriscono la propagazione del falso e i meccanismi psicologici irrazionali che tendono a dividere gli utenti della rete tra favorevoli e contrari

La reazione delle associazioni scientifiche è stata rapida, con la rimozione del film dai siti dove era visibile, e la mobilitazione è stata pressoché globale: la American Association of Endodontists ha predisposto un'ampia documentazione online, così come la British Dental Association, mentre il Consejo General de Dentistas in Spagna ha coinvolto i media generalisti, che si sono schierati anche nel resto del mondo, dagli Usa alla Polonia all'America Latina.

La disinformazione preferisce le tematiche con forte impatto emotivo, che favoriscono la propagazione del falso e i meccanismi psicologici irrazionali che tendono a dividere gli utenti della rete tra favorevoli e contrari, come dimostrato dai commenti sul sito di Amazon, classici esempi di nevrosi complottista:

- "Sono contento che qualcuno si occupi di queste malattie misteriose che dozzine di medici non sono riusciti a capire. Ho parlato con due dentisti di quello che ho visto ma entrambi erano scettici. Io penso che questo dipenda dal fatto che guadagnano un sacco di soldi curando i canali dei denti"
- "Mi ha salvato la vita", e poi si lamenta che il film sia stato ritirato da Netflix; il motivo? "Deve essere stato qualche dentista che approfitta degli innocenti... quando vai da loro la prima cosa che cercano di venderti è una devitalizzazione con una corona invece di otturarti la carie".

QUALCHE CLASSICO ESEMPIO DI FAKE NEWS

Nell'aprile 2018 Ilgiunco.net, quotidiano online della Maremma, titola:

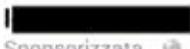
"Odontoiatria per i richiedenti asilo: a Grosseto parte il progetto pilota della Asl"

CasaPound si indigna e scrive "2 milioni di euro per le cure odontoiatriche dei migranti e si taglia la sanità".

Notizia non vera, ma che intanto ha costretto la ex ASL9 di Grosseto a rilasciare una nota, pubblicata sempre dal Giunco, così riassunta:

- I due milioni di euro erano per tutta la Toscana, la Asl di Grosseto ne ha ricevuti 307.250;
- Destinatari delle opere realizzate con quei 307.250 – finanziati nel 2014 – sono stati i cittadini con vulnerabilità sociale (ISEE inferiore a 8000 euro);
- Circa 2000 bambini delle seconde elementari sono stati valutati da un'igienista dentale con la possibilità di usufruire di una visita gratuita presso un ambulatorio di odontoiatria infantile;
- La questione richiedenti asilo fa riferimento a una singola giornata di valutazione da parte di un'igienista per prevenire eventuali urgenze odontoiatriche che prevedono l'accesso al pronto soccorso.

Post consigliato

  Sponsorizzata

Il Segreto dei Denti Bianchi SVELATO da una Mamma single. Qui.



Il Dentista ti IMBROGLIA
nn.silviatotti.com

Piace a 28 persone 2 commenti

 Mi piace  Commenta  Condividi

Una MILF in piena regola mi ammicca e mi ordina di odiare i dentisti, perché pure loro fanno parte del complotto. La pagina in questione conta più di centomila fan su Facebook. Sia la pagina che il sito sbandierano il prodigio del prodotto: ovunque si legge la promessa di "denti bianchi e scintillanti in soli due minuti", ma a una seconda occhiata la cosa sembra leggermente diversa.

L'effetto si nota subito dopo il secondo minuto della procedura con la magica luce blu, e dopo il ventunesimo minuto i vostri denti saranno notevolmente più bianchi. Quindi non ci vogliono due minuti per ottenere un sorriso più bianco, bensì ventuno. Una bella differenza, non c'è che dire, che nel mondo della pubblicità ingannevole porta ogni giorno grandi guadagni ai produttori.

Si parla di una "magica luce blu" del tutto innocua che interagisce con "gli ioni d'argento", ma il principio attivo di questo "rimedio prodigioso" è il perossido di idrogeno, cioè l'acqua ossigenata. Alla domanda "In che modo il vostro prodotto sbianca efficacemente?", si scopre che l'azione sbiancante la fa l'acqua ossigenata, rinforzata grazie al gel contenente ioni d'argento e alla luce led blu, del tutto innocua. Gli ioni d'argento fanno in modo che i componenti sbiancanti attivi inizino ad agire più intensamente e più velocemente e così penetrano più profondamente nel dente.

Dunque gli ioni d'argento non c'entrano con lo sbiancamento, ma accelerano l'effetto candeggiante del perossido di idrogeno. Stiamo parlando di nulla più di una semplice soluzione sbiancante, che cerca di eliminare le macchie dai vostri denti. Aniché riferimenti scientifici, nel sito troviamo le classiche testimonianze: "Ho utilizzato XXX YYY alcune volte. In linea di massima sono una persona molto prudente se si tratta di utilizzare dei prodotti per i denti. I miei denti sono sensibili e sto attento agli effetti collaterali. Sono rimasto molto contento dei risultati. Non c'è stato nessun effetto collaterale. Lo raccomanderei a tutti coloro che sono interessati allo sbiancamento dei denti. Sono rimasto piacevolmente sorpreso dal risultato. All'inizio non riuscivo a capire perché la confezione contenesse tante parti. A che cosa serviva quello spray? Ma l'ho capito grazie a tutti i vostri consigli e spiegazioni nel sito. Questo sistema sostituisce il dentista. Addirittura è migliore. I miei denti brillano ed i miei amici mi invidiano. Sinceramente, le sperimentazioni mi piacciono e avevo provato di tutto e di più".

FAKE NEWS

Come ho sbiancato i miei denti con [REDACTED]

O come il mio sorriso è diventato più scintillante!

[REDACTED] ...

40 comments

I miei denti splendono! Li ho sbiancati di 6 tonalità molto facilmente e senza sforzi! E quasi senza soldi! Sembra incredibile ma è pura verità! Guardate come!

Salve!

Ho deciso di condividere con voi questa verità: in che modo ho sbiancato i miei denti di 6 tonalità quasi senza soldi, in pochi giorni e senza dentisti...

Veramente sembra incredibile, ma è la verità. Da molto tempo cercavo di trovare una cura per il cattivo colore dei miei denti. Purtroppo non riuscivo a trovare una soluzione. Né con dentifrici sbiancanti con fluoro e altri componenti speciali che si vendono nelle farmacie, né con altri prodotti per lo sbiancamento che compravo e provavo. A dire la verità, una volta ho deciso di andare dal dentista, nonostante i prezzi alti. Me li hanno sbiancati con il laser e l'intera procedura costava ... euro (e l'importo che ho pagato, per quanto io sappia, è abbastanza conveniente per questo tipo di procedure dal dentista). E che dire. Il giorno dopo, con il primo caffè, i miei denti sono diventati così com'erano prima dello sbiancamento. A cena ho bevuto un bicchiere di vino rosso e quando sono andata a lavarmi i denti davanti lo specchio mi sembrava di impazzire. Sui contorni tra i denti si era formato un colore scuro come una cornice. Evidentemente dal vino! Che orrore! Avevo dato i miei soldi, non bastava che il giorno dopo il risultato non c'era più ma la situazione era peggiorata. Le mie gengive erano diventate più sensibili e i denti ovviamente potevano assumere i colori delle cose che mangiavo e bevevo. Ero terrorizzata! Non potevo farmi vedere da nessuno in questo stato. Con i denti delineati da bordi scuri dal vino. Uno schifo!

Silvia Totti - 34-enne.
Mamma di 3 figli.
Giornalista freelance.



I blog sono il mio hobby, divertimento e conforto nel mondo dinamico e frettoloso di oggi.

Se a questo punto controlliamo la “mamma single”, nella foto di anteprima, la donna è bionda e sorridente, ma entrando nel sito tale Silvia ha i capelli bruni, ed è una giornalista freelance! E scopriamo le mille identità della presunta signora Totti, in altri siti aperti al pubblico: Kati Molnar, Alicia Rubio, Silvia “Silvy” Stoeva, Elena Demetraki.

Tutti i blog, nessuno escluso, sono identici gli uni agli altri. Che si chiami Kati o Alicia, che parli bulgaro o greco, il sito segue lo stesso schema con gli stessi elementi:

- Stessi 40 commenti scritti dalle stesse 40 persone
- Titolone in rosso dove si sbandiera il bianco dei denti
- Lei che vuole “rivelare al mondo” un piccolo segreto
- Problema di macchie sui denti
- Si trovano frasi come “Ho pagato il dentista ma non ho risolto niente”, “Sembra veramente incredibile”, “Prodotto famoso in Nord America e altrove”.

E terminano tutte con le stesse tre foto della “nipote” della madre single.



“Muore a 18 anni perché non ha i soldi per curarsi i denti”

Titolo che rincorre il sensazionalismo a uso e consumo di chi non leggerà mai la notizia ma si fermerà alle prime righe, riferito alla morte di una ragazza di diciotto anni, Gaetana Priolo, di Palermo quartiere Brancaccio, che non si era curata un dente. Prima di decidere che la causa è la mancanza di soldi per pagare il dentista, sarebbe bene ricordare che il Servizio Sanitario Nazionale prevede le prestazioni odontoiatriche di base, soprattutto se c'è rischio di gravi infezioni o ascessi. Infatti l'articolo del Messaggero riportava quanto segue: “L'inizio del calvario per Gaetana comincia il 19 gennaio scorso: il dolore è insopportabile tanto da far perdere i sensi alla diciottenne. La ragazza in prima battuta viene trasportata al Buccheri La Ferla e visitata al pronto soccorso per sospetto ascesso dentario. «Dopo due ore circa, in seguito alla terapia, essendo diminuito il dolore, è stata dimessa per essere inviata per competenza presso l'Odontoiatria del Policlinico di Palermo». Dove però Gaetana non è mai andata. Si è invece fatta ricoverare il 30 gennaio al Civico dove le sue condizioni sono apparse subito gravi: in seconda rianimazione le viene diagnosticata una fascite, un'infezione grave che partendo dalla bocca si è già diffusa fino ai polmoni. I medici fanno di tutto per salvarla, ma le condizioni critiche si aggravano ulteriormente fino al decesso avvenuto la settimana scorsa”.

Quindi la povera ragazza ha subito un intervento il 19 gennaio e avrebbe potuto usufruire delle cure al Policlinico, ma non si è presentata. La voce che sostiene sia un problema

I creatori di bufale sanno che la capacità critica degli esseri umani cala fino ad annullarsi se l'informazione proposta è coerente con le loro idee, teorie, speranze

monetario non è mai identificata in nessuno degli articoli, e chissà che sia una voce poco fondata. E allora perché sfruttarla come titolo? Forse perché così si vendono i giornali?

La sequela delle fake news più famose e dei miti da sfatare è lunga, quelli riportati sono tra gli esempi più eclatanti, mentre per gli altri basta fare un giro su internet. In ogni caso è utile sapere che sono molti gli elementi che favoriscono la diffusione dei contenuti, di cui quattro i principali canali:

1. Una parte è condivisa involontariamente sui social da persone che, senza una verifica approfondita, rilanciano o ritwittano informazioni inaccurate o false;
2. I contenuti vengono poi amplificati dai giornalisti, che devono diffondere informazioni emerse dal web e dai social in tempo reale;
3. Gruppi vagamente collegati tra di loro tentano di influenzare l'opinione pubblica;
4. Si aggiungono poi altri elementi che sono prodotti da campagne sofisticate di disinformazione attraverso reti di bot e fabbriche di troll.

Alcuni consigli per evitare la diffusione di fake news ci vengono forniti da Margareth Sullivan su The Washington Post:

- Consulta e confronta più fonti di informazione
- Non condividere senza verificare
- Se diffondi un contenuto falso, cerca di correggere velocemente
- Cerca di avere un atteggiamento scettico verso l'informazione
- Usa il pensiero critico

Ricordiamoci che i creatori di bufale sanno che la capacità critica degli esseri umani cala fino ad annullarsi se l'informazione proposta è coerente con le loro idee, teorie, speranze. E sanno pure che le menti più deboli sono molto più rapide nel propagare le bufale, soprattutto se si tratta di salute. In altre parole, un credulone con uno smartphone fa molti più proseliti di uno scettico prudente.

Di fronte a questa offensiva subdola e nociva i professionisti devono reagire: comunicare apertamente con i pazienti in studio e sui social, arricchire il proprio sito inserendo link a siti affidabili di divulgazione scientifica e di informazione sanitaria, denunciare pubblicità ingannevoli e informazioni false. Queste sono le azioni alle quali ognuno deve sentirsi obbligato, anche perché la disinformazione è un'arma non convenzionale, che rischia di minare la stessa convivenza civile delle società democratiche. È forse pensando a queste criticità che la stampa del Regno Unito è stata sottoposta all'autorità dell'Independent Press Standards Organisation (IPSO), costituita l'8 settembre 2014 con la contestuale abrogazione della Press Complaints Commission, principale associazione privata di autoregolamentazione della carta stampata a partire dal 1990.



Il valore della trasparenza e della verità

Fabio Ambrosino
Il Pensiero Scientifico Editore

Per effetto delle fake news un prodotto di consumo potrebbe risultare inaffidabile agli occhi del consumatore con ripercussioni negative sul produttore. Allo stesso modo, la diffusione di false informazioni su un titolo finanziario potrebbero generare massicci flussi di vendita e un crollo azionario. Cosa può insegnare alla sanità e alla medicina l'analisi della diffusione delle fake news in altri settori, come quelli della politica, della finanza e del commercio?

LE FAKE NEWS SBARCANO IN BORSA

Capita ancora di vedere, soprattutto sui social media, articoli giornalistici (o presunti tali) che ripropongono la relazione tra autismo e vaccini, spesso riportando come fonte il famoso studio – notoriamente fraudolento – di Andrew Wakefield¹. Il web pullula di notizie false relative al mondo della salute: per farsi un'idea dell'entità di questo inganno basta fare un giro sul sito Dottoremaeveroche.it, piattaforma sviluppata dalla FNOMCeO proprio per arginare la diffusione di fake news in tema salute di cui abbiamo parlato ampiamente in questo numero.

L'impatto che queste false informazioni possono avere sulla vita reale delle persone è, purtroppo, notevole. Per esempio, la diffusione di credenze errate – o quantomeno sproporzionate – circa la sicurezza dei vaccini è ritenuta in parte responsabile del drammatico calo delle coperture vaccinali emerso qualche anno fa in molte aree del nostro Paese². In ambito politico, poi, basti pensare agli effetti che le fake news hanno avuto sui risultati delle ultime elezioni presidenziali statunitensi, con la diffusione di informazioni strumentali – probabilmente anche su iniziativa di governi stranieri – che ha favorito la vittoria di Donald Trump³. Non a caso, quello delle fake news è un tema molto sentito a livello globale, con diversi rappresentanti politici e religiosi che hanno sottolineato la necessità di azioni urgenti.

Uno dei problemi principali, infatti, è la facilità e la rapidità con cui le informazioni false si diffondono. Uno studio ha dimostrato che in genere le fake news presenti su Twitter vengono condivise più spesso dagli utenti rispetto alle notizie vere, soprattutto quando queste riguardano temi politici⁴. Un fenomeno riconducibile in parte all'esistenza di bias cognitivi – come la tendenza a ricercare informazioni che confermano le nostre credenze e attitudini – e in parte alla crescente diffusione di software sviluppati appositamente per questo fine. I cosiddetti bot, per esempio: profili finti che sfruttano le caratteristiche degli algoritmi dei social media per far sì che determinati contenuti vengano visti da un maggior numero di persone. Secondo stime recenti una percentuale compresa tra il 9% e il 15% dei profili Twitter sarebbe costituito da bot, mentre su Facebook questi ammonterebbero a circa 60 milioni^{5,6}.

Ma il problema della disinformazione non riguarda solo il mondo della salute o della politica. Di recente le possibili conseguenze delle fake news sono diventate evidenti anche in ambito finanziario e commerciale, con alcuni studi e casi studio che hanno messo in evidenza come i rischi associati siano potenzialmente enormi. Dai risultati di un sondaggio condotto nel 2017 dall'American Institute of Certified Public Accountants (AICPA) – l'organizzazione professionale dei commercialisti statunitensi – è emerso che un cittadino americano su tre considera le fake news una minaccia "molto seria" per le loro decisioni in ambito finanziario, mentre secondo il 63% dei partecipanti queste rendono le operazioni finanziarie "più complicate" nelle seguenti aree o attività: assistenza sanitaria (44%), investimenti sul mercato azionario (40%), fondi pensionistici (36%), inizio di un nuovo business (35%) e cambio di occupazione (29%)⁷. Pur essendo un problema con delle specifiche peculiarità e in molti casi sovrapponibile ad altre tematiche, come quelle relative alla concorrenza sleale e alla proprietà intellettuale, quello delle fake news in ambito finanziario e commerciale è comunque un aspetto il cui studio può fornire degli spunti utili anche per il settore della medicina e della salute.

L'ECONOMIA DELLE FAKE NEWS

Un numero sempre maggiore di investitori, sia professionisti sia privati, fa affidamento sui social media e sulle testate web per ottenere informazioni circa l'an-

damento del mercato finanziario. Tuttavia, se da un lato l'utilizzo di queste fonti può ridurre di molto i costi di analisi e velocizzare enormemente l'accesso ai dati, dall'altro fornisce un terreno fertile per la diffusione di informazioni false messe online con l'obiettivo specifico di manipolare l'andamento del mercato. Attualmente, ad esempio, per una compagnia non è per niente difficile individuare delle agenzie di marketing in grado di realizzare dei bot anonimi che, attraverso account fasulli di Twitter o YouTube o altri social media, pubblicano e diffondono contenuti relativi al proprio brand. Allo stesso modo, può capitare che delle aziende paghino segretamente dei giornalisti affinché questi scrivano delle notizie a loro vantaggio su vari siti e testate, anche di portata nazionale, spesso ignari di questo processo.

A prescindere dai modi, tuttavia, il risultato è sempre lo stesso: diffusione di informazioni false e potenziali perdite per gli investitori. Nel 2018 il fenomeno della cosiddetta "economia delle fake news" è stato indagato in uno studio condotto dai ricercatori Shimon Kogan dell'MIT Sloan School of Management, Tobias J. Moskowitz della Yale University e Marina Niessner dell'AQR Capital Management⁸. In particolare, i tre economisti hanno utilizzato un algoritmo linguistico – sviluppato in precedenza dal gruppo dello psicologo sociale James Pennebaker al fine di individuare le menzogne nel linguaggio scritto e parlato⁹ – per identificare articoli falsi in ambito finanziario. Poiché l'algoritmo era stato originariamente sviluppato per comunicazioni ►



personali e scritti di natura criminale, i ricercatori hanno dovuto prima accertarsi che questo funzionasse anche nell'ambito del giornalismo finanziario. Per farlo lo hanno testato su un campione di articoli oggetto di uno scandalo di qualche anno prima riguardante alcuni giornalisti di Seeking Alpha (servizio di informazione che produce articoli e ricerche per il mercato finanziario), rei di aver ricevuto pagamenti per scrivere contenuti a favore di compagnie sponsor senza dichiarare il conflitto di interesse. Dai risultati di questa fase di test l'algoritmo è risultato in grado di discriminare correttamente tra articoli promozionali e non promozionali scritti dagli stessi giornalisti. Gli autori della ricerca lo hanno quindi applicato a un campione più ampio di contenuti pubblicati tra il 2005 e il 2015 su Seeking Alpha e Motley Fool (un altro servizio di informazione finanziaria), individuando un tasso annuo medio di fake news del 2,8%, con un picco pari al 4,8% in riferimento al 2008. Non contenti, hanno cercato di valutare l'impatto di queste notizie sull'andamento dei mercati: dai risultati è emerso che nei giorni in cui gli articoli in questione erano stati pubblicati su queste piattaforme si registrava un volume di affari anomalo in relazione a quelle notizie. Inoltre, prendendo come riferimento lo specifico campione di articoli sicuramente falsi (quelli relativi allo scandalo di Seeking Alpha) è emersa una risposta dei mercati superiore a quella prodotta dalle notizie reali pubblicate nello stesso periodo dallo stesso servizio di informazione. Risultati simili, poi, sono stati riscontrati anche in riferimento agli articoli probabilmente falsi, quelli individuati grazie all'algoritmo di Pennebaker e colleghi. Gli autori hanno individuato una riduzione del volume di trading associato alle pubblicazioni su Seeking Alpha solo in seguito allo scandalo che riguardava il servizio e la conseguente pubblicazione di molti articoli sul caso, a dimostrazione del fatto che, messi di fronte all'evidenza della possibile presenza di notizie sponsorizzate su una data piattaforma, gli investitori reagiscono fidandosi di meno delle informazioni che questa fornisce.

Di fronte a questi risultati, la soluzione sembrerebbe semplice: implementare nelle piattaforme che distribuiscono conoscenza degli algoritmi in grado di discriminare, in termini probabilistici, contenuti falsi – o comunque costruiti con un intento manipolatorio – e contenuti veri. Un approccio di questo tipo, tuttavia, pone non pochi problemi. Per esempio, non bisogna dimenticare che i social media e i siti di informazioni sono società private, spesso quotate in borsa, il cui modello di business è incentrato sulla vendita di spazi pubblicitari. È inevitabile, quindi, che questi tendano a “premiare” contenuti in grado di attrarre l'attenzione. Allo stesso modo un intervento pubblico in questo senso solleverebbe non poche preoccupazioni in termini di libertà di stampa e di espressione. Senza considerare che, in generale, non c'è molta fiducia sull'efficacia degli algoritmi di intelligenza artificiale destinati a individuare le informazioni false. Infatti, in molti sospettano che software di questo tipo porterebbero semplicemente allo sviluppo di fake news più sofisticate.

Più efficaci, invece, potrebbero essere degli interventi educativi finalizzati a fornire ai fruitori delle informazioni le competenze necessarie per stabilire la qualità e credibilità dei contenuti che incontrano. Sono stati testati diversi programmi educativi, anche a un livello di scuola primaria e secondaria¹⁰, ma non è ancora chiaro quanto questi possano essere efficaci sul lungo termine. Nel frattempo, per evitare di cadere nella trappola delle fake news finanziarie, è possibile seguire alcuni piccoli accorgimenti. Secondo la Financial Literacy Commission dell'AICPA, ad esempio, è importante: prestare attenzione a segnali rivelatori, come la presenza di claim esagerati e discutibili nei titoli e di errori grammaticali e refusi nei testi; informarsi sulla credibilità degli autori e cercare altre fonti che confermino le informazioni riportate; assicurarsi che le notizie provengano da un sito web legittimo e non da uno che ne riproduce le sembianze grafiche; accertarsi che gli articoli non siano in realtà contenuti sponsorizzati o pubblicità (spesso hanno volutamente la sembianza di articoli giornalistici); imparare a distinguere tra fake news e satira.

VERITÀ O BUFALA? IL CASO DEL GLIFOSATO

Un caso che descrive bene l'impatto che un'informazione imprecisa può avere in termini economici è quello del glifosato. Ma non solo, il caso del glifosato permette anche di capire quanto a volte il confine tra bufala, verità scientifica e verità processuale possa essere labile. Innanzitutto, cos'è il glifosato. Si tratta di una sostanza attiva contenuta nei pesticidi utilizzati in agricoltura e orticoltura per combattere le erbe infestanti che competono con le colture. Questi vengono applicati in genere prima della semina e successivamente come trattamento essiccante per accelerare e uniformare il processo di maturazione. Per quanto riguarda la sua diffusione, basti dire che il glifosato rappresenta a oggi l'erbicida più utilizzato al mondo. Il glifosato è giunto agli onori della cronaca a causa di due sentenze del tribunale di San Francisco, una del 2018 e una del 2019, che avevano condannato la multinazionale chimica e farmaceutica Bayer (fresca di acquisizione del colosso fito-farmaceutico Monsanto, un affare da 63 miliardi di dollari) a risarcire, a suon di milioni, un agricoltore e un ex-giardiniere colpiti da un linfoma non-Hodgkin in seguito all'esposizione prolungata al pesticida Roundup, a base di glifosato, prodotto proprio dalla Monsanto. Per la Bayer il risultato è stato, dopo la seconda sentenza, un calo di circa 10 punti percentuali in borsa nel giro di poche ore. Anche perché secondo le stime sarebbero almeno 11.000 le denunce presentate per casi simili a quelli giudicati dal tribunale di San Francisco.

Ma quindi il glifosato fa male? Il fatto che venga utilizzato su prodotti alimentari aumenta i rischi per la nostra salute? La cosa sorprendente è che non c'è ancora una risposta definitiva a queste domande. Infatti, mentre alcuni potenziali effetti associati all'esposizione al glifosato di cui si parla in rete – come la maggiore probabilità di sviluppare una sclerosi laterale amiotrofica o l'Alzheimer – sono facilmente individuabili come bufale, per quanto riguarda il linfoma la questione è decisamente controversa. Nel 2017 l'European Chemicals Agency (ECHA) ha deciso di non includere il glifosato tra le sostanze cancerogene perché secondo l'agenzia non esistono prove a sufficienza per sostenere il contrario¹¹. Lo stesso ha fatto l'European Food Safety Authority (EFSA), definendo improbabile un'azione cancerogena del pesticida¹². L'Organizzazione Mondiale della Sanità, invece, nel 2015 ha inserito il glifosato nella lista delle sostanze probabilmente cancerogene, per poi cambiare idea l'anno successivo, allineandosi al parere dell'EFSA¹³. Per l'International Agency for Research on Cancer – una delle massime autorità statunitensi per la ricerca contro il cancro – invece, il glifosato continua a essere una sostanza "probabilmente cancerogena"¹⁴.

Va detto, tuttavia, che le indicazioni dell'agenzia intergovernativa delle Nazioni Unite non riguardano la potenza cancerogena di una sostanza: basti pensare che nella categoria delle sostanze "sicuramente cancerogene" ci sono sia le sigarette che le carni rosse processate, come il salame e la mortadella.

Da una parte, quindi, ci sono le istituzioni scientifiche che riportano pareri contrastanti¹⁵ e dall'altra i tribunali che stabiliscono un legame certo tra glifosato e cancro. In mezzo, i cittadini, i quali nel frattempo hanno cominciato a interrogarsi sulla questione e, grazie anche alle varie fake news circolate in rete, a credere alla nocività di questo agente per la salute umana. Negli ultimi anni in Europa il parere dell'opinione pubblica sul tema è diventato tanto pressante – specie dopo la divulgazione dei "Monsanto papers", documenti che sembravano provare delle ingerenze dell'azienda sulla comunità scientifica – che per la prima volta la Commissione Europea ha stabilito che i Paesi che dovranno occuparsi del report sul prossimo rinnovo dell'autorizzazione all'uso del glifosato saranno quattro, e non uno come accade di consueto. La sensazione che nessun Paese volesse assumersi da solo la responsabilità dell'esito è forte.

In generale, tuttavia, la tematica del glifosato ha spinto molti cittadini europei a chiedere una maggiore trasparenza nel processo di autorizzazione all'uso delle sostanze in ambito alimentare. Nel paragrafo relativo alle sfide future dell'ultimo Fitness Check della General Food Law dell'Unione Europea – principio fondamentale alla base di tutta la normativa europea in tema alimentare – si legge: "Nonostante un considerevole progresso complessivo, in alcuni casi la società civile percepisce il processo di valutazione del rischio dell'EFSA come non completamente trasparente. L'EFSA deve basare le sue valutazioni di rischio su studi fatti dalle industrie, ma le informazioni non sono sempre e completamente accessibili per il pubblico a causa delle regole relative al segreto commerciale e alla protezione dei dati".

PAROLA D'ORDINE: TRASPARENZA

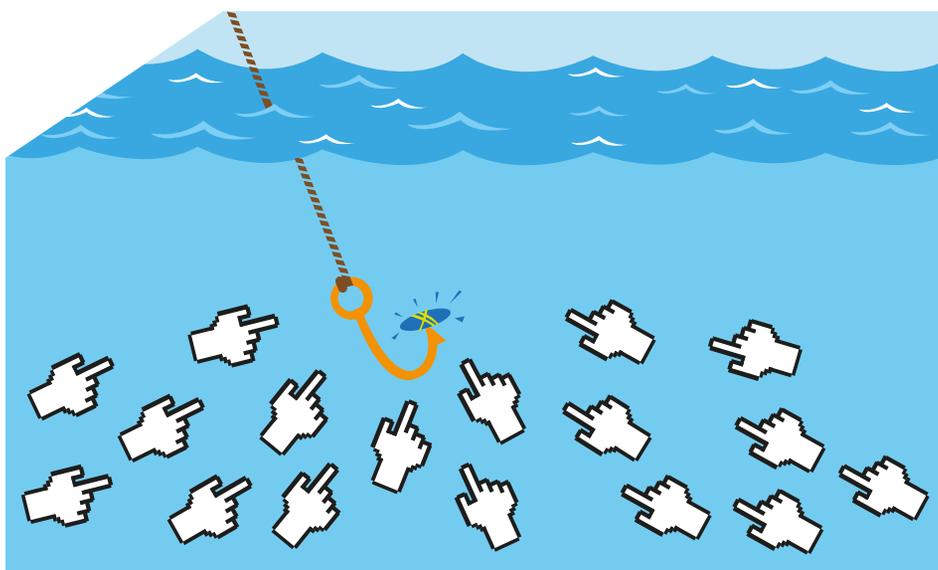
Un problema, quello dell'assenza di trasparenza, che si riscontra spesso anche in ambito medico e che è in parte responsabile del clima di sfiducia che in alcune occasioni circonda questo settore. Secondo i risultati di un sondaggio realizzato nel 2017 dall'Academia of Medical Sciences inglese, ad esempio, solo un terzo dei cittadini britannici (su un campione di circa 2000 soggetti) si fida delle evidenze prodotte dalla ricerca medica. Ma, sorprendentemente, questa tendenza è stata riscontrata anche in riferimento al campione dei medici ►

focus Fake news in sanità

(circa 1000 soggetti): quattro su cinque pensano che la ricerca finanziata dalle industrie sia manipolata in modo da far emergere risultati positivi¹⁶. In generale, gli autori del sondaggio sottolineano l'esigenza di una "più chiara, semplice e bilanciata valutazione dei benefici e potenziali danni della medicina".

"Crediamo che le iniziative portate avanti di recente dalle industrie giustifichino una maggiore fiducia nei confronti delle evidenze prodotte dal settore commerciale," ha commentato John Tooke, a capo della commissione dell'Academia of Medical Sciences che ha condotto la survey "ma molto deve essere ancora fatto". Infatti, se molte delle bufale riguardanti la salute si sviluppano intorno a uno scetticismo nei confronti delle aziende farmaceutiche – si pensi proprio al caso dei vaccini – è anche vero che l'operato di queste risulta in alcuni casi caratterizzato da un certo grado di opacità. Capita ad esempio abbastanza spesso che venga violato un principio che dovrebbe essere alla base dei trial clinici, cioè che tutte le parti coinvolte – dai ricercatori ai revisori, dai finanziatori ai pazienti – devono poter accedere alle informazioni riguardanti il disegno, lo svolgimento, le analisi e i risultati degli studi. In linea con questo principio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente sottolineato la necessità per gli stati membri di "adottare le misure necessarie per sostenere la diffusione, il potenziamento, la disponibilità e l'accesso ai dati aggregati dei risultati e, se già disponibili al pubblico o forniti volontariamente, dei costi degli studi clinici su soggetti umani, indipendentemente dagli esiti o dal fatto che i risultati supporteranno un'applicazione per l'approvazione all'immissione in commercio e garantendo la riservatezza per i pazienti" e di "lavorare in modo collaborativo per migliorare la comunicazione delle informazioni da parte dei fornitori sui prodotti sanitari registrati, come i rapporti su ricavi di vendita, i prezzi, le unità vendute, i costi di marketing e gli incentivi"¹⁶.

Ma la trasparenza riguarda anche altri aspetti della medicina. Ad esempio, nonostante si stiano facendo passi in avanti in questo senso, nell'ambiente medico esiste ancora una certa tendenza a non comunicare gli errori: spesso, piuttosto che sfruttare queste situazioni per favorire un confronto utile a prevenire la loro occorrenza, si tende ad avere un approccio punitivo nei confronti di chi sbaglia. Di conseguenza, spesso gli errori tendono a non essere comunicati e discussi e, quindi, ripetuti. Lo stesso vale poi per quanto riguarda i risultati negativi degli studi, quasi mai pubblicati, o le complicità associate alle procedure mediche, spesso non riportate nelle discussioni sui casi clinici. "Perseguendo la trasparenza, per quanto riguarda sia i medici che i pazienti, le organiz-



zazioni sanitarie possono promuovere la responsabilità dei dirigenti nei confronti della sicurezza, un maggior coinvolgimento dei medici nel favorire l'innovazione e una maggiore fiducia dei pazienti" scriveva nel 2013 sul *New England Journal of Medicine* Allen Kachalia, responsabile della patient security presso la Johns Hopkins Medicine¹⁷.

Infine, un ruolo importante è sicuramente giocato anche dai media, i quali in generale dovrebbero riportare i dati della ricerca medica con la giusta cautela e prestando grande attenzione alla qualità e natura dei dati. Il report dell'Academia of Medical Sciences inglese sul sondaggio realizzato nel 2017, ad esempio, suggerisce la possibilità di usare un sistema di classificazione simbolico dei comunicati stampa: luce rossa per gli studi preliminari, luce gialla per i risultati delle ricerche la

cui applicazione sugli esseri umani deve essere ancora confermata, luce verde per gli studi ampi e rigorosi che hanno ricevuto conferme indipendenti¹⁸.

Il problema delle fake news, e più in generale della diffusione di informazioni false o imprecise, riguarda quindi molti ambiti della medicina. Ma non solo della medicina, appunto. Per questo l'analisi di casi relativi ad altri settori, come quelli della politica, della finanza e del commercio, può fornire spunti utili per superare alcune criticità. In generale, tuttavia, come sostenevano David M.J. Lazer e colleghi, autori nel 2018 di un articolo sulla "scienza delle fake news", pubblicato su *Science*¹⁹, oltre a chiedersi come risolvere il problema, quindi, bisognerebbe impegnarsi per rispondere alla più ampia domanda: come possiamo creare una cultura che valorizzi e promuova la verità?

Bibliografia

1. Wakefield A. *MMR vaccination and autism*. Lancet 1999; 354(9182): P949-950.
2. Filia A, De Crescenzo M, Seyler T, et al. *Measles resurges in Italy: preliminary data from September 2007 to May 2008*. Eurosurveillance 2008; 13(29):pii=18928.
3. Allcott H, Gentzkow M. *Social Media and Fake News in the 2016 Election*. J Econ Perspect 2017; 31(2): 211-236.
4. Vosoughi S, Roy D, Aral S. *The spread of true and false news online*. Science 2018; 359(6380): 1146-1151.
5. Varol O, Ferrara E, Davis CA, et al. *Online Human-Bot Interactions: Detection, Estimation, and Characterization*. in *Proceedings of the 11th AAAI Conference on Web and Social media 2017*.
6. Senate Judiciary Committee. *Extremist content and Russian disinformation online: working with tech to find solutions*. Committee on the Judiciary 2017.
7. AICPA. *Fake Financial News is a Real Threat to Majority of Americans: New AICPA Survey*. Accessibile da: <https://www.aicpa.org/press/pressreleases/2017/fake-financial-news-is-a-real-threat-to-majority-of-americans-new-aicpa-survey.html>.
8. Kogan S, Moskovitz TJ, Niessner M. *Fake News: Evidence from Financial Markets*. SSRN. Accessibile da: <https://ssrn.com/abstract=3237763>.
9. Pennebaker J, Booth R, Boyd R, Francis M. *Linguistic inquiry and word count: Liwc 2015 operator's manual*, 2015.
10. Jones C. *Bill would help California schools teach about 'fake news,' media literacy*. EdSource, 24 marzo 2017.
11. ECHA. *Glyphosate not classified as a carcinogen by ECHA*. Accessibile da: <https://echa.europa.eu/it/-/glyphosate-not-classified-as-a-carcinogen-by-echa>.
12. EFSA. *Evaluation of the impact of glyphosate and its residues in feed on animal health*. EFSA Journal 2018; 16: 5283.
13. Trager R. *WHO clarifies glyphosate risks*. Chemistry World 2016. Accessibile da: <https://www.chemistryworld.com/news/who-clarifies-glyphosate-risks/1010208.article>.
14. IARC. *IARC Monograph on Glyphosate*. Accessibile da: <https://www.iarc.fr/featured-news/media-centre-iarc-news-glyphosate/>.
15. Manservigi F, Lesseur C, Panzacchi S, et al. *The Ramazzini Institute 13-week pilot study glyphosate-based herbicides administered at human-equivalent dose to Sprague Dawley rats: effects on development and endocrine system*. Environ Health 18, 15 (2019) doi:10.1186/s12940-019-0453-y.
16. Hawkes N. *Public's distrust of medicines needs urgent action, says academy*. BMJ 2017; 357: j2974.
17. World Health Organization. *Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products*. Accessibile da: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_ACONF2Rev1-en.pdf.
18. Kachalia A. *Improving patient safety through transparency*. N Engl J Med 2013; 369: 18.
19. Lazer DMJ, Baum MA, Benkler Y, et al. *The Science of Fake News*. Science 2018; 359: 1094-6.

Cialtrone sarà lei! Perché nessuno è immune dagli scherzi della mente

Sergio Della Sala

Human Cognitive Neuroscience, University of Edinburgh, UK

Presidente CICAP - Comitato Italiano per il Controllo delle Affermazioni sulle Pseudoscienze

Discutere di
solide evidenze
scientifiche
consente di
aumentare il
nostro sapere,
migliorare il
nostro benessere
e stabilire una
modalità razionale
di divulgazione
della conoscenza
scientifica

Siamo esseri irrazionali. Abbiamo bisogno di regole esterne a noi per prendere decisioni collettive. Quindi c'è bisogno di evidenze su cui basare le nostre decisioni. La scienza offre strumenti democratici per raccogliere, verificare, falsificare, modificare, migliorare e mettere in discussione le evidenze che ci sono necessarie.

La discussione e la disseminazione delle evidenze scientifiche devono essere sostenute da tre valori. Il "valore dei fatti": le affermazioni immesse nel dibattito pubblico devono essere sostenute da prove. Il "valore della trasparenza": esame aperto delle modalità con cui questi fatti vengono costruiti. Il "valore della responsabilità": sia per chi produce conoscenza scientifica e tecnica, sia per chi opera nel mondo dell'informazione.

Il tradimento di questi valori apre la porta alle fake news, un termine di moda che indica notizie non provate, che spesso sono dannose soprattutto in ambito medico. Queste fake news vanno contrastate e chi le diffonde è da condannare. Un modo per combatterle in campo medico e scientifico è quello di valorizzare le evidenze raccolte secondo metodi concordati. Ma queste evidenze sono un po' come il sarchiapone, tutti pretendiamo di sapere di cosa stiamo parlando, ma le evidenze di alcuni sono diverse da quelle di altri. Le singole ricerche non hanno valore prescrittivo e neppure valore suggestivo, dunque non ha senso usarle per informare. Divulgarle al pubblico genera confusione, induce l'idea che la scienza sia contraddittoria e produce false notizie. La scienza che merita di essere divulgata si basa su conoscenze acquisite derivanti da ricerche che durano molti anni e sono condivise da molti laboratori indipendenti. Discutere di solide evidenze scientifiche consente di aumentare il nostro sapere, migliorare il nostro benessere e stabilire una modalità razionale di divulgazione della conoscenza scientifica.

Purtroppo anche gli esperti, i clinici, i ricercatori, gli accademici, i divulgatori talvolta non rispettano questi valori, partecipando così alla diffusione di fake news. Più spesso di quanto sia desiderabile, proprio le fonti che dovrebbero contrastarle, si rendono complici della diffusione di fake news. Nel mio campo di competenza, girando per festival della scienza, ho sentito una nota neuroscienziata affermare in un'affollata conferenza che l'autismo sarebbe causato dall'uso di apparecchi computerizzati da parte dei bambini. Le sue evidenze? L'osservazione che all'aumento del numero di diagnosi di autismo corrisponde un aumento dell'uso di computer da parte dei bimbi che crescono. Naturalmente, accettando questa logica correlativa, si potrebbe altrettanto affermare che la causa dell'aumento delle diagnosi di autismo risieda nell'aumentato numero di partecipazioni ai festival della scienza. In un contesto simile ho sentito un gradevolissimo divulgatore affermare senza ironia che il nostro cervello sarebbe "triuno", cioè composto da tre livelli, un sistema

rettile, uno mammifero, e uno corticale. Si tratta di una semplicistica fola degli anni Sessanta, subito smentita e sbeffeggiata, che sopravvive grazie all'incultura di alcune pagine web e di libercoli pubblicati senza controllo. Una fake news, tanto è vero che neppure i rettili hanno il cervello rettile! Sono solo due esempi, che testimoniano di un eccessivo lassismo proprio nelle fonti da cui ci si aspetta una divulgazione scientifica controllata e approfondita.

Se giornalisti non specializzati ascoltassero queste affermazioni poi le potrebbero a loro volta diffondere. La responsabilità però non sarebbe del giornalista, ma del divulgatore scientifico, dello scienziato, del medico che con superficialità hanno partecipato alla diffusione di notizie non basate su evidenze raccolte rispettando i parametri del metodo scientifico.

Talvolta è colpa anche nostra se le fake news proliferano. Dobbiamo fare autocritica, stare all'erta su cosa diciamo, oltre che invitare gli altri a farlo. Dobbiamo insomma aumentare il livello di moralità individuale e pubblica quando comunichiamo o facciamo scienza.



Dottore, ma è vero che...?

IL SITO PER UN'INFORMAZIONE
SCIENTIFICA ACCREDITATA

<https://dottoremaeveroche.it>

Luigi Conte (1948-2017)

L'ideatore del progetto

Ci è gradito aprire questo speciale su Dottoremaeveroche ricordando il dottor Luigi Conte, segretario generale FNOMCeO ed ex presidente OMCeO Udine, venuto a mancare nel 2017. A lui è attribuita la paternità del sito anti-fake news della FNOMCeO: di seguito l'estratto di un'intervista del 2016 in cui anticipava modalità e obiettivi del progetto.



“Credo che uno spazio del genere in Rete” spiegava Luigi Conte a Adnkronos Salute “possa rivelarsi molto utile. Anche per informare gli stessi camici bianchi sulle ‘false cure’ che girano in rete e non solo, e di cui spesso fanno poco. In questo campo, per esempio, la funzione del medico di famiglia, per informare ed orientare i pazienti, è davvero importante”.

“Il problema” ricordava Luigi Conte “è che bisognerebbe creare una rete internazionale per arginare questi fenomeni. Prendiamo il caso di Tullio Simoncini, radiato perché ‘curava’ i tumori con il bicarbonato, mettendo a rischio la vita dei pazienti. Non ha potuto esercitare in Italia e in Europa ma lo ha potuto fare in altri Paesi. E non è il solo caso.”

Conte sottolineava, inoltre, la necessità di “recuperare una razionalità generale in tema di scienza e far crescere la cultura scientifica e medica, a partire dalla scuola. Ed è anche molto importante far crescere la fiducia nelle istituzioni, contrastando la sempre più diffusa tendenza a cercare il ‘complotto’. In questo campo ognuno deve fare la sua parte”.



Cerca le risposte alle domande più frequenti sulla salute

...inizia qui a chiedere



Intervista con Alessandro Conte, coordinatore del progetto, e con i collaboratori e gli autori del sito “Dottore, ma è vero che...?”



Nel febbraio 2018, sotto l'egida della Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, la guida dei responsabili dell'Area comunicazione FNOMCeO e il coordinamento del dottor Alessandro Conte, nasce “Dottore, ma è vero che...?”, sito anti fake news “pioniere” in Italia, che si prefigge l'obiettivo di contrastare la diffusione di bufale sanitarie in rete. Alle numerose schede ricche di informazioni e fonti affidabili si affiancano sul sito buone pratiche di comunicazione e la sezione “Navigazione consapevole” allo scopo di fornire agli utenti della rete gli strumenti per navigare in autonomia e sicurezza nel mare magnum del web. Dai Fiori di Bach all'iridologia, dalla medicina ayurvedica alle inevitabili vaccinazioni, Dottoremaeveroche si pone come obiettivo quello di fornire informazioni

corrette, eliminando l'aggressività e la presunzione dal dibattito per sostituirlo con un approccio comunicativo “dolce”, che parta da accettazione e riconoscimento della legittimità dei dubbi del cittadino.

Com'è nato Dottoremaeveroche?

Quando è nato, a febbraio 2018, il portale Dottoremaeveroche, dedicato da FNOMCeO alla buona comunicazione sui temi della salute, era il primo del suo genere. Solo dopo sarebbero arrivate le esperienze di altre istituzioni come l'Istituto Superiore di Sanità

o associazioni come l'AIOM e, pur nell'indubbio vantaggio di solcare un mare inesplorato, da subito la sfida del "come" assolvere al difficile compito prefissato si è presentata non semplice, pur se stimolante. La trasparenza, la solidità scientifica dei contenuti e l'accessibilità degli stessi – individuati come elementi imprescindibili per questo progetto – pregiudicavano, almeno in parte, la capacità di essere tempestivi, se non altro per quelli che sono i tempi della rete, segnati dal vorticare incontrollato di alcune notizie, in alcuni casi altrettanto rapidamente dimenticate, in altri destinate a lasciare un segno sulla popolazione. La scelta è stata puntare sulla qualità e su qualcosa che ancora nello scenario istituzionale mancava: la pluralità di visioni e competenze. Si è così formato un gruppo composto da professionalità diversissime, perfettamente amalgamate tra loro, utili a comprendere le molteplici dinamiche sottese alla difficile divulgazione di contenuti scientifici, non sempre semplici né immediati da cogliere.

L'abbiamo definito, sin dal primo giorno online, un porto sicuro e in effetti è ciò a cui si rivolge la prua quanto il mare è in tempesta: non la prima baia individuata sulla mappa, ma una scelta mirata e consapevole. Dottoremaeveroche vuole essere l'opzione di cui ci si ricorda quando si vuole verificare qualcosa senza lasciare spazio a dubbi.

Quali sono stati finora i risultati?

Oggi, a quasi due anni da questa scelta, i numeri continuano a premiare. Proprio quando l'appel della novità era lecito aspettarsi che svanisse, fiaccato dal tempo e dalle tante offerte con caratteristiche simili di cui si è popolata la rete, la conferma che lo stile posato e accessibile di Dottoremaeveroche ha fatto breccia nelle routine dei "naviganti" del web arriva dai numeri.

1000, 1200 e ora stabilmente 1800 persone ogni giorno, infatti, scelgono di interagire con la buona informazione targata FNOMCeO.

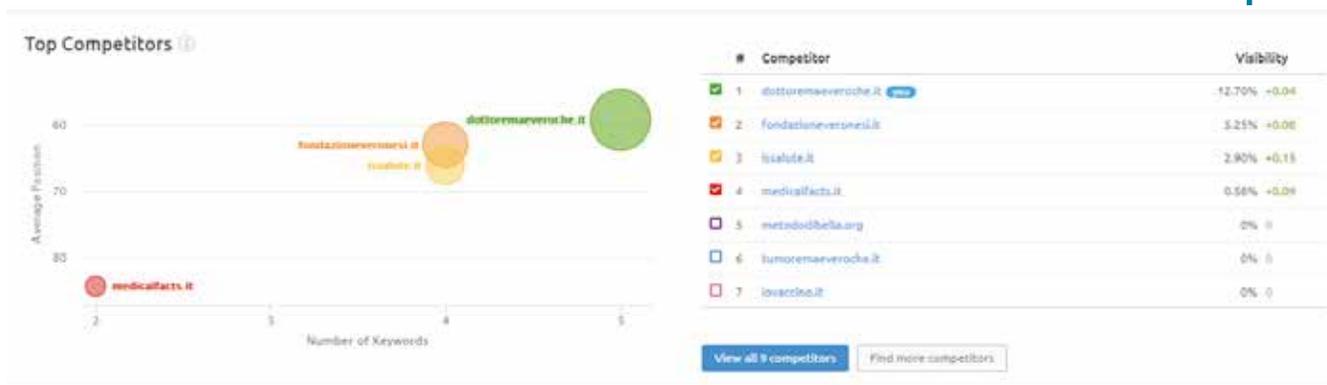
Ma non è solo nei numeri la conferma della bontà delle scelte fatte.

Di Dottoremaeveroche si è parlato in televisione, anche su programmi di grande share, in diverse trasmissioni radiofoniche e in eventi formativi aperti alle istituzioni, come la conferenza degli Ordini dei Medici Europei; al mondo giornalistico, come i corsi promossi da EACI; e al pubblico, come gli incontri promossi da Comuni ed associazioni di volontariato, senza ovviamente dimenticare il CICAP Fest, importante occasione di scambio e confronto sui grandi temi scientifici.

Da ognuna di queste occasioni Dottoremaeveroche è uscito rafforzato, con nuove reti di contatti e sostenitori o semplicemente più persone consapevoli della sua esistenza e della sua missione.

Nel frattempo l'attenzione ad alcuni accorgimenti tecnici, oltre all'eco mediatica generata da alcune schede particolarmente di successo, ha consolidato il cosiddetto page ranking di Dottoremaeveroche, ovvero la capacità di farsi trovare dagli utenti quando effettuano una ricerca online. L'obiettivo in questo caso è di comparire tra i primi risultati restituiti dal motore di ricerca su un determinato argomento, se non come primo in assoluto almeno all'interno della prima pagina; altrimenti tutto il buon lavoro di valutazione delle fonti, produzione di testi accessibili ed immediati risulta un puro esercizio di stile.

Il lavoro sin qui svolto ha prodotto un trend costantemente positivo nel posizionamento di diverse parole chiave, di cui un buon numero (circa il 50%), si ritrova addirittura tra i primi cinque risultati restituiti, ampliando la visibilità del portale e permettendo di esserci quando si pone la domanda "Dottore, ma è vero che...?".



Secondo lei, un sito internet può essere realmente d'aiuto nel modificare i comportamenti della popolazione in materia di navigazione sul web?

Se n'è parlato pochi giorni fa, proprio a Torino, nel contesto dei lavori della XIX Conferenza Nazionale delle Reti HPH (Ospedali che promuovono la salute), presentando la collaborazione tra Dottoremaeveroche ed alcune aziende sanitarie che ne hanno promosso la diffusione, riferendosi in particolar modo alla sezione dedicata alla Navigazione Consapevole. Quest'ultima, infatti, rappresenta un vero intervento di salute pubblica, permettendo al cittadino non solo di apprendere utili informazioni sulle caratteristiche che connotano l'affidabilità di un sito, ma dandogli anche modo di mettere alla prova quanto appreso e di sperimentare una vera e propria check-list di valutazione durante la sua navigazione autonoma.

In quest'occasione sono anche stati tratteggiati i risultati preliminari di un approfondimento, condotto insieme a due docenti dell'Università di Firenze, Maria Renza Guelfi e Marco Masoni, su un gruppo di studenti che, valutati prima e dopo l'esposizione ai contenuti del sito, hanno dimostrato, in maniera statisticamente rilevante, di aver modificato alcune abitudini nel loro comportamento online. Un risultato che, se confermato da ulteriori esperienze, potrebbe consacrare definitivamente le scelte fin qui fatte nello svolgere il compito per cui Dottoremaeveroche è nato: difendere i cittadini da chi, giocando sulla loro salute, vuole ingannare o guadagnare.



Roberta Villa

Giornalista scientifica

Che cosa significa essere autori di Dottoremaeveroche? C'è un valore aggiunto nell'essere in prima linea nel contrasto alle fake news?



Il tema della disinformazione e di come contrastarla è un elemento cruciale e sempre più attuale, non solo nel campo della medicina, a difesa della salute, ma anche più in generale, a tutela della democrazia. La strategia di “Dottoremaèveroche” per cercare di contrastare la diffusione di fake news si basa su un principio semplice e positivo: mettere a disposizione dei lettori tanta buona informazione, rigorosamente verificata e comprensibile a tutti, arricchita di link alle fonti originali.

Scrivere per “Dottoremaeveroche” è l'occasione per verificare, alla luce delle prove scientifiche, non solo bufale conclamate, ma anche credenze diffuse e idee ben consolidate. Significa mettersi continuamente in discussione, stimolati dalle domande del pubblico, per verificare quanto, anche nella

pratica medica quotidiana, si basi sulla tradizione o su un generico buonsenso, più che sulla letteratura.

Può capitare così di prendere in mano una domanda con l'idea di rispondere in un modo, e poi, dopo aver approfondito l'argomento, scoprire che la risposta è meno banale di quanto si pensasse.

Per questo, l'esperienza voluta dalla FNOMCEO non è utile solo per il pubblico dei non addetti ai lavori, ma anche per i medici. Conoscerla, e frequentare il sito con regolarità, può aiutarli ad arricchire il proprio patrimonio di conoscenze, rinforzare un metodo di ricerca e di ragionamento, far sì che non siano colti impreparati la prossima volta che in ambulatorio un paziente chiederà: “Dottore, ma è vero che...?”.



Ulrike Schmidleithner

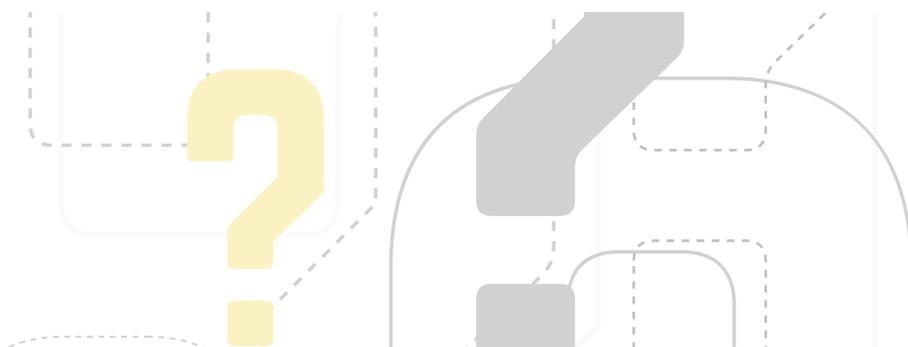
Responsabile del blog “Vaccinar...SÌ”!

Quali sono gli approcci comunicativi alla base di Dottoremaeveroche?



Il portale “Dottoremaeveroche” ideato e realizzato dalla FNOMCeO ha come motore principale il tentativo di avvicinare i medici alla popolazione, prendere le persone sottobraccio, ascoltare le loro domande e rispondere. Cerca di trasformare un muro divisorio di una casa in un muro portante. Io non sono un medico ma come mamma riesco forse a identificarmi meglio con i genitori, inclusi quelli che nutrono dei dubbi più o meno forti verso la scienza, e in modo particolare verso le vaccinazioni. Al contrario di molti vedo questi dubbi come un terreno fertile pronto per piantare i semi della conoscenza e far crescere piante belle e robuste. La curiosità delle persone, anche quando dettata dai pregiudizi, è pur sempre una curiosità che dovremmo cercare di soddisfare, sempre con il massimo

rispetto. È proprio questa l’anima del portale e naturalmente anche della “Rubrica della mamma”, che sto curando: il forte desiderio di condividere le nostre conoscenze, spiegare concetti difficili con parole semplici, fugare i dubbi, offrire alle persone gli strumenti per prendere le migliori decisioni. Il portale non si limita a spiegare fatti specifici ma fa molto di più: insegna il pensiero scientifico, aiuta le persone a riconoscere certe trappole retoriche di cui Internet purtroppo è pieno e a difendersi da certi personaggi poco raccomandabili che si nutrono della credulità e si guadagnano una fiducia immeritata con frasi altisonanti ma vuote di contenuto. Sono felice di far parte del portale “Dottoremaeveroche” perché mi sembra la via giusta verso un futuro realistico, più efficace che battere nostalgicamente strade del passato senza prendere in considerazione l’evoluzione culturale con i suoi lati positivi e negativi.



Maria Renza Guelfi – Marco Masoni

Coordinatori scientifici dell'Unità di Ricerca Innovazione Didattica e Educazione Continua in Medicina (IDECOM) dell'Università di Firenze

Siete entrambi docenti universitari, abituati a interagire con studenti di medicina; cosa è cambiato nell'approccio a Dottoremaeveroche, rivolto a tutti i cittadini?



Da molti anni ci occupiamo del problema della variabile qualità dell'informazione online e di valutare i potenziali danni alla salute legati all'uso di informazioni sanitarie false e fuorvianti.

Su tali tematiche abbiamo pubblicato articoli scientifici, libri e tenuto seminari con lo scopo di sensibilizzare i medici e gli altri operatori sanitari sulle criticità derivanti dall'uso di informazioni non affidabili recuperate in rete. Questi stessi argomenti sono da noi trattati anche con gli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze.

La partecipazione al gruppo di lavoro Dottoremaeveroche ha rappresentato una straordinaria occasione per aggiungere al nostro impegno la dimensione rivolta alla formazione del cittadino.

Da un'indagine Eurisko del 2015 emerge che circa 15 milioni di italiani hanno cercato in rete informazioni in tema di salute. False speranze, cybercondria, diagnosi tardive e autodiagnosi, riduzione della copertura vaccinale sono solo alcuni dei potenziali danni derivanti dall'uso di informazioni recuperate in rete.

Per contrastare questo fenomeno, sostenuti dal team di Dottoremaeveroche, abbiamo creato "Navigazione consapevole", una sezione dedicata al cittadino che contiene materiale multimediale interattivo atto a fornire le competenze necessarie per valutare in modo critico l'informazione sanitaria in rete.



Ad oggi sono state visitate oltre 12.000 pagine di tale sezione, pari al 10% delle pagine visitate dell'intero sito Dottoremaeveroche. Tali dati sembrano confermare il desiderio dei cittadini di possedere una maggiore consapevolezza nella valutazione dell'informazione in rete per ottenere dei vantaggi in termine di salute.

Luca De Fiore

Direttore del Pensiero Scientifico Editore

Quali sono le maggiori difficoltà nella divulgazione al cittadino dal punto di vista degli autori?

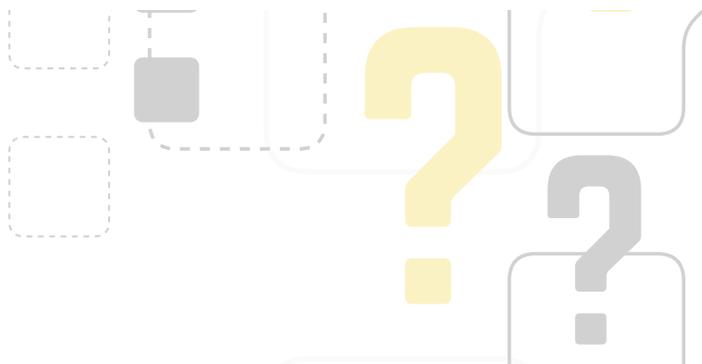


“La chiarezza è un valore fondamentale ed è – da sempre – un valore politico”, scrive il critico letterario Franco Moretti. Perché la chiarezza è la condizione che può rendere democratica la cultura. Suona forse eccessivo, ma probabilmente è vero. “Ridurre questioni complesse ai loro elementi di base, senza dare mai nulla per scontato. Non saltare nessun passaggio essenziale e chiedere ai lettori di lavorare, e non solo di ascoltare. Ogni frase sia limpida; ogni pagina esigente e complessa. Chiarezza non vuol dire evitare quel che è difficile, ma sforzarsi di comprenderlo”.

Non è un compito facile ma è quello che prova a fare il gruppo di lavoro di Dottoremaèveroche. La prima difficoltà è decidere su cosa concentrare la nostra attenzione: “bufale” macroscopiche che mettono a rischio

la salute di molte persone o questioni meno eclatanti che, se affrontate correttamente, possono aiutare chi segue il sito a capire come funziona la ricerca e la cura. Ogni scheda è il frutto di una sintesi delle prove di efficacia e di sicurezza di un intervento sanitario, di una procedura diagnostica, di una terapia.

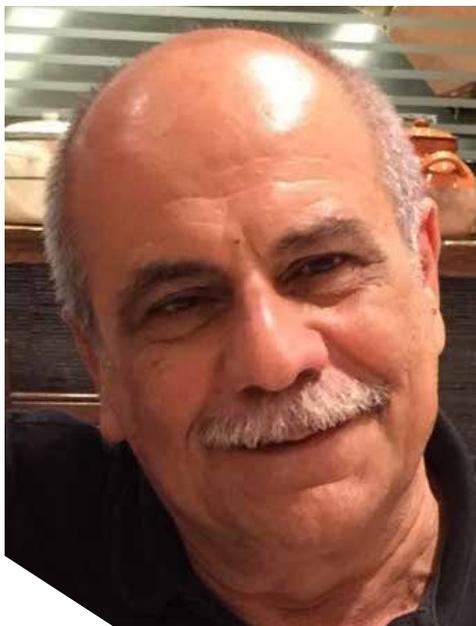
La finalità principale è migliorare la capacità dei cittadini di farsi autonomamente un'idea. Far crescere le competenze riguardo la salute. Rendere lo sguardo più acuto. Ma c'è un altro obiettivo che stiamo raggiungendo, senza volerlo: diventare più capaci anche noi, come gruppo editoriale, di scrivere in modo chiaro, di eliminare il superfluo, di andare al punto. E di essere più rispettosi del punto di vista degli altri.



Cosimo Nume

Responsabile Area comunicazione FNOMCeO

Dottor Nume, a quasi due anni dall'apertura di Dottoremaeveroche il sito sta soddisfacendo le vostre aspettative?



Avevamo visto giusto. Quando l'idea di Dottoremaeveroche ha iniziato a prendere forma nei nostri discorsi il grande problema era l'invasione dei social da parte di un manipolo agguerrito di no-vax, a volte – sia pure molto raramente – assecondati da medici. Mentre nei confronti di questi ultimi è stato sufficiente un richiamo al massimo rigore sul piano disciplinare, prontamente recepito nei livelli provinciali già comunque attenti e attivi in tal senso, non si poteva tralasciare l'opportunità di farsi argine al diffondersi di immotivate paure e di pericolose derive antiscientifiche tramite i canali d'informazione sia informatici che tradizionali. Aprire un confronto e una collaborazione con abilità tecniche esterne alla professione è stato il primo passo di un percorso di studio e di implementazione di

strategie alternative, più ampie nei temi affrontati e capaci di fornire risposte autorevoli, documentate e facilmente fruibili, sempre tuttavia riconfermando la centralità del medico e della relazione di fiducia tra questi e il proprio paziente. Senza sussiego o derisione, anzi sottolineando che anche il riferire di una ricerca sul web non va demonizzata o peggio derisa, bensì accolta come parte di una narrazione che ha modificato i propri stilemi ma conserva tuttavia il senso profondo di una richiesta di aiuto in momenti di fragilità. E così da qualche tempo Dottoremaeveroche si è imposto anche al di fuori del web come punto di riferimento per un modo nuovo e più efficace di affrontare con rinnovate strategie comunicative una delle tante sfide che la modernità propone alla professione. Resta soltanto l'amarezza della perdita di un grande amico che è stato il primo vero ideatore di questo entusiasmante percorso. Ma siamo certi che se l'indimenticabile Luigi Conte fosse ancora con noi sarebbe altrettanto orgoglioso della sua, della nostra creatura.



Noemi Urso

Responsabile redazione e social media Dottoremaeveroche



Il problema delle fake news esiste da quando esiste l'informazione: le prime attestazioni di "fake news" o vere e proprie bufale infatti è antichissima e risale a ben prima dell'invenzione di internet. Oggigiorno si sente spesso individuare nella rete l'origine di questa problematica; quest'ultima può aver contribuito a complicare la situazione, ma le basi erano state gettate molto tempo prima e la storia ci restituisce esempi di false notizie diffuse per vie ben più tradizionali.

La prima di cui si hanno documenti è probabilmente la Donazione di Costantino, un editto imperiale datato 315 su cui si è fondato gran parte del potere temporale della Chiesa, dimostrato come falso da Lorenzo Valla più di mille anni dopo, nel 1440.

Del giorno di Pasqua del 1475 invece la storia su cui si fonda il culto di San Simonino, fanciullo assassinato e abbandonato vicino alla casa in cui risiedevano quindici ebrei. A loro fu addossata la responsabilità del delitto, accusati di aver ucciso il bambino in un omicidio rituale. Tutti vennero torturati e poi uccisi con i supplizi in uso all'epoca, ma a causa del diffuso clima di antisemitismo la storia non venne ritenuta credibile da tutti; già allora, infatti, il legato del Papa che sovrintendeva il processo aveva ritenuto infondata l'accusa a carico dei quindici ebrei. E nonostante il Papa avesse in seguito proibito di onorare Simonino come beato, il culto crebbe fino alla santificazione, poi "ritirata" nel 1965 nel clima di apertura al dialogo interreligioso che obbligò la Chiesa a una revisione critica delle basi del culto del santo.

Se ne trovano altri esempi lungo tutto il corso della storia – basterebbero i venditori di olio di serpente che si sono succeduti insieme alle epoche, con i loro carretti pieni di unguenti e pozioni e la loro parlantina sciolta – ma, come dicevamo, negli ultimi anni hanno trovato nella rete un canale privilegiato, raggiungendo velocità e capillarità mai sperimentate prima: non a caso si parla di viralità, termine preso in prestito da una branca della medicina per indicare le modalità di diffusione simili a quelle dei virus.

Nell'esperienza maturata con la gestione della redazione di un sito di debunking non è stato difficile rendersi conto che l'ambito medico è, insieme a quello politico, terreno ideale per la diffusione delle fake news. Quando si parla di politica ciò che viene particolarmente coinvolto, stimolato e in seguito sfruttato sono i meccanismi cognitivi dell'essere umano. I bias di conferma, ad esempio, che ci portano a valutare come più valide le informazioni che confermano i nostri pregiudizi piuttosto che quelle che

li contrastano, rendono praticamente inutile la possibilità di consultare le fonti, ritenute non necessarie dal pubblico che sta leggendo esattamente quello che vorrebbe leggere e che ricava estrema soddisfazione da tale lettura, senza particolare riguardo per la veridicità delle notizie riportate o la correttezza delle informazioni.

Quando si tratta di salute, invece, oltre a sfruttare questi meccanismi presenti in ogni essere umano, si vanno a colpire individui in situazioni di difficoltà, con percezioni alterate a causa della preoccupazione e /o dalla sofferenza per una situazione difficile che riguarda se stessi o un proprio caro: in queste situazioni è più facile per le vittime diventare tali, più riprovevole il comportamento di coloro che organizzano truffe e raggiri scegliendo come vittime persone già sofferenti e spesso non lucide, sfruttando la loro debolezza.

Eppure il commercio delle bufale mediche è fiorente e il flusso di nuovi rimedi – se non vere e proprie terapie – che spuntano come funghi nei meandri della rete arriva in alcuni casi a ricordare davvero l'olio di serpente dei guaritori ambulanti di una volta, complice forse anche una storica predisposizione dei popoli mediterranei alla superstizione e ai rituali religiosi utilizzati per propiziare le più varie attività terrene. Perché quindi non credere anche all'acqua che, opportunamente dinamizzata tramite succussione, attiva le proprietà benefiche delle sostanze con cui è venuta in contatto? Perché non credere, dove mancano le più basilari nozioni di chimica, che il sale che oltre una certa quantità non si scioglie più in acqua sia un pessimo auspicio?

Nella rete l'origine della problematica delle fake news, dicevamo: un ottimo modo per scaricare le oggettive responsabilità della diffusa mancanza di spirito critico a un "altro", la Rete (entità astratta composta potenzialmente da tutti coloro che posseggono uno smartphone, e quindi da nessuno), che d'altro canto propone soluzioni che nella maggior parte dei casi sembrano iniziative di comodo per accontentare gli utenti senza perdere i loro guadagni. Perché non serve specificare che i servizi pubblicitari, gli hosting, i proprietari dei social network ottengono introiti enormi dalla diffusione di fake news. Chi offrendo piattaforme per blog dall'anonimato garantito, chi veicolando informazioni senza controllo né intermediazione, chi ancora offrendo a caro prezzo spazi nella posizione migliore per un messaggio pubblicitario: direttamente sotto i nostri occhi, nello schermo – che sia un computer, un tablet o uno smartphone – che è diventato la cosa che guardiamo di più durante la giornata, sotto gli occhi di un potenziale pubblico di miliardi di persone. Probabilmente è per questo che i singoli stakeholder della Rete, coloro che potrebbero, forse, fornirci una soluzione dall'alto, non sembrano avere intenzione di affrontare seriamente il problema fake news e darne ipotesi di risoluzione (che poi davvero lo possano è oggetto di dibattito che non è possibile affrontare in questa sede). Questo permette, almeno a chi esige norme e leggi per regolamentare ogni comportamento umano, di scaricarsi definitivamente da ogni responsabilità; senza un intervento dall'alto infatti non è possibile fare altro, e questo implica di dover mantenere lo status quo esattamente com'è, senza fare alcuna fatica per cambiare abitudini e comportamenti che ricadono sotto la nostra precisa responsabilità individuale, come ad esempio la formazione di ognuno di noi nel corretto utilizzo dello strumento internet, così da poter distinguere in maniera autonoma il vero dal falso.

Al di là di tutte le proposte normative stilate in reazione alle problematiche collegate ai fenomeni comunicativi che hanno preso piede negli ultimi anni – che nascono e mutano a velocità che li rendono scarsamente catalogabili, figuriamoci regolamentabili – e che certe volte sono sfociate in veri e propri intenti censori sui contenuti veicolati dalla rete, l'unica soluzione che appare oggi praticabile è quella dell'educazione allo strumento internet e, più in generale, allo sviluppo del pensiero logico e dello spirito critico. Un'educazione che vada a raggiungere tutti in maniera capillare, con metodologie formative modellate su ogni target, dagli alunni di scuole di ogni grado i loro insegnanti con appositi corsi di aggiornamento, dai dipendenti pubblici alle università della terza età, dagli operatori sanitari alle associazioni di pazienti.



“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

INFEZIONE DA *HELICOBACTER PYLORI* E DISPEPSIA IN NIGERIA

Un esempio di collaborazioni scientifiche internazionali dalla Città della Salute e della Scienza di Torino

Rinaldo Pellicano

Dirigente Medico di Gastroenterologia - S.C. Gastroenterologia U

San Giovanni Antica Sede e Molinette,

AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Una recente pubblicazione sulla rivista internazionale *Minerva Gastroenterologica e Dietologica* riporta i risultati di uno studio multicentrico, condotto in Nigeria tra Novembre 2016 e Agosto 2017, che ha indagato la prevalenza dell'infezione da *Helicobacter pylori* in pazienti con dispepsia, affetti o no da concomitante diabete.

Lo studio, coordinato in loco dalla Professoressa Stella Ifeanyi Smith, del Dipartimento di Biotecnologia di Lagos, ha visto coinvolti ricercatori dell'Istituto Max von Pettenkofer di Monaco (Germania), del Dipartimento di Biochimica e Microbiologia dell'Università di Fort Hare (Sud Africa), e il dottor Rinaldo Pellicano, della S.C. di Gastroenterologia, della Città della Salute e della Scienza di Torino (Presidi Molinette e San Giovanni Antica Sede), diretta dal Prof. Giorgio Saracco.

I risultati hanno permesso di mettere in evidenza, nel Paese più popoloso dell'Africa, che circa la metà (49.3%) dei 471 pazienti con dispepsia arruolati è infettata dal batterio *Helicobacter pylori* (una percentuale doppia rispetto a uno studio condotto presso il Presidio San Giovanni Antica Sede). Inoltre, nei diabetici tale percentuale raggiunge il 68.4%, con punte oltre 84% quando si considera esclusivamente la fascia d'età tra 52 e 71 anni. Due sono i punti di rilievo di questo studio, che ne sottolineano l'originalità. Il primo è che raccoglie un corposo campione di pazienti in una vasta area di indagine (i pazienti facevano riferimento a 4 Ospedali Universitari: The Lagos State University Teaching Hospital - LASUTH, The Lagos University Teaching Hospital - LUTH, The Obafemi Awolowo University Teaching Hospital Complex - OAUTHC, Ile-Ife, The University of Benin Teaching Hospital - UBTH). Il secondo è che lo studio è stato condotto mediante il test del respiro con urea, considerato il riferimento (*gold standard*) diagnostico, che permette, in maniera non invasiva, di valutare con estrema accuratezza la presenza o l'assenza di *Helicobacter pylori*. Non sempre è possibile il ricorso a tale metodica nei Paesi a limitate risorse economiche.



L'importanza di questo batterio, già descritto a Torino dal Prof. Bizzozero nel 1983, risiede nel ruolo che esso ha nel causare gastrite, ulcera gastrica e duodenale, e nella sua implicazione nello sviluppo del tumore allo stomaco. Su quest'ultimo punto vi è un acceso dibattito internazionale al quale partecipa anche la scuola torinese, come confermato dalla pubblicazione quest'anno di un commento del dottor Pellicano sull'eminente rivista internazionale *New England Journal of Medicine*. A dimostrare il coinvolgimento internazionale "torinese" vi è l'ideazione e la recente realizzazione sull'argomento *Helicobacter pylori* di una monografia alla quale hanno partecipato medici di Kazan (Russia), Stara Zagora (Bulgaria), Montreal (Canada), Bordeaux (Francia) e Budapest (Ungheria). Inoltre, in un meeting internazionale, realizzato nella nostra città nel 2017, ha partecipato il Prof. Francis Mégraud dell'Università di Bordeaux, promotore delle Linee Guida Europee per il trattamento dell'infezione da *Helicobacter pylori* nonché fondatore del Gruppo Europeo per lo studio degli Helicobacters e del Microbiota intestinale. In tale contesto sono stati sottolineati, ai medici giunti dal Nord Ovest dell'Italia, gli aggiornamenti riguardanti i nuovi trattamenti anti-Helicobacter e le innovazioni in termini di indicazioni diagnostiche. Inoltre, visto l'elevato e costante interesse del centro gastroenterologico delle Molinette-San Giovanni Antica Sede sull'argomento, il dottor Pellicano è stato incluso come sperimentatore in registri nazionali e internazionali per la raccolta dei dati sull'adesione alle Linee Guida nel trattamento dell'infezione da Helicobacter.



Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche

A.M.I.A.R. – TORINO

www.agopuntura.to.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott.ssa Tiziana Pedrali

Coordinatore scientifico: dott. Giovanni Battista Allais

Coordinatore didattico: dott. Giuseppe Lupi

La Scuola di Perfezionamento in Agopuntura del CSTNF, riservata esclusivamente ai laureati in Medicina e Chirurgia, con D.D. n° 288 del 3 maggio 2017 è stata **accreditata presso la Regione Piemonte per la formazione nelle Medicine non Convenzionali**, possedendo i requisiti richiesti dalla Legge Regionale n° 13 del 25 giugno 2015. E' abilitata, quindi, a rilasciare ai diplomati un **attestato per l'iscrizione negli elenchi dei medici esperti in Agopuntura depositati presso gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri di tutt'Italia**, avendo l'accreditamento valenza nazionale. L'attestato è equipollente a quello di un Master Universitario di II livello con pari monte-ore.

In virtù dell'accreditamento gli iscritti sono **esonerati dai 50 crediti annuali previsti dalla formazione ECM**. La Scuola, attiva dal 1978 e **Patrocinata dall'Ordine dei Medici di Torino**, da dicembre inizierà il suo 42° anno di attività.

Il **programma didattico** sviluppa gli aspetti tradizionali e scientifici dell'Agopuntura attraverso un **corso triennale composto da 500 ore di lezioni teorico-pratiche**. Il monte-ore è composto da: 400 ore di lezioni teoriche, 50 ore di esercitazioni pratiche e 50 ore di pratica clinica in regime di tutoraggio presso **5 ambulatori pubblici convenzionati con il CSTNF per la didattica e la ricerca scientifica**.

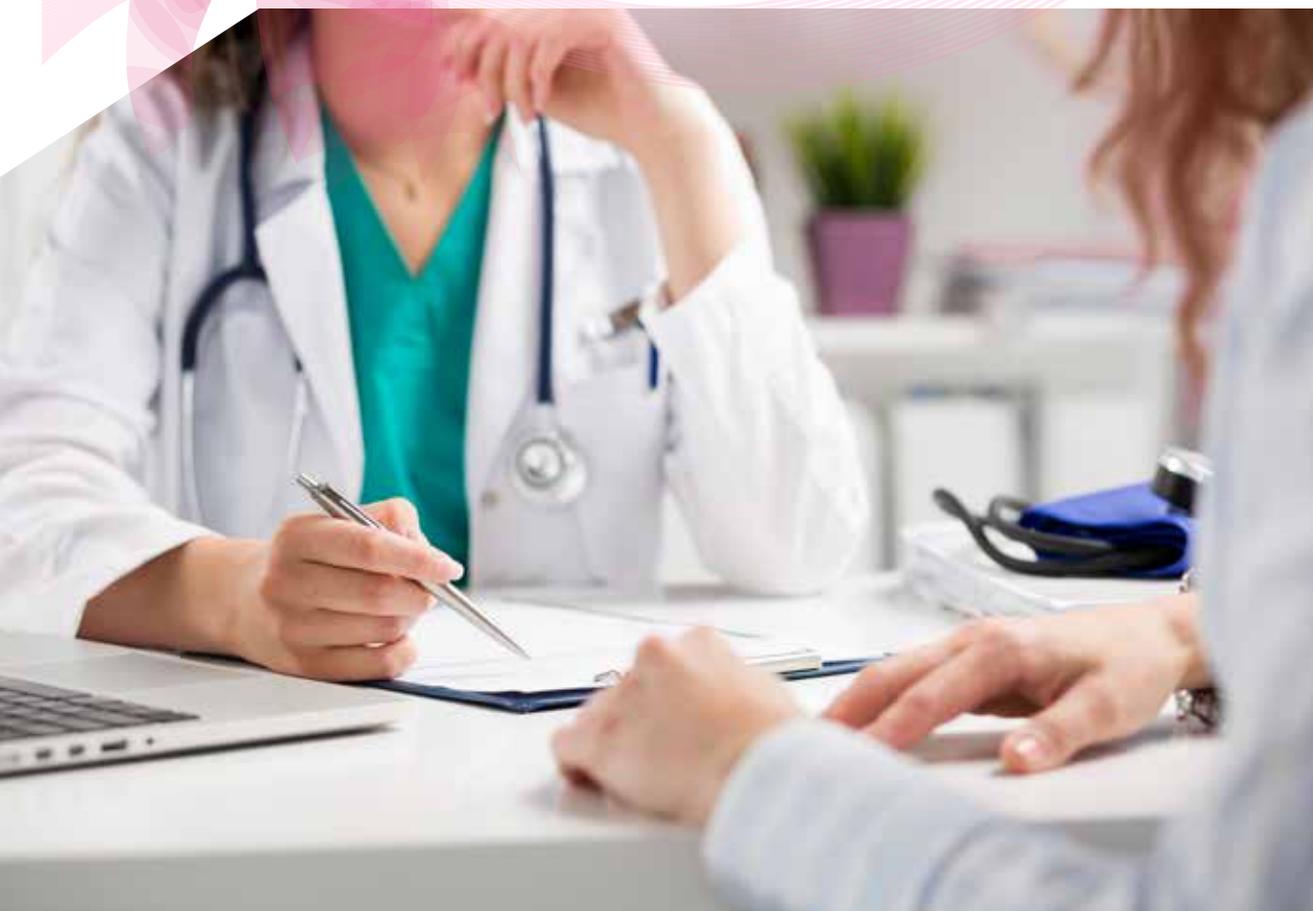
Il CSTNF è convenzionato con l'**Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino** per l'organizzazione di Masters di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica. A partire da quest'anno ha iniziato la collaborazione con la **Zhejiang Chinese Medical University di Hangzhou, Cina**. Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori F.I.S.A. (Federazione Italiana Società Agopuntura)**.

In qualità di **Provider ECM n° 820** il C.S.T.N.F. ha finora organizzato **209 edizioni** di eventi ECM.

PREVENZIONE SERENA

Una realtà piemontese da oltre 25 anni nel
campo della diagnosi precoce dei tumori

Livia Giordano, Roberta Castagno, Elisa Camussi,
Antonio Ponti, Paola Armaroli, Carlo Senore
SSD Epidemiologia Screening – CPO Piemonte
(A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino)





Consolidate evidenze scientifiche supportano l'efficacia e la costo-efficacia dei programmi organizzati per lo screening del carcinoma della cervice uterina, della mammella e del colon-retto^{1,2}. Le neoplasie a cui si rivolgono tali programmi costituiscono un'importante causa di malattia e mortalità in Italia e in Piemonte³. Tra le donne, il tumore alla mammella risulta al primo posto per incidenza e mortalità seguito da quello del colon-retto e del polmone. Per gli uomini, il tumore coloretale è al terzo posto per incidenza dopo quello della prostata e del polmone e al secondo per quanto riguarda la mortalità³.

Le attuali strategie di screening possono consentire una diagnosi precoce dei tumori con un sensibile guadagno prognostico e, nei casi degli screening del colon-retto e della cervice uterina, intervenire anche sulla storia naturale della malattia prevenendone l'insorgenza⁴.

PREVENZIONE SERENA: L'ORGANIZZAZIONE DEGLI SCREENING

Prevenzione Serena è il programma organizzato di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto, messo a punto dalla Regione Piemonte per tutelare la salute dei suoi cittadini. Il programma è offerto ai cittadini residenti o domiciliati sul territorio regionale e diretto alle fasce di età considerate a più alto rischio per questi tumori, come descritto nella tabella 1.

Prevenzione Serena è diffuso su tutto il territorio regionale ed è strutturato in sei macroaree, ognuna delle quali raggruppa diverse Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere.

Il programma, attivo da oltre venticinque anni, ha raggiunto a oggi una salda esperienza nel campo, coinvolgendo l'intera popolazione, e rappresentando un esempio di equità nell'accesso e appropriatezza delle prestazioni offerte.

Tabella 1. Organizzazione dei programmi di screening Prevenzione Serena

Screening per il tumore della cervice uterina	Donne 25-29 anni: ricevono una lettera di invito personalizzata con appuntamento prefissato (modificabile contattando il centralino del programma) per effettuare un Pap-test gratuito ogni 3 anni.
	Donne 30-64 anni: ricevono una lettera di invito personalizzata con appuntamento prefissato (modificabile contattando il centralino del programma) per effettuare un test HPV gratuito ogni 5 anni.
	Donne 65-75 anni: che non abbiano effettuato almeno due test per lo screening cervicale dopo i 50 anni, hanno diritto a eseguire gratuitamente il test HPV contattando direttamente i centri di screening del programma.
Screening per il tumore della mammella	Donne 45-49 anni: ricevono una lettera informativa con l'invito a contattare il centro di screening per prenotare una mammografia gratuita annuale.
	Donne 50-69 anni: ricevono una lettera di invito personalizzata con un appuntamento prefissato (modificabile contattando il centralino del programma) per effettuare una mammografia gratuita ogni 2 anni. Donne 70-75 anni: possono continuare a effettuare una mammografia di screening gratuita ogni 2 anni, contattando direttamente il centro di screening per prenotare un appuntamento.
Screening per il tumore del colon-retto	Donne e uomini 58enni: ricevono una lettera di invito personalizzata con appuntamento prefissato (da confermare o modificare contattando il centralino del programma) per effettuare una rettosigmoidoscopia (FS) una tantum.
	I non aderenti alla rettosigmoidoscopia, dopo un sollecito, ricevono una lettera di invito per ritirare presso le farmacie o i centri di screening il kit per l'effettuazione del test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FIT) ogni due anni dai 59 ai 69 anni.

LA QUALITÀ IN PREVENZIONE SERENA

I programmi di screening Prevenzione Serena sono sottoposti a un processo continuo di miglioramento della qualità, attraverso il monitoraggio e la revisione di tutte le fasi del percorso di screening.

Per mantenere elevati livelli di eccellenza, Prevenzione Serena garantisce un approccio multidisciplinare attraverso il quale gli specialisti delle varie discipline cooperano per raggiungere gli obiettivi previsti. I professionisti che operano nel programma sono esperti nel loro campo e ricevono una formazione specifica^{5,6,7}.

Nell'ambito del programma si svolge anche una rilevante attività di ricerca scientifica, mirata ad acquisire nuove conoscenze e individuare tecniche per aumentare l'efficacia degli screening, migliorarne la qualità e ridurre i rischi.

La Struttura di Epidemiologia e Screening – CPO Piemonte (A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino), in quanto centro di coordinamento del programma regionale, svolge un'azione di controllo della qualità del programma grazie alla periodica analisi e valutazione delle attività e al collegamento con i migliori centri clinici di riferimento.

I risultati sono valutati sulla base di indicatori e standard definiti dalla comunità scientifica nazionale e internazionale in linee guida che spesso si avvalgono anche del contributo di rappresentanti dei pazienti.

LA COMUNICAZIONE E IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

La qualità della comunicazione costituisce negli screening oncologici un elemento fondamentale, al pari della qualità della diagnosi e del trattamento. Negli screening oncologici la strategia di comunicazione ha come obiettivo prioritario la promozione di una partecipazione consapevole, basata su un'informazione accurata, completa e bilanciata che deve chiarire sia i benefici che i rischi connessi con le procedure e i test offerti alla popolazione.

In un programma di screening però, l'interazione medico-paziente cambia: non è il paziente che si rivolge al medico, ma è il programma che si indirizza a soggetti apparentemente sani per invitarli a effettuare test per la diagnosi precoce dei tumori. Questo differente paradigma di base fa sì che la corretta comunicazione rappresenti, nell'ambito dello screening, un elemento particolarmente rilevante.

Nello screening il Medico di Medicina Generale (MMG) riveste un ruolo chiave nel processo di informazione, educazione e supporto ai soggetti invitati e ai loro familiari. Non si limita a firmare le lettere di invito ai propri assistiti, ma collabora alla sensibilizzazione sulla prevenzione dei tumori, informando i propri pazienti sui rischi e sui benefici connessi alle diverse opzioni e alle possibili conseguenze, per promuovere una scelta consapevole anche in virtù del rapporto di fiducia instaurato con essi. Segue il paziente durante tutto il percorso: dalla partecipazione allo screening alla necessità di eventuali approfondimenti, trattamenti e terapie. Inoltre, rappresentando spesso il primo contatto del cittadino con il Servizio Sanitario, i MMG possono svolgere un'importante azione di consulenza per i soggetti richiamati o che non hanno partecipato al programma di screening.

ALCUNI DATI DI ATTIVITÀ DEL PROGRAMMA PREVENZIONE SERENA

La copertura da invito di un programma di screening (percentuale di persone della popolazione bersaglio effettivamente invitate a effettuare un test di screening) e l'adesione (numero effettivo di persone che hanno effettuato il test sul totale della popolazione invitata) sono due indicatori indiretti dell'efficacia del programma, nonché elementi fondamentali per la pianificazione e la valutazione delle attività^{5,6,7}.

In Piemonte, secondo gli ultimi dati consolidati disponibili (anno 2017), entrambi questi indicatori risultano incoraggianti per tutti e tre i programmi. In riferimento alla copertura da invito, si evidenzia un trend in continuo aumento negli anni con una pressoché totale copertura della popolazione invitabile in tutti e tre gli screening (cervice uterina 109,6%; mammella 99,2%; colon-retto; 96,0% per la rettosigmoidoscopia FS e 105,4% per il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci FIT).

Per quanto concerne l'adesione, si è raggiunto un discreto risultato per lo screening mammografico (53,3%) e per lo screening della cervice uterina (45,3%) anche se siamo ancora lontani dagli standard previsti a livello regionale e nazionale. In lento ma graduale incremento anche l'adesione allo screening coloretale di più recente introduzione (34,6% per la FS e 47,7% per il FIT).

Screening della cervice uterina. Il carcinoma della cervice uterina ha mostrato negli ultimi decenni una sensibile riduzione in termini di incidenza e mortalità come risultato dei programmi organizzati di screening che permettono di intervenire precocemente.



Il MMG ha un ruolo strategico nel favorire l'adesione agli screening in virtù del rapporto privilegiato e di fiducia con i propri assistiti

Un'importante innovazione è stata rappresentata dall'introduzione del test HPV per la ricerca del DNA del *Papilloma virus umano*, come test primario di screening, per le donne nella fascia di età 30-64 anni. L'introduzione del test HPV, anche relativamente alla sua differente periodicità (5 anni anziché i 3 previsti per il Pap test), ha richiesto un importante impegno organizzativo, comunicativo e di formazione, diretto sia alle donne invitate sia ai professionisti sanitari. Il test HPV ha una sensibilità maggiore rispetto al Pap test, ossia è più efficace nel predire la possibilità di sviluppo di lesioni che potrebbero evolversi in tumori, ma meno specifico, vale a dire che identifica anche infezioni che potrebbero regredire spontaneamente. Pertanto, questo test è rivolto attualmente alle donne di età superiore ai 30 anni, poiché prima di questa età le infezioni da HPV sono molto più frequenti, ma in un'alta percentuale di casi regrediscono spontaneamente e non evolvono quasi mai in tumore⁸.

In Piemonte, nel 2017 sono state richiamate a effettuare un approfondimento diagnostico con colposcopia il 3,4% delle donne invitate al Pap test e il 2,3% di quelle invitate al test HPV. Sono state identificate un totale di 371 neoplasie intraepiteliali di grado 2 o più severe e cancri (CIN2+) tra le donne invitate al Pap test e 442 lesioni CIN2+ tra quelle invitate al test HPV. Queste lesioni vengono principalmente trattate con escissione a radiofrequenze, vaporizzazione laser o conizzazione.

Inoltre, un importante filone di ricerca, tuttora in corso, fa riferimento all'integrazione tra screening della cervice uterina (prevenzione secondaria) e vaccinazione anti-HPV (prevenzione primaria). La vaccinazione in Italia è consigliata e offerta gratuitamente agli adolescenti di entrambi i sessi, preferibilmente intorno al 12° anno di età. A fianco dello screening, la vaccinazione può efficacemente contribuire a ridurre l'impatto del cancro del collo dell'utero, che rappresenta la prima forma tumorale riconosciuta come totalmente riconducibile a un'infezione, ovvero quella da HPV⁹.

Screening del carcinoma della mammella. La mammografia è l'esame utilizzato per controllare la salute del seno e giungere eventualmente alla diagnosi precoce di tumore, al fine di migliorarne la prognosi^{6,10,11}. Nell'ambito di Prevenzione Serena, nel 2017, il 5% delle donne tra 50 e 69 anni che avevano effettuato una mammografia di screening è stato richiamato per effettuare degli approfondimenti. Sono stati identificati un totale di 932 tumori maligni, in particolare 140 tumori in situ e 770 tumori invasivi (di cui il 33% con diametro ≤ 10 mm).

Da anni, grazie agli sviluppi della tecnologia, si discute sulla possibilità di sostituire la mammografia tradizionale con un esame più sensibile e specifico, la tomosintesi, che integra la mammografia digitale con una visione tridimensionale e più accurata. Prevenzione Serena ha partecipato a uno studio clinico multicentrico randomizzato controllato "Proteus Donna" che, attraverso l'impiego della tomosintesi, ha effettuato un confronto con la tradizionale mammografia digitale per una valutazione del significato prognostico dei carcinomi individuati con tale metodica tecnologicamente innovativa.

Inoltre, nella comunità scientifica un tema molto dibattuto è la necessità di sperimentare un protocollo di screening non solo basato sull'età della donna ma su un insieme di fattori di rischio al fine di permettere uno screening più "mirato". La presenza di familiarità per il tumore della mammella, la densità mammaria, fattori genetici e lo stile di vita sono tra i principali determinanti indagati. Prevenzione Serena ha condotto un importante studio (Andromeda) con lo scopo di identificare il valore predittivo e prognostico di tali fattori. Oltre 25.000 donne tra Torino e Biella sono state arruolate in questa indagine i cui risultati sono in fase di valutazione. Prevenzione Serena è, inoltre, partner di un progetto finanziato dalla Commissione Europea, "MyPeBs", che ha l'obiettivo di confrontare una strategia di screening personalizzato basata sul rischio individuale di sviluppare un tumore al seno, con lo screening standard. Lo studio, della durata di circa otto anni, intende ►

reclutare complessivamente 85.000 donne tra i 40 e i 70 anni in cinque Paesi (Belgio, Francia, Israele, Italia e Regno Unito).

Screening del carcinoma del colon-retto. L'obiettivo dello screening del tumore del colon-retto è quello di ricercare eventuali tumori o lesioni pre-tumorali (adenomi), che potrebbero trasformarsi in tumori^{13,14}. La rettosigmoidoscopia (FS) permette di asportare eventuali polipi interrompendo la loro potenziale evoluzione verso il cancro, identificare un tumore in fase precoce e quindi curarlo con terapie meno aggressive e ancora individuare un tumore ancora contenuto in un polipo: in questo caso è spesso sufficiente l'asportazione ambulatoriale, senza intervento chirurgico.

Per i soggetti che non accettano di effettuare una sigmoidoscopia viene offerto il test per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FIT), meno invasivo e di più semplice effettuazione.

La colonscopia è l'esame di approfondimento dello screening coloretale, che permette di esplorare tutto l'intestino tramite un endoscopio, dello stesso tipo di quello usato per la sigmoidoscopia.

Il Piemonte, integrando l'offerta di un esame endoscopico con quello della ricerca del sangue occulto nelle feci, rappresenta un esempio innovativo nel panorama italiano e mostra come l'integrazione delle due metodiche rappresenti un valido approccio per tener conto delle diverse preferenze degli assistiti per i test disponibili, contribuendo a migliorare la copertura della popolazione bersaglio¹⁵.

A livello regionale, nel 2017, l'11,7% degli aderenti alla FS è stato richiamato per effettuare un approfondimento con colonscopia. L'adesione alla colonscopia è stata di circa dell'84% e ha permesso di identificare un totale di 714 adenomi avanzati e 36 lesioni tumorali.

Vieni al CeMeDi per:

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

Info e prenotazioni

www.cemedi.it
Corso Massimo D'Azeglio 25
10126 Torino
tel +39 011 0066880
fax +39 011 0066510
dal lunedì al venerdì
dalle 08:00 alle 18:45
con orario continuato e
il sabato dalle 08:00 alle 13:00



CeMeDi
Ci prendiamo cura di te.



Un approccio integrato tra la prevenzione primaria e gli screening e un'attenzione particolare alle persone più vulnerabili

Tra gli aderenti al FIT, il 6,5% è stato richiamato per effettuare una colonscopia. L'adesione all'esame è stata pari al 74% e sono stati diagnosticati un totale di 889 adenomi avanzati e 138 cancro.

Nell'ambito della ricerca scientifica Prevenzione Serena partecipa a studi mirati a definire come i fattori genetici e gli stili di vita possano influenzare una disregolazione del microbiota intestinale. Inoltre, Prevenzione Serena collabora a studi comparativi volti a valutare l'accuratezza di nuove metodiche di screening, come la colonscopia virtuale, o di nuove tecnologie diagnostiche come la video-capsula di II generazione, o la colonscopia con *endocuff* o con la tecnologia *Full Spectrum Endoscopy*, confrontate con la colonscopia tradizionale, in soggetti con FIT positivo.

UN'INTEGRAZIONE AUSPICABILE TRA PREVENZIONE PRIMARIA E SCREENING

Nella lotta ai tumori, è fondamentale integrare due approcci complementari: la riduzione dei fattori di rischio (prevenzione primaria)¹⁶ e l'anticipazione diagnostica (screening)¹⁷.

L'invito allo screening può rappresentare un'opportunità per trasmettere messaggi di educazione sanitaria a persone sane/asintomatiche, sensibilizzandole sull'adozione di stili di vita corretti¹⁸. È questo l'obiettivo del progetto SMART coordinato da Prevenzione Serena. Lo studio è rivolto alle donne tra 25 e 75 anni invitate allo screening cervicale e mammografico nelle province di Torino, Firenze e Palermo e intende incoraggiare l'utilizzo di stili di vita sani attraverso lo sviluppo di strumenti innovativi, personalizzati e interattivi. Infatti, strumenti come i social media, le App e i siti web sono risultati dispositivi efficaci nel campo della promozione della salute, in particolare come supporto al miglioramento degli stili di vita. Le donne interessate possono scaricare sul proprio smartphone o tablet una App che permette di definire un profilo di rischio sulla base di alcune abitudini personali rispetto all'alimentazione, all'attività fisica e al consumo di tabacco, e quindi accedere a informazioni, raccomandazioni e strumenti utili (agenda personalizzata e sistema di monitoraggio dei risultati, per tenere sotto controllo i propri progressi) per migliorare questi aspetti del loro stile di vita.

PREVENZIONE SERENA: L'ATTENZIONE ALLE FASCE DEBOLI

L'equità nell'accesso ai programmi di screening risulta un elemento cardine di Prevenzione Serena, che pone particolare attenzione ai gruppi potenzialmente più svantaggiati. Infatti, risulta riconosciuta a livello internazionale la necessità di promuovere l'adesione allo screening tra i soggetti più deboli. In tale ambito, si inserisce la realizzazione di campagne informative specifiche per la popolazione straniera per favorirne l'accesso agli screening. La creazione di una rete di sinergie con i servizi socio-sanitari che si occupano di immigrazione, i mediatori dei principali centri/associazioni interculturali del territorio, hanno permesso di integrare i diversi percorsi sanitari e ottenere una riduzione delle disuguaglianze nell'accesso allo screening in questi soggetti a maggior rischio. In particolare, per lo screening cervico-vaginale, opuscoli informativi multilingue e punti di prelievo dedicati sono stati adottati come strategie per superare le eventuali difficoltà linguistiche e culturali e favorire la sensibilizzazione e la partecipazione di questi sottogruppi di popolazione agli screening.

È in fase di implementazione la nuova campagna di comunicazione di Prevenzione Serena che prevede anche la produzione di materiale informativo per la popolazione immigrata su tutti e tre i programmi di screening.

Inoltre, il CPO Piemonte è dal 2014 centro di riferimento per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO collaborating centre) per la diagnosi precoce e gli screening. In questo ambito, sono attivi alcuni progetti internazionali per promuovere il diritto alla salute delle donne favorendo l'accesso a servizi di prevenzione oncologica di qualità nei Paesi del Mediterraneo (EUROMED)¹⁹. L'obiettivo è l'implementazione di programmi di screening cervicale e mammografico (progetti pilota in Albania, Montenegro e Marocco) e la promozione di campagne di sensibilizzazione sui benefici della prevenzione dei tumori della cervice e la mammella.

I risultati completi relativi alle attività di "Prevenzione Serena", per l'intera Regione e per i singoli programmi, sono accessibili al sito <https://www.cpo.it/it/dati/screening/>, che fornisce anche ulteriori informazioni riguardo l'attività di ricerca e formazione condotta dalla Struttura di Epidemiologia Screening – CPO Piemonte.

Bibliografia

1. Ministero della Salute. *Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto*. (2007).
2. Armaroli P, Villain P, Suonio E, et al. *European Code against cancer 4th edition: cancer screening*. Cancer Epidemiology 39S (2015) S139 – S15.
3. *I numeri del cancro in Italia 2019*. Intermedia Editore. Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM), Fondazione AIOM, Sorveglianza PASSI – PASSI d'Argento, Società Italiana di Anatomia Patologica e Citodiagnostica (SIAPEC-IAP).
4. Osservatorio Nazionale screening. *Rapporto 2018*. <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/rapporto>
5. Anttila A, Arbyn M, De Vuyst H, et al. *European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening*. Second edition – Supplements. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.
6. Dimitrova N, Saz Parkinson Z, Bramesfeld A, et al. *European Guidelines for breast cancer screening and diagnosis – The European Breast Guidelines*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2016.
7. Segnan N, Patnick J, von Karsa L. et al. *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010.
8. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, et al. *Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials*. The Lancet, 383(9916), 524-532 (2014).
9. Villain P, Gonzalez P, Almonte M, et al. *European Code against cancer 4th edition: Infections and cancer*. Cancer Epidemiology 39S (2015) S120 – S138.
10. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, et al. *Breast-cancer screening-viewpoint of the IARC Working Group*. N Eng J Med, 2015. Jun 11;372(24):2353-8.
11. Ponti A, Mano MP, Tomatis M, et al. *Audit system on Quality of breast cancer diagnosis and Treatment (QT): results of quality indicators on screen-detected lesions in Italy, 2011-2012*. Epidemiol Prev. 2015 May-Jun;39(3 Suppl 1):40-7.
12. Giordano L, Gallo F, Petracchi E, et al. and the Andromeda working group. *The ANDROMEDA prospective cohort study: predictive value of combined criteria to tailor breast cancer screening and new opportunities from circulating markers: study protocol*. BMC Cancer. 2017 Nov 22;17(1):785.
13. Lauby-Secretan B, Vilahur N, Bianchini F, et al. *International Agency for Research on Cancer Handbook Working Group. The IARC Perspective on Colorectal Cancer Screening*. N Engl J Med. 2018 May 3;378(18):1734-1740.
14. Armaroli P, Villain P, Suonio E, et al. *European Code against cancer 4th edition: cancer screening*. Cancer Epidemiology 39S (2015) S139 –S15.
15. Senore C, Ederle A, Bellisario C, et al. *Offering people a choice for colorectal cancer screening*. Gut 2013; 62:735-40.
16. Schüz J, Espina C, Villain P, et al. *European Code against cancer 4th edition: 12 ways to reduce your cancer risk*. Cancer Epidemiology 39S (2015) S1–S10.
17. Armaroli P, Villain P, Suonio E, et al. *European Code against cancer 4th edition: cancer screening*. Cancer Epidemiology 39S (2015) S139 –S15.
18. Senore C, Giordano L, Bellisario C, et al. *Population based cancer screening programmes as a teachable moment for primary prevention interventions. A review of the literature*. Front Oncol. 2012 May 8;2:45.
19. Giordano L, Bisanti L, Salamina G, et al. *The EUROMED CANCER network: state-of-art of cancer screening programmes in non-EU Mediterranean countries*. Eur J Public Health. 2016 Feb;26(1):83-9.

IL CAFFÈ BASAGLIA È CHIUSO

La fine di un progetto di reinserimento socio-lavorativo per i pazienti psichiatrici?

Ugo Zamburru
Psichiatra

F. ha 38 anni, arriva da una famiglia problematica e per questo motivo in giovanissima età è stato adottato. Tutto sembrava andare per il meglio, F. era un bel ragazzino biondo, educato, sensibile.

Poi qualcosa è cambiato, F. diceva cose strane, si estraniava, era assente. Un ricovero, il malessere che cresceva, poi la comunità e da lì un lungo percorso che lo portava prima a un alloggio supportato, poi al centro diurno.

Lì iniziava un corso professionale, imparava i rudimenti del mestiere come cameriere.

Infine il grande salto: una casa popolare condivisa con il suo amico G., conosciuto al centro diurno.

Da dodici anni F. lavora come cameriere al Caffè Basaglia, il locale di via Mantova dove un gruppo di volontari ha aperto una locanda sociale, uno spazio di aggregazione con il focus sul reinserimento socio-lavorativo dei pazienti psichiatrici.

F. ora è una colonna del Caffè Basaglia, cameriere solerte e simpatico, gran lavoratore. È assunto con regolare contratto e può finalmente abitare la vita, fare cose normali.

G. è l'amico fraterno di F., vivono insieme da molti anni. G. ha avuto momenti difficili quando era ancora molto giovane, è arrivato al centro diurno e ha conosciuto F.



notizie, dibattiti, approfondimenti

Per un anno G. ha lavorato al Caffè Basaglia grazie a un progetto di reinserimento della Regione Piemonte, la borsa lavoro è scaduta e G. sapeva che sarebbe stato assunto, un bel colpo per le sue finanze e la sua autostima.

Anche R. è arrivato dodici anni fa al Caffè Basaglia, lui fa l'aiuto cuoco. Ha lavorato in fabbrica, ma poi è stato male e da lì è iniziato il calvario: ha perso la famiglia, il lavoro, gli amici.

R. è timido e ha bisogno di rassicurazioni continue, ma è davvero bravo, come lo sono F. e G. come camerieri.

Potremmo raccontare la storia di C., un ragazzone gentile e capace, ha fatto l'alberghiero, ha lavorato a Londra. Poi un giorno le ali della psicosi sono piombate su di lui: un ricovero, la comunità, la paura di non farcela a tornare quello che era.

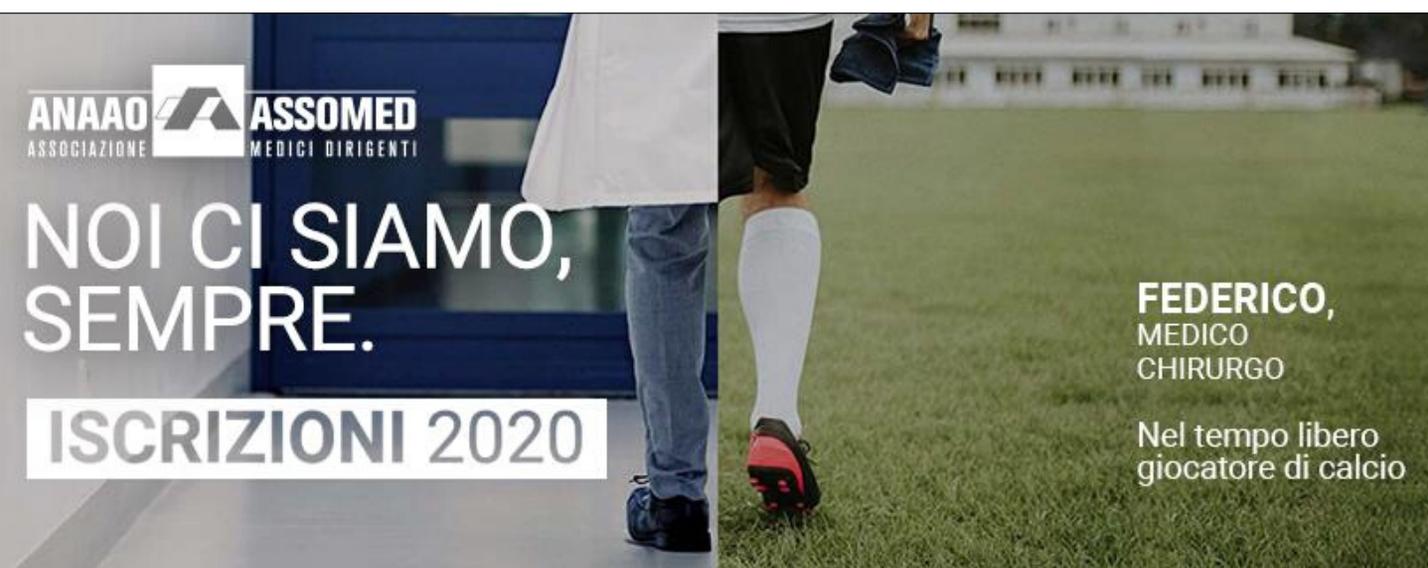
Un giorno C. è arrivato al Caffè Basaglia con una borsa lavoro: un paio di mesi di assestamento ed è tornato un cameriere e barman serio e affidabile, un gran lavoratore. Stava per finire la sua borsa lavoro e il Caffè Basaglia gli ha promesso l'assunzione.

Tante storie di persone che attraverso il lavoro recuperano la dignità, le relazioni, l'autostima, la salute psichica.

Nessuno di loro è più stato ricoverato, non hanno mai avuto scompensi, possiamo dire che sono guariti, nel senso che hanno una qualità della vita soddisfacente e importante.

Il Caffè Basaglia è un'esperienza nata nel gennaio del 2008 in uno stabile di Via Mantova a Torino.

Senza finanziamenti, ma con un azionariato popolare che ha permesso l'avvio del progetto, il Caffè Basaglia è una sorta di sogno collettivo, ove il sogno è l'idea che il reinserimento delle persone con problemi psichiatrici sia tera-



ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

**NOI CI SIAMO,
SEMPRE.**

ISCRIZIONI 2020

FEDERICO,
MEDICO
CHIRURGO

Nel tempo libero
giocatore di calcio

Per tutti gli iscritti:

Assicurazione Tutela Legale GRATUITA, fino a 50.000

Assistenza fiscale GRATIS

Assistenza previdenziale GRATIS

Corsi ECM GRATUITI

Pronto avvocato GRATIS

NEW

Per i nuovi iscritti:

Polizza Rc colpa grave GRATIS per 1 anno



peutico per loro, ma anche per chi li incontra in una prossimità non professionale, perchè per dirla alla Basaglia "da vicino nessuno è normale".

Ma adesso G., F., C., R. sono senza lavoro da tre mesi, e tanti altri ragazzi con disturbi da tre mesi non hanno più uno spazio di normalità a loro disposizione.

Nei primi giorni di agosto un problema strutturale ha colpito l'edificio che ospita in affitto il Caffè Basaglia e i vigili del fuoco e i tecnici del comune hanno dichiarato l'inagibilità, in attesa di ulteriori verifiche e di valutare i lavori messi in atto dalla proprietà.

Da allora **il Caffè Basaglia è chiuso**, con un danno inimmaginabile per una struttura simile. Il circolo è nato dagli sforzi di una decina di volontari e da un azionariato popolare: gli incassi e le donazioni sono gli unici introiti e servono a pagare gli affitti, le utenze, gli alimenti e gli articoli per il bar. Il tutto è svolto senza che il direttivo percepisca un solo centesimo.

Da dodici anni vengono pagati regolarmente gli stipendi e tutte le spese, ma la chiusura ha soffocato il sogno.

Abbiamo dovuto licenziare gli otto dipendenti (che almeno possono accedere al Naspi, il sussidio di disoccupazione) e non possiamo assumere le due borse lavoro di C. e F.

I debiti si accumulano, tra Tfr, stipendi, utenze ecc abbiamo superato i 30.000 euro.

Il Basaglia dietro di sé ha solo amici, pazienti, parenti di pazienti e un'idea.

Non vogliamo mollare, i ragazzi hanno retto anche questo colpo, ci dimostrano che il lavoro è stato davvero terapeutico, fortificandoli al punto che hanno retto la perdita del lavoro.

Anche perchè si aspettano una riapertura.

Abbiamo dimostrato che il lavoro è fondamentale nel percorso di cura di persone che hanno diagnosi severe e che da anni sono in compenso e vivono una vita degna e autonoma.

Abbiamo dimostrato che si può partire senza uno sponsor, contando sul nostro entusiasmo e sui tanti amici che ci hanno creduto insieme a noi. Nessuno di loro c'entrava nemmeno indirettamente con il mondo della psichiatria. Chi ha conosciuto il Caffè Basaglia ha cambiato la propria idea della malattia mentale ed è ancora lì con noi, a cercare soluzioni.

Del direttivo solo due persone sono del mestiere, uno psichiatra e un'infermiera del DSM, le altre venti che si sono alternate fanno tutt'altro mestiere.

I soci del circolo, 4500, sono la platea sensibilizzata negli anni, quelli che ci aiutano a proseguire questo progetto che si colloca tra la cura, l'esperienza umana, l'impresa sociale, la valorizzazione di quel grande capitale umano che sono le relazioni tra le persone.

Siamo un ponte, fragile, ma duraturo, che cammina sulle gambe delle donne e degli uomini che sanno osare in maniera un po' folle.

Aiutiamo insieme G., F., C., R. e tutti gli altri.



**Per sostenere l'iniziativa
Cerca su Facebook "Caffè Basaglia"
baires76@hotmail.com**

6° CORSO A.O.G.O.I. 5° TURIN IAN DONALD COURSE

TEST DI SCREENING E DI DIAGNOSI PRENATALE: QUALI E QUANDO

Torino, 13-14 marzo 2020 | Hotel NH Santo Stefano

Iscrizione: www.congressosuidsitalia.it

ECM

Il Corso è stato accreditato da A.O.G.O.I. nel Programma Nazionale ECM Age.Na.S. per le seguenti figure professionali: Medico Chirurgo (specialisti in Ginecologia e Ostetricia, Genetica Medica, Medicina Generale e Radiodiagnostica), Ostetrica/o.

Sono stati assegnati n. 8,4 crediti ECM.

Il Corso è stato accreditato per 200 partecipanti.

ARGOMENTI

- Infezioni in gravidanza - Screening del parto pretermine - Screening della pre-eclampsia - Patologie cromosomiche e geniche: quali test prima e durante la gravidanza - Gravidanze gemellari

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Symposia Organizzazione Congressi Srl - Piazza Campetto, 2/8 - 16123 Genova

Tel: +39 010 255146 - Fax: +39 010 2770565

symposia@symposiacongressi.com - www.symposiacongressi.com

congressi

10.00 Registrazione dei partecipanti
10.30 Saluto dei Direttori IAN DONALD SCHOOL
A. Kurjak, F. Chervenak, G. Monni, V. D'Addario, E. Viora
Introduzione al Corso
E. Viora, T. Todros

Moderatori: **M. Campogrande, C. Benedetto, G. Gregori**

11.00 Etica degli screening e della diagnosi prenatale - **F. Chervenak**
11.30 La paralisi cerebrale: un problema sempre attuale - **A. Kurjak**
12.00 Quali nuove possibilità diagnostiche delle patologie genetiche - **A. Amoroso**
12.30 I vaccini prima e durante la gravidanza - **E. Viora**
13.00 - 14.00 Lunch

Moderatori: **R. Jura, G. Monni, G. Menato**

14.00 I test di screening "tradizionali" delle anomalie cromosomiche - **E. Muccinelli**
14.30 Il test del DNA fetale - **A. Zonta**
15.00 Lo screening della pre-eclampsia - **F. Prefumo**
15.30 Ecografia del III trimestre: screening della patologia della crescita - **V. D'Addario**
16.00 Discussione

16.30 - 17.00 Coffee break

Moderatori: **T. Frusca, V. D'Addario, S. Danese**

17.00 - 18.30
Organizzazione dello screening: le esperienze di alcune Regioni italiane
- Piemonte - **M.R. Gialito**
- Emilia-Romagna - **T. Ghi**
- Toscana - **E. Periti**
- Puglia - **P. Volpe**
18.30 Discussione
19.00 Conclusioni e chiusura della giornata

Moderatori: **B. Pasini, R. Giacchello**

8.30 La diagnosi prenatale:
- che cosa c'è di nuovo - **E. Grosso**
- training e preparazione degli operatori - **G. Monni**
9.30 Un percorso non definito: test al portatore - **F. Lalatta**
10.00 Discussione
10.20 - 10.50 Coffee break

Moderatori: **E. Viora, T. Todros**

10.50 Screening del parto pretermine e infezioni cervico-vaginali - **G. Masuelli**
11.10 Citomegalovirus
- screening - **R. Cavallo**
- diagnosi e trattamento - **T. Lazzarotto**
12.10 Gravidanze gemellari
- monitoraggio ecografico - **S. Arduino**
- quando il percorso diventa complicato - **M. Rustico**
13.00 Test di screening e di diagnosi prenatale: aspetti medico-legali - **A. Sciarone**
13.30 Discussione
14.00 Conclusioni e chiusura dei lavori



6° Corso A.O.G.O.I.
5° Turin IAN DONALD Course

TEST DI SCREENING
E DI DIAGNOSI PRENATALE:
quali e quando

PRENATAL SCREENING
AND DIAGNOSTIC TESTS:
which and when

Torino, 13-14 marzo 2020

ARGOMENTI

INFEZIONI IN GRAVIDANZA
SCREENING DEL PARTO PRETERMINE
SCREENING DELLA PRE-ECLAMPسيا

PATOLOGIE CROMOSOMICHE
E GENICHE: QUALI TEST PRIMA
E DURANTE LA GRAVIDANZA

GRAVIDANZE GEMELLARI

DIRETTORI DEL CORSO A.O.G.O.I.

Elsa Viora - Torino
Tullia Todros - Torino

DIRETTORE DEL CORSO IAN DONALD

Elsa Viora - Torino

SEDE DEL CORSO

Hotel NH Santo Stefano
Via Porta Palatina 19
10122 Torino

ISCRIZIONI

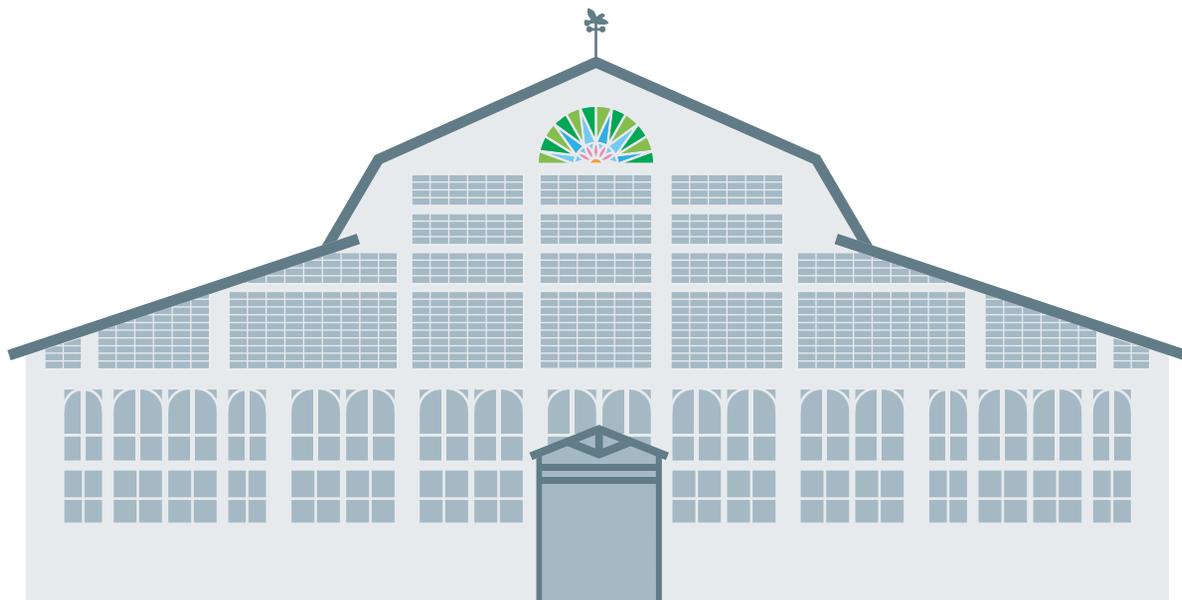
Modalità di iscrizione online sul sito:
www.symposiacongressi.com/sezione/Eventi

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

SYMPOSIA
ORGANIZZAZIONE CONGRESSI
Symposia Organizzazione Congressi Srl
www.symposiacongressi.com

Venerdì 13 marzo 2020

Sabato 14 marzo 2020



Il commiato ha trovato casa.

Presto Giubileo darà alle famiglie la possibilità di allestire la cerimonia funebre del proprio congiunto in un luogo accogliente, ampio ma intimamente raccolto, personalizzabile secondo ogni possibile esigenza.

Una vera e propria “Casa del Commiato”, pensata e progettata per garantire all’ultimo saluto il tempo e lo spazio che merita.

E per offrire a chiunque, indipendentemente dal culto o dalla filosofia di vita, un luogo d’incontro e di riflessione dove sentirsi uniti, protetti, vicini.

Insieme. A casa.

www.giubileo.com

FUNERAL HOME



GIUBILEO
Le cerimonie funebri dei Torinesi.

CLIENTE SPECIALE SCONTO ESCLUSIVO

SPAZIO
LA CITTA' DELL'AUTO



**SPAZIO DEDICA AGLI ISCRITTI ALL'ENPAM DI TORINO
CONDIZIONI DI PARTICOLARE FAVORE PER L'ACQUISTO
DELLE VETTURE DELLA GAMMA FCA**



Sconto fino al **20%**



Sconto fino al **23%**



Sconto fino al **25%**



Sconto fino al **18%**

Jeep

Sconto fino al **28%**

INIZIATIVA VALIDA FINO AL 31 DICEMBRE 2019*

*Per usufruire della scontistica dedicata, il cliente è tenuto a comunicare al venditore l'appartenenza all'Enpam prima dell'inizio della trattativa.

Per informazioni e appuntamenti:
Tel. 011 2251711

stefano.bellino@spaziogroup.com
lino.zacco@spaziogroup.com

SPAZIO
LA CITTA' DELL'AUTO

CONCESSIONARIA UFFICIALE



Jeep

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

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