

MEDIC

Metodologia Didattica e Innovazione Clinica – *Nuova Serie*
Methodology & Education for Clinical Innovation – New Series

Pubblicazione Semestrale Internazionale
An International Semiannual Publication

Volume 26 • Giugno 2018
Volume 26 • June 2018

DISCOURS DE LA METHODE

Pour bien conduire fa raison, & chercher
la verité dans les sciences.

QUADERNO “FAKE NEWS E INFORMAZIONE RESPONSABILE TRA ETICA ED EDUCAZIONE”

“FAKE NEWS AND RESPONSIBLE INFORMATION BETWEEN ETHICS AND EDUCATION”

A CURA DI CLAUDIO PENSIERI

- 7 **Editoriale: Cosa sono le fake news?**
Editorial: What is fake news?
CLAUDIO PENSIERI
- 10 **Fake news: un problema social-mente educativo**
Fake news: an educational fake-social problem
CLAUDIO PENSIERI
- 18 **Fake news: a look back at the dominant, and rather depressing theme of 2017**
Fake news: uno sguardo a un argomento importante e sconcertante del 2017
DAVID SANDERS
- 19 **Chi dobbiamo incolpare per la crisi delle fake news? Tre fattori in gioco sulla verità online**
Whom do we have to blame for the fake news crisis? Three factors at stake for online truth
JORDI PUJOL SOLER
- 27 **La comunicazione in sanità: una sfida che richiede strumenti e strategie profondamente rinnovati**
Healthcare communication: a challenge that requires deeply renewed tools and strategies
ALESSANDRO CONTE, FILIPPO ANELLI
- 34 **Fake news e vaccini: un problema educativo?**
Fake news and vaccines: an educational problem?
CLAUDIO PENSIERI, SILVIA ANGELETTI, MASSIMO CICOZZI
- 45 **Fake news sull'aborto**
Fake news about abortion
GIUSEPPE NOIA, MARINA BELLIA, FRANCESCA ROMANA POLEGGI, DANIELA VISCONTI, MARCO DE SANTIS

Segue in IV di copertina
Cont'd on the outside back cover

PACINI
EDITORE
MEDICINA



La rivista internazionale MEDIC New Series, Metodologia Didattica e Innovazione Clinica si caratterizza per un approccio globale e unitario ai temi della Bioetica, dell'Etica della salute e della formazione degli operatori sanitari, con la finalità di ricomporre in una visione unitaria i saperi umanistici e le scienze biomediche. Essa intende proporsi come uno spazio di dialogo tra le cosiddette *due culture*, quella scientifica e quella umanistica, nello sforzo di offrire spunti di riflessione e di confronto alla luce di un neo-umanesimo medico che ha nella persona il suo punto di coesione e di equilibrio. Si tratta di una rivista scientifica multidisciplinare, che ospita revisioni della letteratura e lavori originali, nonché editoriali, lettere all'editore su argomenti di particolare interesse e recensioni di libri.

La rivista si propone di fornire un'occasione di confronto sul piano internazionale attraverso la pubblicazione di contributi attinenti alle seguenti sezioni: *Metodologia, Epidemiologia, Clinica e Ricerca di Base, Educazione Medica, Filosofia della Scienza, Sociologia della Salute ed Economia Sanitaria, Ingegneria Bio-Medica, Etica e Antropologia, Storia della Medicina*.

Uno degli obiettivi prioritari della rivista è aprire un dibattito sui temi di maggiore rilievo scientifico in ambito bio-medico, affrontandoli sotto diverse angolature attraverso i contributi dei vari autori. MEDIC New Series vuole in tal modo offrire agli studiosi che si confrontano con le grandi questioni della salute e della malattia, della vita e della morte, del dolore e della sofferenza, uno scambio fecondo con colleghi di altre discipline, perché si giunga a una composizione del tema più ampia di quella consentita dall'esclusiva ottica della propria specialità.

Il dialogo tra le Scienze, per essere efficace e fruttuoso, deve essere prima di tutto un dialogo tra scienziati, capaci di analizzare la realtà anche con linguaggi diversi, per comprenderne aspetti che altrimenti resterebbero sottintesi o non sufficientemente elaborati e strutturati.

Ciascun manoscritto sottoposto per la pubblicazione verrà selezionato dai membri del Comitato Editoriale, in base alla tipologia di manoscritto e all'argomento contenuto, e sarà inviato dal responsabile della sezione specifica a due *referee* esperti che formuleranno un giudizio motivato. La decisione finale sull'accettazione del manoscritto verrà presa dal Comitato Editoriale, dopo aver conosciuto i pareri dei *referee*.

The international journal MEDIC New Series, Teaching Methodology and Clinical Innovation distinguishes itself for its global and unified approach to bioethics and to health care ethics issues as well as to the training of health workers aiming at structuring the humanistic knowledge and the bio-medical sciences into a common vision. It wishes to foster the dialogue between the so called two cultures, the scientific and the humanistic one, in its effort to offer occasions of reflection and of confrontation in the light of a medical neohumanism which sees in the human being its point of cohesion and balance. It is a multidisciplinary scientific journal publishing literature reviews, original papers, editorials, letters to the Editor on topics of special interest as well as book reviews.

The journal intends to set up a space of comparison at an international level through the publication of papers relevant to the following sections: Methodology, Epidemiology, Clinical Medicine and Basic Research, Medical Education, Philosophy of Science, Health Sociology and Health Economics, Biomedical Engineering, Ethics and Anthropology, Medical History.

The journal's most important objectives is that of opening a debate on subject-matters of great scientific importance in biomedicine, tackling them from different view points through the contribution of various authors. Thus MEDIC New Series wishes to offer to scholars dealing with important issues such as health and sickness, life and death, pain and suffering, the opportunity of having a debate with colleagues of other disciplines so to make such discussion wider than it would be possible from the view point of a single specialty.

To make the dialogue among Sciences effective and fruitful, first of all it has to be a dialogue among scientists capable of analysing reality by using different languages, so to understand aspects that otherwise would be left unsaid or not sufficiently studied and explained.

Each manuscript submitted to publication will be selected by the members of the Editorial Board, on the basis of its typology and on its topic. It will be then sent by the responsible of the specific section to two expert referees who will express a motivated judgement. The final decision on the manuscript acceptance will be taken by the Editorial Board after having read the referees' opinion.

Sito internet

www.medicjournalcampus.it

Valutazione Anvur: Fascia A, Area 11 - Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche

Editor

Paolo Arullani

Università Campus Bio-Medico di Roma

Scientific Coordinator

Joaquín Navarro-Valls¹

Università Campus Bio-Medico di Roma

Associate Editors

Felice Barela, Università Campus Bio-Medico di Roma

Paola Binetti, Università Campus Bio-Medico di Roma

Maria Teresa Russo, Università Campus Bio-Medico di Roma

Daniele Santini, Università Campus Bio-Medico, Roma

Vittoradolfo Tambone, Università Campus Bio-Medico di Roma

Albertina Torsoli, Versiox, Svizzera

Scientific Secretariat

Maria Dora Morgante, Università Campus Bio-Medico di Roma

Veronica Roldán, Università Roma Tre

Editorial Board

Maria Grazia Albano, Università di Foggia

Annamaria Altomare, Università Campus Bio-Medico di Roma

Luciana Angeletti, Sapienza Università di Roma

Dario Antiseri, Libera Università Internazionale degli Studi Sociali, Roma

Marta Bertolaso, Università Campus Bio-Medico di Roma

Hillel David Braude, McGill University, Montreal, Canada

Renzo Caprilli, Sapienza Università di Roma

Lucio Capurso, Sapienza Università di Roma

Michele Cicala, Università Campus Bio-Medico di Roma

Francesco D'Agostino, Università di Roma "Tor Vergata"

Paolo Dario, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

Patrizia de Mennato, Università di Firenze

Pierpaolo Donati, Università di Bologna

Luciano Floridi, University of Hertfordshire/ University of Oxford, Regno Unito

Luigi Frati, Sapienza Università di Roma

Luigi Frudà, Sapienza Università di Roma

John Fox, University of Oxford, Regno Unito

Giuseppe Galli, Università di Macerata

Giampaolo Ghilardi, Università Campus Bio-Medico di Roma

Enzo Grossi, Fondazione Bracco, Milano

Silvia Kanizsa, Università di Milano-Bicocca

Gregory Katz, ESSEC Business School, Francia

Renato Lauro, Università di Roma "Tor Vergata"

Alessandro Martin, Università di Padova

Alfred Nordmann, Technische Universität, Darmstadt, Germania

Barbara Osimani, Ludwig-Maximilians-Universität München, Germania

Susanna Pallini, Dipartimento di Scienze della Formazione, Università Roma Tre

Michelangelo Pelàez, Università Campus Bio-Medico di Roma

Maddalena Pennacchini, Università Campus Bio-Medico di Roma

Julian Reiss, Erasmus University, Paesi Bassi

Paolo Maria Rossini, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Cesare Scandellari, Università di Padova

Alejandro Serani Merlo, Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile

Luciano Vettore, Università di Verona

© Pacini Editore Srl

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi. La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice Penale.

Direttore responsabile/*Manager* Maria Teresa Russo; Per abbonamenti/*For subscription*: abbonamenti@pacinieditore.it

Stampa/*Printed by* Pacini Editore Srl, via A. Gherardesca, 56121 Pisa

ABBONAMENTI/SUBSCRIPTIONS

Abbonamenti per l'Anno 2018

Italia: Privati, € 40,00; Enti Istituzionali, € 75,00; Studenti, € 30,00.

Eestero: Privati, € 80,00; Enti Istituzionali, € 150,00; Studenti, € 60,00.

Prezzo di copertina per singola copia e per volume 2013: € 20,00.

L'abbonamento decorre dal gennaio al dicembre.

Gli abbonamenti possono essere attivati:

- a) via e-mail a: abbonamenti@pacinieditore.it
- b) per posta: Pacini Editore Srl, Ufficio Abbonamenti, via Gherardesca 1, 56121 Pisa
- c) online su: www.pacinieditore.it

Subscriptions for 2018

Italy: Individuals, € 40,00; Institutions, € 75,00; Students, € 30,00.

Abroad: Individuals, € 80,00; Institutions, € 150,00; Students, € 60,00.

Single copy and 2013 issue, € 20,00.

Abroad, € 40,00.

Subscriptions request and payment may be issued:

- a) by e-mail addressed to abbonamenti@pacinieditore.it*
- b) by mail to the following address: Pacini Editore Srl, Ufficio Abbonamenti, via Gherardesca 1, 56121 Pisa*
- c) online at www.pacinieditore.it*

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Manoscritti

I manoscritti possono essere presentati in italiano o in inglese e devono essere accompagnati da una Cover Letter ove si spiega brevemente l'*appeal* del lavoro.

Le pagine devono essere numerate consecutivamente.

La **prima pagina** deve comprendere (a) il titolo dell'articolo in italiano e in inglese, (b) il nome per esteso e il cognome del/degli autore/i, (c) la (le) rispettiva(e) istituzione(i), (d) il titolo corrente per le pagine successive, (e) l'indirizzo per la corrispondenza di uno degli autori, (f) eventuali note a piè di pagina.

I manoscritti devono includere un **Sommario Breve** di circa 20 parole, tre-sei *Parole-Indice* e un **Sommario Esteso** (circa 200 parole) il tutto sia in italiano che in inglese strutturato a seconda del tipo di articolo, in uno dei due modi che seguono: **Premessa, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni** (per gli articoli contenenti dati di ricerche) oppure **Premessa, Contributi o Descrizioni, Conclusioni** (per le rassegne, commenti, saggi).

Note a piè di pagina

Nel manoscritto possono essere inserite delle note a piè di pagine, richiamate nel testo con il numero arabo attaccato alla parola e prima dell'eventuale segno d'interpunzione. Si suggerisce di utilizzare le note solo realmente necessarie e come note esplicative al testo. Tutti i richiami bibliografici vanno inseriti nei riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

I richiami bibliografici nel testo devono essere indicati tra parentesi tonde, riportando solo il cognome dell'autore (quando sono solo due, i cognomi vanno separati dalla "e", quando sono invece più di due, riportare solo il nome del primo autore, seguito da et al.). I riferimenti bibliografici vanno poi riportati alla fine del manoscritto, in ordine alfabetico e senza numerazione. In bibliografia i cognomi e le iniziali dei nomi di tutti gli autori (quando sono più di tre, riportare solo i nomi dei primi tre autori, seguiti da et al.), il titolo dell'articolo in corsivo, il titolo della rivista abbreviato in accordo con l'*Index Medicus*, l'anno di pubblicazione, il numero del volume, la prima e l'ultima pagine dell'articolo devono essere riportati secondo lo stile qui di seguito esemplificato:

Articoli di Giornali: Epstein O, De Villers D, Jain S, et al. *Reduction of immune complex and immunoglobulins induced by D-penicillamine in primary biliary cirrhosis*. N Engl J Med 1979;300:274-8.

Libri: Blumberg BS. *The nature of Australia Antigen: infectious and genetic characteristics*. In: Popper H, Scaffener F, editors. *Progress in liver disease*. Vol. IV. New York-London: Grune and Stratton 1972, pp. 367-9.

Tabelle e figure

Le **Tabelle** devono essere numerate consecutivamente con numeri romani e devono essere consegnate su file separati in formato .doc o .rtf. Le **Figure** devono essere numerate consecutivamente con numeri arabi e devono essere presentate anch'esse su file separati in formato .jpeg o .tiff con definizione di 300 dpi, accompagnate da esplicite *legende* con definizioni di tutti i simboli e abbreviazioni usati. Qualora i file dovessero essere di bassa definizione o scarsa qualità, la redazione si riserva di comunicarlo agli autori, in modo che vengano riforniti. Nel caso di materiale illustrativo già pubblicato altrove o da altri autori, dovrà essere richiesta l'autorizzazione e indicata chiaramente la fonte in legenda, specificando se è stata riproposta in originale oppure modificata.

Ringraziamenti

I ringraziamenti devono essere riportati in fondo allo stesso file dell'articolo.

Autori

Nel caso di più autori, specificare se questi desiderano che sia indicato in cima al manoscritto il ruolo di ciascuno nel lavoro (ad es. ricercatore principale, autore *senior*, partecipante, etc; oppure più dettagliatamente).

Manoscritti riveduti e bozze

I **manoscritti** verranno rinviati agli autori con i commenti dei *referees* e/o una revisione a cura della Segreteria Scientifica. Se accettati per la pubblicazione, i testi dovranno essere rimandati alla Segreteria Scientifica con il visto del primo autore. A meno di esplicita richiesta, la correzione delle **bozze** sarà effettuata direttamente dalla Segreteria Scientifica sulla base del testo finale vistato. Gli autori sono pregati di rinviare il materiale per *corriere rapido*.

Estratti

Un (1) estratto in PDF sarà inviato via mail al primo autore di ogni articolo pubblicato. Eventuali estratti a stampa (da richiedere all'atto dell'invio del dattiloscritto vistato) saranno addebitati agli autori.

Copyright

I manoscritti e il relativo materiale illustrativo rimangono di proprietà del Giornale e non possono essere riprodotti senza un permesso scritto. Assieme al manoscritto gli autori sono pregati di inviare alla Segreteria Scientifica la seguente dichiarazione (a firma di ciascun autore): "I sottoscritti trasferiscono tutti i diritti d'autore del manoscritto (titolo dell'articolo) a Pacini Editore, Pisa, nel caso il manoscritto sia pubblicato su MEDIC. Gli autori assicurano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, ne è in corso di valutazione presso altro giornale".

Indirizzo per invio dei Manoscritti

Il lavoro e tutta la documentazione vanno inviati in formato .doc all'indirizzo e-mail di MEDIC (medic@unicampus.it).

Per ulteriori informazioni rivolgersi a MEDIC, Segreteria Scientifica, c/o Università Campus Bio-Medico di Roma, Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma. Tel. (39) 06-225419050 Fax (39) 06-225419075. E-mail: medic@unicampus.it.

Peer Review

Ciascun manoscritto sottoposto per la pubblicazione verrà selezionato dai membri del Comitato Editoriale, in base alla tipologia di manoscritto e all'argomento contenuto, e sarà inviato dal responsabile della sezione specifica a due *referee* esperti che formuleranno un giudizio motivato. La decisione finale sull'accettazione del manoscritto verrà presa dal Comitato Editoriale, dopo aver conosciuto i pareri dei *referee*.

Lista di controllo

Prima di spedire il manoscritto, si prega di controllare la lista che segue:

1. Manoscritto accompagnato da Cover Letter
2. Cognome e nome per esteso degli autori
3. Istituzioni di appartenenza degli autori con il nome della città dello Stato
4. Titolo in italiano e in inglese
5. Titolo corrente
6. Sommario breve (circa 20 parole) in italiano e in inglese
7. Sommario esteso (circa 200 parole) in italiano e in inglese
8. Ringraziamenti (in fondo al manoscritto)
9. Autori (ruoli) (ove richiesto)
10. Dichiarazione di cessione dei diritti d'autore
11. Indirizzo completo di uno degli autori per la corrispondenza (incluso numero di fax)
12. Richiami bibliografici nel testo tra parentesi tonde con nome autore e anno
13. Riferimenti bibliografici in ordine alfabetico e secondo lo stile raccomandato
14. È stato consultato per lo stile un numero precedente della rivista?
15. Richiesta di estratti

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Manuscripts

Manuscripts can be submitted in Italian or English and should be accompanied by a cover letter. Pages must be numbered consecutively.

The title page should include: (a) title of the article in Italian or English, (b) name and surname(s) of all author(s), (c) authors' affiliation and address, (d) running head, (e) corresponding author, (f) footnotes.

The submitted material should also include: a **Short Abstract** of approximately 20 words, three to six keywords and an **Extended Abstract** (approximately 200 words), in Italian and English (for articles in Italian) or only English (for articles written in another language than Italian). The article should be structured according to the following format: **Background, Materials and Methods, Result, Conclusion** (for articles reporting research data), or **Background, Contributions or Description, Conclusion** (for review articles, critical comments, essays).

Footnotes

Footnotes are allowed but it is suggested to use them only if necessary and strictly relevant to the main text. They should be indicated by a superscript Arabic number attached to the relevant word and before any punctuation mark.

All bibliographical references should be included in the list of references.

References

Bibliographical references in the text should be indicated in parentheses, reporting only the surname of the author (when they are only two, the names must be separated by "and"; when they are more than two, only the name of the first author should be mentioned, followed by et al.). A list of bibliographical references should appear at the end of the manuscript, in alphabetical order and without numbering. Each citation should include the names and initials of the names of all authors (when they are more than three, only the name of the first three authors should be mentioned, followed by et al.); the article title in italics, journal title, abbreviated according to the 'Index Medicus', year of publication, volume number, first and last pages of the article. Examples:

Newspaper articles: Epstein O, De Villers D, Jain S, et al. *Reduction of immune complex and immunoglobulins induced by D-penicillamine in primary biliary cirrhosis*. N Engl J Med 1979;300:274-8.

Books: Blumberg BS. *The nature of Australia Antigen: infectious and genetic characteristics*. In: Popper H, Scaffener F, editors. *Progress in liver disease*. Vol. IV. New York-London: Grune and Stratton 1972, pp. 367-9.

Tables and figures

Tables should be numbered consecutively with Roman numerals and must be supplied as separate files .Doc or .RTF. **Figures** should be numbered consecutively with Arabic numerals and should also be submitted as separate files in .Jpeg or .Tiff with resolution of 300 dpi, accompanied by legends with explicit definitions of all symbols and abbreviations used. The editorial staff reserves the right to request the authors to provide them with higher quality material in case the submitted files are of poor quality or low resolution. In the case of illustrative material already published elsewhere or by other authors, permission must be requested and the source must be clearly indicated in the legend, specifying whether it was revived in original or modified.

Acknowledgements

Acknowledgements must be included in the article file at the bottom.

Authorship

In case of multiple authors, the role of each may be specified on top of the manuscript (eg: principal investigator, senior author, participant, etc., or more detail).

Reprints

One (1) pdf file will be sent to the first author. Colour prints and paper reprints will be charged to the author(s) who have requested them.

Revised Manuscript and proofs

Manuscripts will be returned to the corresponding author with the referees' comments and/or the revisions by the Scientific Secretariat. If accepted for publication, the text should be returned to the Secretariat with the approval by the first author. Unless explicitly requested otherwise, the correction of the proofs will be carried out directly by the Scientific Secretariat on the grounds of the approved manuscript. The authors are kindly requested to return the material by special delivery.

Copyright

Manuscripts and corresponding illustrative material remain property of the Journal and should not be reproduced without written permission. If the paper is accepted for publication, the corresponding author will be asked to sign a copyright transfer declaration. The authors warrant that the article has not been previously published and is not under consideration for publication by another journal.

Address for Manuscript

The manuscript and all documentation must be sent in .Doc format to the e-mail MEDIC (medic@unicampus.it).

For information contact, MEDIC, Segreteria Scientifica, c/o Università Campus Bio-Medico di Roma, via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma. Tel. (39) 06-225419050 Fax (39) 06-225419075.

Peer Review

Each manuscript submitted for publication is selected by the members of the Editorial Board, on the basis of its typology and topic. It is then sent by the responsible of the specific section to two expert referees who are asked to express a motivated judgement. The final decision on manuscript acceptance is taken by the Editorial Board on the basis of the referees' opinion.

Submission Checklist

Please use the following checklist before mailing the manuscript:

1. The manuscript and the Cover Letter
2. Full name and surname of all authors
3. Corresponding addresses of the authors
4. Title
5. Running head
6. Short Abstract (approx. 20 words)
7. Extended Abstract (approx. 200 words)
8. Acknowledgements (at the end of the manuscript)
9. Multiple authorship (where required)
10. Copyright statement
11. Full corresponding address of one of the authors (including FAX number and e.mail)
12. Bibliographical references in the text in parentheses with author's name and year
13. References in alphabetical order and according to the style recommended
14. Have you checked a previous issue of the Journal for format of presentation?
15. Reprints required

INVITO ALLA LETTURA

AN INVITATION TO READ

In accordo con la filosofia di MEDIC (Un Giornale per il Nostro Tempo, 1993; 1: 71-72), questo Numero comprende articoli di varia natura, aventi peraltro in comune l'interesse per i problemi d'ordine metodologico e/o riguardanti la didattica formativa.

Following the philosophy of MEDIC (A Journal for Our Times, 1993; 1: 71-73), this issue includes articles of various kinds, however all share a special interest in problem related methodology and/or education.

Fake news: un problema social-mente educativo

Fake news: an educational fake-social problem

CLAUDIO PENSIERI

MEDIC 2018; 26(1): 10-17

Nell'articolo si affronta la definizione del termine fake news, i criteri per identificarle, le iniziative italiane per fronteggiare il problema e la differenza di approccio tra Europa e Stati Uniti.

The article deals with the definition of the expression fake news, the criteria for identifying it, the Italian initiatives to tackle the problem and the different approach between Europe and the United States.

Fake news: a look back at the dominant, and rather depressing theme of 2017

Fake news: uno sguardo a un argomento importante e sconcertante del 2017

DAVID SANDERS

MEDIC 2018; 26(1): 18

The author explains on which occasion the term broke out of media discussions and into the mainstream.

L'autore spiega in quale occasione il termine è balzato agli onori della cronaca.

Chi dobbiamo incolpare per la crisi delle fake news? Tre fattori in gioco sulla verità online

Whom do we have to blame for the fake news crisis? Three factors at stake for online truth

JORDI PUJOL SOLER

MEDIC 2018; 26(1): 19-26

Si esamina il problema delle fake news online, analizzando tre fattori coinvolti: l'attuazione umana, il ruolo della tecnologia e l'influsso della cornice teorica moderna sulla verità.

The article examines the problem of online fake news, analyzing three factors involved: human implementation, role of technology and influence of the modern theoretical framework on truth.

La comunicazione in sanità: una sfida che richiede strumenti e strategie profondamente rinnovati

Healthcare communication: a challenge that requires deeply renewed tools and strategies

ALESSANDRO CONTE, FILIPPO ANELLI

MEDIC 2018; 26(1): 27-33

L'articolo illustra come la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri ha affrontato il problema di HealthLiteracy (HL), predisponendo uno strumento web per contrastare la disseminazione di informazioni ingannevoli in materia di salute. *The article explains how FNOMCEO, the national federation of medical committees, has dealt with the problem of HealthLiteracy (HL) among the Italian population by preparing a website to counteract the dissemination of misleading health information.*

Fake news e vaccini: un problema educativo?

Fake news and vaccines: an educational problem?

CLAUDIO PENSIERI, SILVIA ANGELETTI, MASSIMO CICOZZI

MEDIC 2018; 26(1): 34-43

L'articolo, riferendosi alla recente crisi vaccinale in Italia, evidenzia come l'uso estesissimo di Internet, in cui prevalgono informazioni contraddittorie, abbia spinto all'ostracismo verso i vaccini, si sottolinea inoltre che trattasi di un problema educativo e che pertanto è necessario formare le persone a leggere i dati scientifici.

Referring to the recent vaccination crisis in Italy, the article shows how the very extensive use of the Internet, where contradictory information prevails, has led to ostracism towards vaccines. The article also stresses that this is an educational problem and that it is therefore necessary to train people to read scientific data.

Fake news sull'aborto

Fake news about abortion

GIUSEPPE NOIA, MARINA BELLIA, FRANCESCA ROMANA POLEGGI, DANIELA VISCONTI, MARCO DE SANTIS

MEDIC 2018; 26(1): 44-49

"Fake news" e "disinformazione" sono la stessa cosa: un pericolo per la salute e per la vita di esseri umani. Per quarant'anni sono state diffuse notizie false sull'aborto, sul concepito e sulla salute delle madri. La letteratura scientifica e i dati ufficiali le smentiscono, ma le smentite non hanno altrettanta risonanza, neanche nella comunità scientifica.

"Fake news" and "misinformation" are the same thing: a danger to health and to the lives of human beings. Fake news about abortion has been spread in Italy for over forty years: fake about the life of the unborn and about women's health. Scientific literature and the official statistics deny such fake news but the true data and information do not enjoy the same visibility and reporting as the fake news, not even in the scientific community at large.

Fake news e comportamenti alimentari. Educare ai media per promuovere stili di vita salutari

Fake news and food behavior. Health promoting media literacy education

MARIA CINQUE, ELISA MESSA

MEDIC 2018; 26(1): 50-56

Sapere valutare la qualità dei contenuti di un sito ed essere in grado di accertare la credibilità delle informazioni, ricercando nel sito stesso notizie sulle fonti di provenienza dei contenuti, è una competenza fondamentale nell'era della post-verità. Nel contributo vengono descritte alcune pratiche didattiche utili per sviluppare senso critico e capacità di individuare fake news, soprattutto in ambito alimentare. *Knowing how to evaluate the content quality of a site and being able to ascertain the credibility of the information, searching the site for news on the original sources of the content, is a fundamental competence in post-truth era. The contribution describes some teaching practices useful for developing critical sense and ability to identify fake news, especially in the food sector.*

Care pathways and management: a health education program for family caregivers

Il ruolo e il valore dell'educazione alla salute per il caregiver nel percorso di cura e assistenza

CLAUDIA CIANFROCCA, ANTONELLA SISTO, FLAVIA VICINANZA, LIVIA QUINTILIANI, ILARIA QUAGLIA, DANIELA TARTAGLINI

MEDIC 2018; 26(1): 57-61

This paper describes the experience of a free multidisciplinary training

course for family caregivers and the psycho-social impact the disease has on the family system. The Campus Bio-Medico University Hospital of Rome promoted the course.

Il lavoro illustra brevemente l'impatto psico-sociale della malattia sul sistema familiare e descrive l'esperienza maturata presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, che promuove gratuitamente corsi di formazione teorico-pratici, rivolti ai caregiver familiari.

Di formazione e di felicità: riflessioni sul percorso formativo di medicina

On education and happiness: reflections on medical training

PAOLA MANFREDI

MEDIC 2018; 26(1): 62-71

L'articolo prende le mosse dal rilievo segnalato dalla letteratura rispetto all'infelicità dei medici e s'interroga su come l'attuale percorso formativo possa concorrere a incrementare la felicità piuttosto che l'infelicità dei futuri medici.

The article is based on information reported by scientific literature, about the unhappiness of doctors. This article analyzes how the current training course can contribute to increasing happiness rather than unhappiness of future medical doctors.

QUADERNO

FAKE NEWS E INFORMAZIONE RESPONSABILE TRA ETICA ED EDUCAZIONE
FAKE NEWS AND RESPONSIBLE INFORMATION BETWEEN ETHICS AND EDUCATION

Editoriale: Cosa sono le fake news?

Editorial: What is fake news?

CLAUDIO PENSIERI**Direzione Clinica Policlinico Universitario Campus Bio-Medico**

Il tema delle fake news è un argomento interessante perché è nuovo e vecchio allo stesso tempo.

È nuovo perché il termine ha raggiunto la notorietà pubblica solo dopo che il presidente americano Trump ne ha parlato ampiamente nella sua campagna elettorale.

È vecchio perché la diffusione d'informazioni false (che sia propaganda, disinformazione, misinformazione o mistificazione) è stata sempre utilizzata dall'essere umano (soprattutto durante le guerre e in politica).

Anche prima di Internet, diversi pamphlet apologetici e falsi storici sono circolati diffusamente per l'Europa, e anche al di fuori, diffondendo messaggi falsi. L'esempio più noto è forse quello dei "Protocolli dei Savi anziani di Sion"¹, nel cui interno veniva descritto con precisione il piano di conquista del mondo da parte della comunità ebraica, che si sarebbe dovuto realizzare attraverso il controllo dei punti nevralgici delle moderne società occidentali, quali la finanza, la stampa, l'economia, gli eserciti militari, la morale e la cultura, redatto da Sergei Nilus su commissione dello Zar e databile tra il 1903 e il 1905. Il libello fu tradotto in molte lingue dal russo e in origine dal francese e circola tuttora nonostante le prove della falsificazione e la dettagliata demolizione di tutto il contenuto del libello. I Protocolli dei Savi Anziani di Sion continuarono a

essere considerati dagli antisemiti di tutto il mondo come una prova importante e attendibile della volontà di un ribaltamento dell'ordine mondiale da parte del popolo ebraico.

Se vogliamo andare più vicino nel tempo potremmo anche citare Orson Welles. La sua storia è conosciuta come la più grande bufala mediatica del nostro secolo (fake news radiofonica): una farsa capace di gettare nel panico migliaia di americani provenienti da ogni strato sociale. Un radiodramma che cambiò definitivamente non solo la carriera del suo artefice, ma tutto lo studio sociologico sugli effetti dell'esposizione ai contenuti massmediatici. Stiamo parlando della trasposizione radiofonica di un romanzo di fantascienza di H.G. Wells dal titolo "La Guerra dei Mondi".

Welles decide, per 'dare sapore' a quel piatto sciapo (la semplice lettura del libro), di impostare la trasmissione come se si trattasse di un normale programma musicale interrotto a un certo momento da un falso notiziario radio che annunciava l'invasione degli alieni e i suoi drammatici sviluppi. Durante la trasmissione Welles inserì citazioni di fonti apparentemente autorevoli, come il 'Museo di Storia Naturale' o il 'Professor Gray, capo della Divisione Astronomica', per donare a essa ulteriore credibilità.

Gli stacchi abilmente progettati tra la trasmissione radiofonica e la radiocronaca dell'attacco degli alieni arrivò al culmine quando arrivarono i primi silenzi radio (come a far crescere la tensione), ogni tanto ripresi da qualche sporadica e confusa cronaca, fino a quando non si giunse a un'apparente cessazione delle trasmissioni.

A questo punto si scatenò il panico. Migliaia di persone in preda allo smarrimento totale si riversarono nelle strade e si lasciarono andare a comportamenti di grave irrazionalità. Si segnalavano numerosi ingorghi nelle arterie principali di molte città degli Stati Uniti, mentre le linee di comunicazione si sovraccaricarono fino al collasso. Alcuni si abbandonarono a episodi di violenza, altri pregarono di non essere coinvolti nell'attacco. A San Francisco, una donna si presentò

¹ Disponibile online: <http://antimassoneria.altervista.org/wp-content/uploads/2016/02/1-Protocolli-dei-Savi-Anziani-di-Sion.pdf> (accesso del 16.05.2018).

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Claudio Pensieri
Direzione Clinica Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
via Álvaro del Portillo 200 - 00128 Roma
e-mail: c.pensieri@unicampus.it

alla polizia con i vestiti lacerati sostenendo di essere stata aggredita dagli alieni, mentre a New York ci vollero settimane per convincere alcuni di quelli che erano scappati a far ritorno nelle proprie abitazioni.

Questo esempio è solo uno dei tanti che tutt'oggi ancora accadono, anche a seguito di fake news lette su Facebook come quello del "pizzagate" che, nel 2016, ha portato un uomo di 35 anni a entrare in un ristorante nei sobborghi di Washington (il Comet Ping Pong) armato con un fucile d'assalto, sparando qualche colpo in aria fortunatamente senza ferire nessuno. Il Comet Ping Pong era il centro fittizio di un altrettanto finto scandalo emerso durante la campagna per le presidenziali USA: il pizzagate².

In questo numero di Medic i contributi pubblicati spaziano dall'analisi della verità agli esempi specifici di fake news in campi sanitari.

Ho scritto un articolo introduttivo sulla terminologia e le caratteristiche delle fake news per fornire al lettore gli strumenti etimologici e tecnici per inquadrare il tema delle fake news: Claudio Pensieri "Fake News un problema socialmente educativo".

Il primo articolo è un brevissimo contributo di David Sanders del North Devon District Hospital, "Fake news: a look back at the dominant, and rather depressing, theme of 2017" ed è la rivisitazione del suo editoriale di un numero del *Bulletin of the Royal College of Surgeons of England*, che lui ha interamente dedicato alla fake news in ambito sanitario con particolare attenzione all'Inghilterra.

Il secondo contributo è di Jordi Pujol Soler della Pontificia Università della Santa Croce dal titolo "Chi dobbiamo incolpare per la crisi delle fake news? Tre fattori in gioco sulla verità online", in cui vengono presi in considerazione i fattori di verità nelle scienze, il sistema automatico dei "bot" online, la tecnologia, il fattore umano e il mito della neutralità giornalistica. L'articolo successivo è a firma di Alessandro Conte e di Filippo Anelli, presidente della Fnomceo, "La comunicazione in sanità: una sfida che richiede strumenti e strategie profondamente rinnovati". L'articolo è centrato sulla loro lodevole iniziativa della lotta alle bufale online tramite il portale ufficiale dei medici. Oltre a essere un sito aperto ai pazienti che vogliono capire di più circa le informazioni sulla salute, ha anche un'importante sezione chiusa per fornire ai medici le infografiche e le informazioni importanti sulle fake news da utilizzare con i pazienti.

Il quarto articolo è a opera di Massimo Ciccozzi e di Silvia Angeletti: "Fake news e vaccini: un problema educativo?", nel quale hanno centrato l'attenzione sui mezzi di comunicazione moderni e sul loro impatto nella campagna dei vaccini (problema centrale degli anni 2016/2017).

L'articolo successivo inquadra il tema delle Fake news sulle campagne pro-aborto. Gli autori: Giuseppe Noia, Ma-

rina Bellia e Francesca Romana Poleggi affrontano il tema della disinformazione e fake news giornalistiche e mass-mediatriche nel contributo dal titolo: "Fake news sull'aborto".

Maria Cinque, nell'articolo "Fake news e comportamenti alimentari. Pratiche didattiche ed educazione ai media per la promozione della salute", invece esamina il tema dal punto di vista del saper valutare la qualità dei contenuti di un sito ed essere in grado di accertare la credibilità delle informazioni, ricercando nel sito stesso notizie sulle fonti di provenienza dei contenuti. Nel contributo vengono descritte alcune pratiche didattiche utili per sviluppare senso critico e capacità di individuare fake news, soprattutto in ambito alimentare.

A corredo di questo volume il contributo di Claudia Cianfrocca, Antonella Sisto, Flavia Vicinanza, Livia Quintiliani, Ilaria Quaglia e Daniela Tartaglini dal titolo "Il ruolo e il valore dell'educazione alla salute per il caregiver nel percorso di cura e assistenza", in cui gli autori esaminano l'educazione dei caregivers che, oltre a dover imparare gradualmente come prendersi cura del proprio caro devono, al contempo, valorizzare e gestire il proprio ruolo.

Nell'articolo riportano la *case history* del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, che dal 2011 promuove gratuitamente corsi di formazione teorico-pratici, rivolti ai *caregiver* familiari.

L'articolo di Paola Manfredi "Di formazione e di felicità: riflessioni sul percorso formativo di medicina" analizza il curriculum formativo degli studenti di medicina per ricercare le cause dello scollamento fra aspettative e realtà, fra percorsi formativi e lavoro che i medici vivono nel passaggio da studenti a professionisti che a volte portano i medici a vivere il proprio lavoro in modo infelice.

The fake news topic is interesting because it is new and old at the same time.

It is new because the term reached public notoriety only after US President Trump spoke about it during his election campaign.

It is old because the dissemination of fake information (whether it is propaganda, misinformation or mystification) has always been used by human beings (especially in politics and in wars).

Even before the World Wide Web, several apologetic pamphlets and false historical facts have spread widely around Europe, and even outside, spreading false messages.

One well-known example is the "Protocols of the Elders of Zion", which precisely described a Jewish plan for global domination, which should have been realized through the control of the centers of modern Western societies, such as finance, press, economy, military armies, morals and culture. This book was committed by the Zar and written by Sergei Nilus and it is dated between 1903 and 1905. The libellus was translated into many languages originally from French and Russian and still circulates despite evidence of falsification and the detailed demolition of all its contents. However, anti-Semites all over

² <https://www.nextquotidiano.it/pizzagate-come-le-fake-news-hanno-provocado-una-sparatoria-a-washington> accesso del 18.05.2018

the world continued to consider the “Protocols of the Elders of Zion” as an important and reliable proof of the Jewish people’s will to overturn the world order.

If we want to get closer in time we could also mention Orson Welles. His story is well known as the biggest media hoax of our century (radio fake-news). A farce capable of throwing into the panic thousands of Americans from every social stratum. A radio drama that definitely changed not only the career of its creator, but all the sociological study on the effects of exposure to mass media.

We are talking about the radio transposition of a science fiction novel by H.G. Wells titled “War of the Worlds”.

Welles decides, to ‘give flavor’ to that dish (the simple book reading) and set the transmission as if it were a normal musical program interrupted, at a certain moment, by a false radio news announcement of an alien invasion and its dramatic developments. During the broadcasting, Welles included citations of apparently authoritative sources, such as the ‘Museum of Natural History’ or ‘Professor Gray, head of the Astronomical Division’, to give it further credibility.

The cleverly designed breaks between the radio broadcast and the commentary of the aliens attack came to a climax when the first radio silence arrived (as to increase the tension), occasionally interrupted by sporadic and confused running commentary, until there was an apparent cessation of radio broadcasts.

From that moment, panic broke out. Thousands of people in total confusion poured out into the streets and let go of seriously irrational behavior. Numerous traffic jams were reported in the main arteries of many cities in the United States, while communication lines became overloaded until they collapsed.

Some people let go to episodes of violence, others begged not to be involved in the attack. In San Francisco, a woman went to the police in torn clothes claiming she had been attacked by aliens, while in New York it took weeks to convince some of the people who had run away to return to their homes.

This example is just one among many others that still happen every day. Someone can remember the “pizzagate” in 2016; a man of 35 years after reading a fake news on Facebook entered a restaurant in the suburbs of Washington (the Comet Ping Pong) armed with an assault rifle and fired a few blows in the air. Fortunately, no one was injured. Comet Ping Pong was the fictitious center of an equally fake scandal that emerged during the 2016 US presidential campaign: Pizzagate.

In this issue of the journal *Medic*, the articles published range from the analysis of truth to specific examples of fake news in health care fields.

I wrote an opening article on the terminology and features of the expression “fake news” to provide the reader with etymological and technical tools required to frame correctly the fake news issue. (Claudio Pensieri: Fake news: an educational fake-social problem).

The second article is a very brief contribution by David Sanders of the North Devon District Hospital, “Fake news: a look back at the dominant, and rather depressing, theme of 2017”, which is

a review of his editorial published in the *Bulletin of the Royal College of Surgeons of England*, entirely devoted to fake news in the healthcare sector with particular attention to England.

The following paper, written by Jordi Pujol of the Pontifical University of the Holy Cross, titled “Whom do we have to blame for the fake news crisis? Three factors at stake for online truth” takes into consideration the element of truth in all sciences, the automatic system of online “bots” and technology as well as the human factor and the myth of newspaper impartiality.

The next article “Healthcare communication: a challenge that requires deeply renewed tools and strategies” signed by Alessandro Conte and Filippo Anelli, president of the Fnomceo, focuses on their praiseworthy initiative to fight online hoaxes through the official portal of national federation of physicians.

Besides being a site accessible to patients who want to understand more about health information, it also has an important classified section to provide physicians with infographics and important information about fake news to use with patients.

The fourth article “Fake news and vaccines: an educational problem?” by Claudio Pensieri, Silvia Angeletti and Massimo Ciccozzi, focuses on modern media and their impact on the vaccine campaign (a central problem for the years 2016-2017).

The following article focuses on fake news on pro-abortion campaigns. The authors, Giuseppe Noia, Marina Bellia and Francesca Romana Poleggi address the issue of misinformation and fake journalistic and mass media news in the contribution “Fake news about abortion”.

Maria Cinque instead, highlights the importance of knowing how to evaluate the contents quality of a site and being able to ascertain reliability of the information found and its origin. The contribution “Fake news and food behavior. Teaching practices and media education for health promotion” describes some teaching practices useful to develop critical and evaluation skills in order to identify fake news, especially in the food sector.

In a separate section of this issue, we also publish the article by Claudia Cianfrocca, Antonella Sisto, Flavia Vicinanza, Livia Quintiliani, Ilaria Quaglia and Daniela Tartaglioni “Care pathways and management: a health education program for family caregivers”.

The authors examine the education of caregivers who, in addition to gradually learning how to take care for their loved ones, must enhance and manage all at once their role. The article reports the case history of the Campus Bio-Medico University Hospital, which has been promoting theoretical, as well as practical training courses for family caregivers free of charge since 2011.

Paola Manfredi’s article “On education and happiness: reflections on medical training” analyzes the curriculum of medical students to investigate the causes of the gap between expectations and reality, training and work that doctors experience in the transition from medical students to physician in the professional practice and which sometimes lead them to live their work in an unhappy way.

Fake news: un problema social-mente educativo

Fake news: an educational fake-social problem

CLAUDIO PENSIERI

Direzione Clinica Policlinico Universitario Campus Bio-Medico

Il termine fake news è un termine che non ha ancora una definizione univoca. In questo articolo si esaminano le diverse definizioni esistenti, i criteri identificativi che le contraddistinguono e i motivi per cui la gente le produce.

Obiettivo: fornire una definizione (non esaustiva) delle fake news; identificazione dei criteri, descrizione delle contromisure (europea e americana); educazione del lettore al riconoscimento critico della bufala e descrizione di alcune iniziative italiane attuate per fronteggiare il problema.

Parole chiave: Fake news, educazione, camera dell'eco, criteri

The key-term "fake news" is a word that does not yet have a univocal definition.

This article examines the existing different definitions, the criteria that distinguish them and the reasons why people produce them.

Objective: to provide a (non-exhaustive) definition of fake-news; criteria; description of countermeasures (European and American); education of the reader to the critical recognition of the hoax and description of some Italian initiatives implemented to face the problem.

Key words: Fake news, education, echo chamber, criteria

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

Claudio Pensieri
Direzione Clinica Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
via Álvaro del Portillo 200, 00128 Roma
e-mail: c.pensieri@unicampus.it

La terminologia

Per quel che riguarda il termine “fake news” non è facile dargli un significato univoco.

Qualcuno inquadra le fake news solo nell’ambito dei social-media, qualcuno amplia il significato ai quotidiani cartacei, qualcuno a qualsiasi tipo di mezzo di comunicazione mass-mediatico (TG, Libri, Radio ecc.).

Sicuramente è interessante notare che subito dopo l’enfasi data dal presidente Trump, Google Trends ha registrato una crescita incredibile delle ricerche relative alla parola “fake news”, infatti nel novembre e dicembre 2016, Google ha registrato un numero di ricerche superiore ai 15 mesi precedenti combinati insieme (Vargo 2017).

Nel mondo dei social media il termine “fake news” a volte indica: “Post virali basati su account fittizi che sono intenzionalmente e verosimilmente falsi e potrebbero ingannare i lettori” (Allcott 2017).

Inoltre nei social media quando un post è accompagnato da molti “Mi piace”, condivisioni o commenti, è più probabile che attiri l’attenzione di altre persone, e quindi è più probabile che sia più gradito, ri-condiviso o commentato (Thorson 2008), portando quel post a un enorme numero di visualizzazioni.

La popolarità sui social media è quindi un ciclo auto-vivacizzante, che si presta bene alla propagazione di informazioni non verificate (Lokot 2016). Più di recente, abbiamo anche assistito allo sviluppo di cosiddetti bot informatici che automatizzano questo ciclo di auto-vivacizzazione (condividendo da account falsi le notizie false). Le “fake news” sono quindi notizie completamente inventate o modificate che vengono diffuse rapidamente in rete, disseminando contenuti ingannevoli. Alcune di esse sono vere ma esagerate, in cui viene distorta la realtà, altre invece, sono completamente inventate. Dobbiamo inoltre considerare l’intenzionalità, ovvero, alla base della fabbricazione di notizie false, c’è la precisa volontà di condizionare la volontà altrui.

Molte persone credono che le “fake news” siano diventate una forza potente e sinistra nell’ambiente dei media online, con conseguenze terribili per la democrazia (Glaser 2017; Zengerle 2016).

Di conseguenza, le organizzazioni giornalistiche e le società tecnologiche hanno preso provvedimenti per minimizzare la produzione e la diffusione di notizie false (Owen 2016).

Questi sforzi e il fondamento teorico su cui si basano presumono che le notizie false raggiungano un pubblico ampio e sensibile, che non confronta queste storie con quelle di altre fonti.

Al contrario, secondo Nelson e Taneja (Nelson 2018) sembra che il pubblico delle notizie false sia solo un numero limitato di utenti assidui di Internet, mentre la maggior parte dei lettori continuano ad attenersi alle più note agenzie di notizie.

Nel 2012, alcuni studiosi avevano usato il termine “fake news” come riferimento al “The Daily Show” e al “The Colbert Report” – spettacoli televisivi a tarda notte che assottigliavano la già sottile linea rossa tra notizie e commedia (Borden 2007; Day 2012).

Ora, il termine si riferisce più comunemente a informazioni false o fuorvianti fatte per apparire come una notizia basata sui fatti al fine di “influenzare l’opinione pubblica o ricevere dollari dalla pubblicità digitale” (Uberti 2017).

L’improvviso cambiamento nel significato del termine deriva da una confluenza di eventi che portano all’elezione di Donald Trump come presidente degli Stati Uniti: il ruolo sempre più centrale dei social network per il consumo di notizie (Gottfried 2016), lo sforzo di propaganda russo per produrre e diffondere false notizie durante la campagna presidenziale del 2016 (Timberg 2016) e l’abitudine di alcune élite politiche di legittimare storie di notizie false, passandole ai loro seguaci utilizzando piattaforme di social media come Facebook e Twitter (Flood 2016).

Nel loro insieme, queste circostanze hanno contribuito a creare un ambiente mediatico in cui i titoli sensazionali sono più facili da trovare rispetto a quelli da verificare. Di conseguenza, due adulti statunitensi su tre ora credono che le notizie false causino confusione su eventi e problemi attuali, oltre a fatti di base (Barthel 2016).

Inoltre uno dei problemi gravi legati alle fake news è che il pubblico che incappa e crede a queste notizie spesso non è esposto alle notizie reali, che invece lo spingerebbero a farsi domande su ciò che è vero e ciò che è falso. Invece per Nelson e Taneja (Nelson 2018) il pubblico di notizie false è piccolo e comprende un sottoinsieme degli utenti più immersi e assidui di Internet.

Altri autori come Wardle (2017) direttrice di First Draft News, network internazionale sulla verifica delle fonti online, ha proposto una distinzione netta tra disinformazione e misinformazione.

La disinformazione è la creazione di notizie false, una deliberata creazione e diffusione di informazioni risapute false.

La misinformazione invece è la diffusione involontaria (da parte di singoli cittadini o da giornali) di notizie false (credute vere).

Mentre per la misinformazione non c’è una norma che possa punire le persone, per la disinformazione invece esiste. Tralasciando le false notizie che possono generare un allarme ingiustificato nella popolazione (procurato allarme) o che tentino di indirizzare i mercati finanziari, possiamo dire che le notizie false diffamatorie sono quelle notizie che oltre a essere false sono, appunto, anche diffamatorie e cioè volte a ledere la reputazione altrui.

Ebbene, il codice penale per la diffamazione a mezzo stampa, pubblicità (in cui rientrano anche i social media come Facebook, Twitter ecc.) o atto pubblico prevede la re-

clusione da sei mesi a tre anni o la multa non inferiore a 516 euro¹.

Attualmente c'è un nuovo disegno di legge che contiene (secondo quanto si legge nel medesimo) delle "disposizioni per prevenire la manipolazione dell'informazione online, garantire la trasparenza sul web e incentivare l'alfabetizzazione mediatica".

Sembra che le sanzioni saranno molto severe: si prevedono multe fino a 5mila euro. Inoltre, se la "bufala" dovesse ingenerare pubblico allarme o nocimento all'interesse pubblico, oltre alla pena pecuniaria, scatterà la reclusione non inferiore a 12 mesi.

Potremmo quindi dire che le fake news sono un problema "social-mente" rilevante, perché soprattutto i "social"- "mentono" con l'intenzione di mentire.

Come riportato da Anderson (2017), i giovani sono noti per essere esperti di tecnologia rispetto ai loro genitori, ma quando si tratta della capacità di capire se un notiziario è falso o meno, sembrano confusi come il resto della società e il 44% lo ha confermato in una ricerca condotta da Common Sense Media². La stessa ricerca indica anche che il 31% dei ragazzi di età compresa tra 10 e 18 anni ha condiviso online almeno una notizia che in seguito ha scoperto essere imprecisa o falsa.

Questa situazione solleva una nuova dimensione delle preoccupazioni legate all'alfabetizzazione digitale che va oltre la semplice capacità di accedere e gestire la tecnologia.

Ricordiamo infine che per il momento esistono due motivi scatenanti per la creazione delle fake news (Allcott 2017):

1. motivo economico: le fake stories diventano spesso virali (e come un virus si propagano nell'infosfera) e forniscono ai produttori di contenuti i clic convertibili in entrate economiche pubblicitarie. È notizia di questi giorni che Facebook ha cancellato più di 837 milioni di account falsi³;
2. motivo discriminatorio: d'altra parte, altri fornitori di notizie false producono notizie false per promuovere idee particolari o per pubblicizzare persone che preferiscono, spesso screditando gli altri, diffamando persone o aziende.

Potremmo infine riflettere sul fatto che il termine "fake news" è un ossimoro (Tandoc 2018).

In ambito giornalistico infatti una "news" indica "una notizia pubblicabile", ovvero una notizia che si riferisce a un evento reale accaduto (Kershner 2005) di cui dovrebbero essere citati i "fatti", perciò se è falsa "non è" una notizia.

Per spiegarmi ancora meglio posso dire che negli ambiti giornalistici un motto abbastanza diffuso è quello secondo cui un cane che morde un uomo non fa notizia, ma un uomo che morde un cane sì. Si tratta di una definizione che pone l'accento sul fatto che un evento debba avere una certa straordinarietà per essere una notizia. Inoltre le news si dividono in "hard" e "soft".

Con il termine "hard news" si definiscono le notizie di cronaca e attualità, ma anche politica, interni, esteri: tutto quello che accade in quel momento nel mondo, e che necessita di essere comunicato in maniera immediata.

Con il termine "soft news" s'intendono le tematiche più "leggere", come ad esempio approfondimenti di costume, fatti di cronaca rosa, curiosità. Gli eventi e i temi di cui si occupano le soft news non richiedono tempestività nella comunicazione: per questo possono anche essere utili per confezionare i c.d. "pezzi freddi".

Personalmente penso che le fake news siano definibili solo quelle dei social media, perché per un giornale la disinformazione è passibile di azioni legali, mentre la misinformazione è indice di poca attendibilità del giornale che nel tempo la pagherà perdendo clienti/lettori. Mentre per i social network spesso non è possibile risalire alla fonte primordiale della notizia ma essa naviga, senza un autore da incolpare, nell'infosfera e raggiunge velocemente milioni di persone (Figueira 2017) che la guardano e partecipano attivamente alla sua diffusione.

Due vie

Poiché non esiste una chiara definizione di cosa s'intende per fake news non c'è nemmeno un approccio definito al tema.

Anzi, si stanno evidenziando due visioni diverse, americana ed europea: una più permissiva e l'altra più restrittiva.

La questione delle fake news si presenta come un cancro dell'infosfera, una malattia dei tempi moderni, un inquinamento dovuto al vertiginoso e incontrollabile moltiplicarsi delle voci nello spazio informativo.

Le notizie false infatti si propagano più di quelle vere (Vosoughi 2018) per il fatto di non essere vincolato alla realtà, il falso può spandersi su un territorio assai più vasto di quello che il vero riesce a presidiare.

Oggi i cognitivisti ci mostrano che perfino la persona intellettualmente più onesta e dotata propende verso la conferma dei propri convincimenti piuttosto che la verifica puntuale delle affermazioni. Secondo Charles Sanders Peirce (1984) ogni fenomeno che non trova una spiegazione logica e certa viene catalogato secondo l'ipotesi scientifica che più si avvicina alla diagnosi del problema.

Questa ipotesi, spesso indimostrata e molto spesso indimostrabile, serve a placare il dubbio che per natura è irritante

¹ Art. 595, 3 comma, Cod. Pen.

² <https://www.commonssensemedia.org/blog/our-new-research-shows-where-kids-get-their-news-and-how-they-feel-about-it> (accesso del 17.05.2018).

³ Nel primo trimestre del 2018, Facebook ha cancellato quasi 600 milioni di profili falsi e più di 800 milioni di contenuti sconvolgenti e pornografici (<http://www.ilgiornale.it/news/cronache/facebook-cancella-583-milioni-profil-fake-e-837-contenuti-1527466.html>, accesso del 17.05.2018)

in antitesi alla certezza che corrisponde invece a uno stato di riposo della mente.

L'attività mentale per natura crea quella che lui definisce "Irritazione del dubbio" che deve essere spenta con una credenza. Il risultato di un'indagine culmina quindi con la formazione di un'opinione. Non importa che questa opinione sia vera, l'importante è che venga ritenuta tale. La verità coincide quindi con quello che viene creduto in ogni momento.

Non sorprende dunque che il falso, il costruito, l'inautentico trovino nella combinazione tra libertà dell'infosfera e debolezza umana un terreno molto favorevole.

La via europea

Tornando al tema definitorio, oggi iniziano ad apparire sulla scena internazionale definizioni di fake news perché le istituzioni, specie europee, prendono atto dell'importanza del fenomeno e adottano iniziative volte a contenerlo.

Così in una recente Proposta di Comunicazione⁴ (del 9.11.2017), la Commissione Europea distingue la "disinformazione" dalle fake news: nella prima, fatta di errori giornalistici e omissioni, manca l'intenzione di ingannare, così come avviene nella satira.

L'altro elemento distintivo dovrebbe essere la diffusione online, principalmente attraverso le piattaforme, che le "rimbalzano" fornendo a esse una eco straordinaria: "The spread of disinformation on line has the potential to cause harm to citizens by hindering their possibilities to make informed choices and to harm society by disrupting democratic debate".

Per il contenuto, la definizione (a livello europeo) diviene più sfumata: essa può essere illegale (ad esempio, incitare all'odio, alla violenza o essere diffamatoria) oppure no; essa può, ma non necessariamente deve contenere link a siti di terze parti che fabbricano le fake news, il cui scopo è raccogliere entrate pubblicitarie attraverso i "click". Il contenuto falso o manipolatorio può avere a oggetto "questioni d'importanza sociale per la vita dei cittadini" (come quella dei vaccini), oppure essere indirizzato a "minare il funzionamento delle istituzioni politiche o le decisioni democratiche".

Infine, in un crescendo di attenzione e preoccupazione, la Commissione Europea conclude rammentando che le fake news possono consistere in "propaganda sponsorizzata da Stati, intesa a influenzare elezioni o a ridurre la fiducia nei processi democratici".

La via americana

In America si va ridimensionando il problema e alcuni studiosi iniziano ad affermare che le fake news avrebbero avuto un impatto assai limitato sulla competizione elettorale Trump vs Clinton.

Ad esempio, si ridimensiona il dato di Gottfried e Shearer (2016), secondo cui il 62% degli americani s'informano sui social media: per Allcott infatti nel periodo elettorale solo il 14% di essi avrebbero utilizzato tale strumento come "principale" fonte di informazione (Allcott 2017), dato che salirebbe al 29% se si includono i siti web; mentre a farla da padrone sarebbe la TV con il 57%.

Inoltre, i maggiori consumatori di fake news sarebbero i conservatori ma, al tempo stesso, solo nel 27,4% dei casi (65 milioni di votanti) questi avrebbero letto fake news nel periodo elettorale e, comunque, l'impatto dell'esposizione alle false notizie sarebbe assolutamente incomparabile a quella di una notizia passata in TV.

A conclusioni analoghe giunge lo studio – finanziato col programma europeo Horizon 2020 – dei politologi Guess, Nyhan e Reifler (2018).

L'effetto "echo chambers" esisterebbe, ma sarebbe confinato a un pubblico limitato ("solo" il 10% degli americani); Facebook sarebbe il principale veicolo trasmissivo delle fake news, e i siti di "fact checking" servirebbero a poco o nulla (o perché usati da coloro che non leggono fake news, oppure perché le notizie che vi si leggono non sarebbero correlate alle principali fake news in circolazione).

Quindi negli Stati Uniti si starebbe affermando un ridimensionamento del problema. Complice, almeno in apparenza, il diverso atteggiamento nei confronti della libertà di espressione e di stampa.

Educare al riconoscimento delle fake news

Per quanto le società informatiche stiano lavorando ad algoritmi innovativi che permettano il riconoscimento e la cancellazione delle fake news, l'argomento non è ancora ben gestito.

Non è facile per i sistemi informatici distinguere dalle immagini con testo l'appropriatezza di un messaggio.

Le fake news infatti si contraddistinguono per alcune caratteristiche importanti quali: titoli forti, immagini affascinanti (compresi i meme), video e infografiche accattivanti, inoltre spesso riportano riferimenti a siti internet fraudolenti.

C'è anche un particolare importante che distingue il target delle fake news da quello dei periodici cartacei o dalla TV tradizionale. Il lettore che legge il quotidiano o il periodico tradizionale cartaceo è un soggetto che accetta passivamente le informazioni e, in base a una propria elaborazione (senso critico), può diffonderle nella comunità in cui vive, negli ambienti lavorativi e sociali in cui è inserito con un processo lentissimo. Invece nel mondo digitale il lettore non è più un soggetto passivo, si trasforma in attivo poiché dispone di diversi strumenti che gli consentono di diffondere la notizia. Con l'utilizzo dei social media la condivisione (condividi, re-twitte ecc.) permette di ampliare il raggio di diffusione nell'ambito della propria cerchia e molto oltre.

⁴ https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/initiatives/ares-2017-5489364_en (accesso del 17.05.2018).

Le fake news sono create intenzionalmente per innescare automaticamente delle reazioni emotive, ecco perché è necessario controllare le emozioni, ma soprattutto evitare di esprimere una propria valutazione basandosi essenzialmente sul titolo della notizia e sulle foto.

Occorre sempre leggere integralmente l'articolo e durante la lettura esprimere il proprio senso critico che può essere formale, come notare stranezze con l'url, le immagini, link ecc, ma anche sostanziale, cercando di comprendere se vengono utilizzate fonti verificabili.

In ogni caso, interagire sui social network può essere determinante per la diffusione delle fake news, ecco perché l'azione della condivisione deve essere utilizzata con moderazione, condividere una notizia significa proporla alla propria cerchia di amici che a loro volta la condivideranno con altri, fino a diffonderla in modo considerevole.

Essere attori attivi in un processo di formazione del ciclo della notizia, come avviene per le news online, determina una certa responsabilità, poiché ogni singola azione può determinare la diffusione di un flusso di notizie online.

Inoltre secondo uno studio pubblicato su *Nature Human Behaviour* (Qiu 2017) si dimostra che proprio la particolarità della struttura dei social network e la limitata capacità di attenzione sono i due fattori che rendono possibile la veloce diffusione delle fake news a discapito della qualità delle informazioni.

Per educarci al riconoscimento delle fake news dobbiamo tener presenti alcune caratteristiche:

1. il sovraccarico di informazioni che riceviamo ogni giorno;
2. la nostra limitata capacità di attenzione;
3. suscitano forti reazioni emotive;
4. hanno titoli forti;
5. usano immagini affascinanti (compresi i meme);
6. video;
7. infografiche accattivanti;
8. riferimenti a siti internet fraudolenti;
9. poca "fattualità" (facticity): nelle fake news spesso non viene rispettato o viene inventato il basilare schema giornalistico delle 5 W (Who? "Chi?"; What? "Che cosa?"; When? "Quando?"; Where? "Dove?"; Why? "Perché?");
10. fare attenzione alle Echo Chambers: ovvero luoghi informativi come gruppi, forum, chat ecc., dove i pregiudizi naturali si combinano con le bolle dei social media, il che significa che gruppi di persone con idee simili si riuniscono e spesso si mantengono per sé, gonfiando le loro opinioni e auto-impedendosi di interagire con opinioni opposte. Il dottor KhosraviNik (2017) dell'Università di Newcastle avverte che queste Echo Chambers amplificano le notizie false rafforzando le opinioni esistenti piuttosto che dare accesso alle informazioni che potrebbero metterle in discussione. Chi frequenta questi gruppi e pagine si trova nella situazione in cui le informazioni, idee o credenze si amplificano e rinforzano grazie alla loro trasmissione e ripetizione in un sistema "chiuso", e in cui vengono cen-

surati punti di vista diversi o concorrenti. In pratica, più la penso in un determinato modo, più quell'idea si rafforzerà, perché corroborata da contenuti che mi arrivano dal network digitale in cui sono inserito e in cui i pareri dissonanti non riescono a entrare.

Iniziative italiane

Anche in Italia questo fenomeno ha creato preoccupazione.

Sono così nate iniziative spontanee, non programmate, a livello nazionale che cercano di aiutare i pazienti a districarsi nel mondo delle fake news.

DECALOGO CIPOMO/UNAMSI: Il CIPOMO (Collegio italiano dei primari oncologi medici ospedalieri) insieme a UNAMSI (Unione nazionale medico-scientifica d'informazione) ha creato un decalogo in 10 punti per navigare le informazioni di salute in sicurezza (Fig. 1).

Il progetto di CIPOMO e UNAMSI nasce dalla necessità di aiutare gli italiani a distinguere tra informazione, divulgazione e disinformazione. Con l'affissione del poster all'interno dei reparti oncologici degli ospedali italiani, "CIPOMO e UNAMSI vogliono lanciare un segnale di speranza per la



Figura 1.
Decalogo UNAMSI-CIPOMO.

divulgazione di una comunicazione migliore”, in un momento in cui l’informazione viaggia alla velocità della luce e in cui l’attendibilità delle fonti diventa ancora più importante.

“L’affissione di questo decalogo – afferma il dott. Clerico, presidente di CIPOMO – non solo rappresenta un grande traguardo per lotta alle bufale e alle fake news in ambito sanitario, ma è anche e soprattutto un punto di partenza: un vero e proprio stimolo che punta a parlare direttamente al cittadino e al paziente, invitandolo a porre la giusta attenzione alle fonti dalle quali trae le proprie informazioni online”.

SPIKE News – FAKE vs GOOD: il nuovo canale TV “SPIKE” di Viacom International Media Networks Italia ha creato un’edizione speciale quotidiana intitolata **FAKE vs GOOD**.

SPIKE News – FAKE vs GOOD è nato con l’obiettivo di informare il pubblico, con un formato breve e veloce, aiutandolo a capire la differenza tra informazione reale e informazione inventata. Bufale, disinformazione, propaganda, ma anche piccole o grandi notizie positive, esaltanti, oltre a spunti di riflessione, tendenzialmente positivi, su temi difficili da affrontare: in un minuto e mezzo sono condensate quotidianamente le fake news e le good news che hanno caratterizzato la giornata.

È il primo formato short nel suo genere dedicato alle fake news: imparare a riconoscere le notizie che sono false e disinformano sembra infatti divenuta una competenza sempre più importante per essere informati correttamente (Fig. 2).

Comitato garante fake news sanità: a maggio 2018 è nato il “Comitato dei Garanti”, istituito dalla Fondazione Biagio Agnes. L’obiettivo, spiegato in una nota stampa, è quello di “promuovere e supportare le iniziative del Forum di divulgazione scientifica: ‘Un Check-Up per l’Italia’, nato con l’obiettivo di approfondire argomenti medico-scientifici attraverso un’informazione accurata”. Gianni Letta è il presidente del comitato, composto di nove membri fra cui Walter Ricciardi (presidente dell’Istituto Superiore di Sanità); Stefano Vella, (presidente dell’Agenzia italiana del farmaco); Remuzzi direttore dell’Unità di Nefrologia dell’ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e l’importantissima presenza dei Rettori di alcune università italiane: Calabrò per l’Università Campus Bio-Medico di Roma; Anelli (Università Cattolica di Milano); Novelli (Tor Vergata); Gaudio (Sapienza di

Roma); Severino (Luiss Guido Carli) e Mantovani per l’Humanitas di Milano.

ISSalute: l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha varato il suo portale istituzionale d’informazione contro le bufale⁵.

Presentato presso l’ISS da Piero Angela, maestro della comunicazione scientifica al grande pubblico, è un portale quotidianamente aggiornato e in grado di offrire ai visitatori una bussola per orientarsi nel mare del web. Realizzato dagli esperti dell’ISS è per il cittadino una vera e propria enciclopedia digitale e interattiva della salute pensata per fornire una corretta informazione scientifica, scritta in un linguaggio chiaro, semplice e accessibile a tutti.

Ma vuole essere anche uno strumento nelle mani dei cittadini, perché possano diffondere e condividere i contenuti tramite blog e social network.

Il portale, è organizzato in sezioni: La salute A-Z; Stili di vita e ambiente; Falsi miti e bufale. A queste se ne aggiunge anche una dedicata alle news, quotidianamente aggiornata dall’agenzia ANSA sui temi di attualità in medicina e ricerca. L’obiettivo è spiegare ai cittadini il valore della ricerca e di tutta la conoscenza prodotta dall’intera comunità scientifica per renderla fruibile al maggior numero di persone possibile, senza discriminazione di reddito o di livello di alfabetizzazione.

INVID (In Video Veritas): uno dei problemi che ha afflitto e sta attualmente affliggendo il mondo della comunicazione è il propagarsi non solo di fake news scritte ma anche di fake video.

Nelle campagne elettorali, se emerge un video che rafforza le voci, potrebbe influenzare le elezioni. Il progetto **InVID**⁶ finanziato dall’UE e coordinato dal dott. Mezaris, dell’*Information Technologies Institute Centre for Research and Technology Hellas*, ha permesso di costruire una piattaforma per giornalisti per autenticare contenuti video degni di nota.

Lo strumento di analisi di **InVID** identifica le diverse caratteristiche digitali dei contenuti video utilizzando dati tracciabili da YouTube e Twitter come posizione, meteo e ora, nonché i commenti per determinare se le persone hanno contrassegnato un video come falso.

Crea una cronologia dei social media del video e fornisce una stima complessiva del fatto che sia falso o meno. Ciò fornisce ai giornalisti la fiducia necessaria per determinare se i filmati dei social media sono accurati o sono stati manomessi. Al momento viene testato da tre grandi emittenti che fanno parte del consorzio **InVID**: *Agence France-Presse News Agency* (AFP), *Germany’s Deutsche Welle* (DW) e *Austria Press Agency* (APA) (Fig. 3).

BUTAC.IT: è un progetto nato su Facebook ma che poi ha preso il via su un blog personalizzato. È una pagina dedicata alla lotta contro: bufale, disinformazione, allarmi sismi gratuiti e frodi online. Il blog nasce dalla passione degli



Figura 2.

Il programma TV del canale SPIKE.

⁵ <https://www.issalute.it/index.php/falsi-miti>

⁶ <http://www.invid-project.eu/> (accesso del 17.05.2018).

Use cases & examples InVID

- **Haiti earthquake video hoax**
 - Video from a previous earthquake in California published by major media, slightly modified (cropped) and re-circulated in social media as a Haiti video; picked-up and aired by mainstream media for hours
- **Eagle video hoax**
 - Video of an eagle snatching a baby posted on YouTube, went viral; later, careful examination revealed inconsistencies in the shadows of the eagle's flight path
- **Presidential fake picture**
 - Video frame of a surgery operation in Mexico in 2008, which was sold to and mistakenly published by a top newspaper in January 2013 as a fake image of the late Venezuelan president Hugo Chavez in a Cuban hospital

www.invid-project.eu 4

Figura 3.
Esempi di fake video.

Cosmetici: Ecco come vengono testati prima di raggiungere le nostre case

Home - Curiosità - Cosmetici: Ecco come vengono testati prima di raggiungere le nostre case

INDICE FUFFA

BUFALA

NELLA FOTO SI VEDONO GATTI SOTTO ANESTESIA PER UNA STERILIZZAZIONE PIANIFICATA PRE ADOZIONE

BUFAC

Figura 4.
Un esempio di fake news smascherata.

autori per l'informazione corretta, la passione per la verità. Cercano di individuare quelle che sono le false informazioni veicolate online, ma anche sui giornali e in televisione, e provano a sbufalarle o renderle più chiare⁷ (Fig. 4).

DOTTOREMAEVEROCHE: per contrastare le fake news in campo sanitario la Fnomceo, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, ha creato il portale web www.dottoremaeveroche.it

L'iniziativa della Fnomceo riguarda un duplice target: da un lato l'ampia platea dei pazienti, a cui intende fornire risposte accessibili per valutare le informazioni trovate sul web, dall'altro i medici di famiglia, destinatari di nuovi strumenti (video, infografiche, schede riassuntive) per chiarire i dubbi e le paure dei loro assistiti e parte dalla constatazione che "le bufale, quando incidono sulla salute, rischiano di trasformarsi in vere e proprie azioni criminose, sostenute da interessi economici o solo dall'ignoranza".

Concludiamo questo paragrafo con un esempio di come le fake news viaggiano nel tempo e nello spazio. Ancora oggi

"If I were to run, I'd run as a Republican. They're the dumbest group of voters in the country. They believe anything on Fox News. I could lie and they'd still eat it up. I bet my numbers would be terrific."

Donald Trump
People Magazine, 1998

Figura 5.
Fake news riguardante il presidente Trump.

molte persone su Internet continuano a condividere la fake news del presidente americano Trump⁸ (Fig. 5).

Nel periodo pre-elettorale infatti molti utenti hanno visto popolare i propri social newsfeed di un meme di Trump, in cui era pubblicata una "quote" del nuovo presidente, rilasciata al People Magazine nel 1998 e in cui affermava che se mai si fosse candidato, lo avrebbe fatto da repubblicano, poiché essendo l'elettorato di quel partito fondamentalmente stupido, avrebbe creduto a ogni stupidaggine che avrebbe detto.

In realtà tutto ciò non è mai accaduto. La "quote" era falsa, così come l'intervista. Un esempio non isolato, questa non è stata infatti l'unica bufala circolata durante il periodo prelettorale.

Bibliografia

- Allcott H, Gentzkow M. *Social media and fake news in the 2016 election*. J Economic Perspect 2017;31:211-36.
- Anderson, J. *Even social media-savvy teens can't spot a fake news story*. Quartz 2017;Mar 09 (<https://qz.com/927543/even-social-media-savvy-teens-cant-spot-a-fake-news-story> 17.05.2018).
- Barthel M, Shearer E, Gottfried J, et al. *The evolving role of news on twitter and facebook*. Pew Research Center. 2015;July 14 (<http://www.journalism.org/2015/07/14/the-evolving-role-of-news-on-twitter-and-facebook/>).
- Borden SL, Tew C. *The role of journalist and the performance of journalism: ethical lessons from "fake" news (seriously)*. J Mass Media Ethics 2007;22:300.
- Day A, Thompson E. *Live from New York, It's the fake news! Sat*

⁷ www.butac.it (accesso del 17.05.2018).

⁸ <https://www.snopes.com/fact-check/1998-trump-people-quote> (accesso del 17.05.2018).

- urday night live and the (non) politics of parody. *Popular Commun* 2012;10:170-82.
- Figueira A, Oliveira L. *The current state of fake news: challenges and opportunities*. *Procedia Comp Sci* 2017;121:817-25.
- Flood B. *Mike Huckabee apologizes for sharing fake news about 'Liberal, Jewish' students*. *The Wrap* 2016;Nov 18 (<http://www.thewrap.com/mike-huckabee-facebook-fake-news-liberal-jewishstudents-apology>).
- Glaser A. *Apple CEO Tim Cook says fake news is 'killing people's minds' and tech needs to launch a counterattack*. *Recode* 2017;Feb 12 (<http://www.recode.net/2017/2/12/14591522/apple-ceo-tim-cook-tech-launchcampaign-fake-news-fact-check>).
- Gottfried J, Shearer E. *News use across social media platforms*. Pew Research Center 2016 (<http://www.journalism.org/2016/05/26/news-use-across-social-media-platforms-2016/>).
- Gottfried J, Shearer E. *News use across social media platforms*. Pew Research Center 2016.
- Guess A, Nyhan B, Reifler J. *Selective exposure to misinformation: evidence from the consumption of fake news during the 2016 U.S. presidential campaign*. *European Research Council* 2018 (<http://www.dartmouth.edu/~nyhan/fake-news-2016.pdf> accesso del 17.05.2018).
- Kershner JW. *The elements of news writing*. Boston, MA: Pearson Allyn and Bacon 2005.
- Khosravinik M. *Right wing populism in the West: social media discourse and echo chambers*. *Insight Turkey* 2017;19:53-68.
- Lokot T, Diakopoulos N. *News bots: automating news and information dissemination on twitter*. *Digital Journalism* 2016;4:682-99.
- Nelson JL, Taneja H. *The small, disloyal fake news audience: the role of audience availability in fake news consumption*. *New Media Soc* 2018;1-29.
- Owen LH. *Clamping down on viral fake news, Facebook partners with sites like Snopes and adds new user reporting*. *NiemanLab* 2016;Dec 15 (<http://www.niemanlab.org/2016/12/clamping-down-on-viral-fake-newsfacebook-partners-with-sites-like-snopes-and-adds-new-user-reporting/>).
- Peirce CS. *Le leggi dell'ipotesi*. Milano: Bompiani 1984.
- Qiu X, Oliveira DFM, Shirazi AS, et al. *Limited individual attention and online virality of low-quality information*. *Nature Hum Behav* 2017:0132.
- Tandoc EC Jr, Lim ZW, Ling R. *Defining "fake news"*. *Digital Journalism* 2018;6:2,137-53.
- Thorson E. *Changing patterns of news consumption and participation*. *Information Commun Soc* 2008;11:473-89.
- Timberg C. *Russian propaganda effort helped spread 'fake news' during election, experts say*. *The Washington Post* 2016;Nov 24 (https://www.washingtonpost.com/business/economy/russian-propaganda-efforthelped-spread-fake-news-during-election-experts-say/2016/11/24/793903b6-8a40-4ca9-b712-716af66098fe_story.html?utm_term=.eebfde8a22f8).
- Uberti D. *"Fake news" is dead*. *Columbia Journalism Rev* 2017;Feb 14 (http://www.cjr.org/criticism/fake_news_trump_white_house_cnn.php).
- Vargo CJ, Guo L, Amazeen MA. *The agenda-setting power of fake news: a big data analysis of the online media landscape from 2014 to 2016*. *New Media Soc* 2017:1-22.
- Vosoughi S, Roy D, Aral S. *The spread of true and false news online*. *Science* 2018;359:1146-51.
- Wardle C. *"Fake news". It's complicated*. 2017;Feb 16 (<https://medium.com/1st-draft/fake-newsits-complicated-d0f773766c79>, accesso del 17.05.2018).
- Zengerle P. *Clinton calls "fake news" a threat to U.S. democracy*. *Reuters* 2016;Dec 8 (<http://www.reuters.com/article/us-usa-clinton-fakenewsidUSKBN13X2R6>).

QUADERNO

FAKE NEWS E INFORMAZIONE RESPONSABILE TRA ETICA ED EDUCAZIONE
FAKE NEWS AND RESPONSIBLE INFORMATION BETWEEN ETHICS AND EDUCATION

Fake news: a look back at the dominant, and rather depressing theme of 2017

Fake news: uno sguardo a un argomento importante e sconcertante del 2017

DAVID SANDERS

Consultant Upper GI & Paeds Surgeon, North Devon District Hospital

In 2017 Collin's dictionary named "fake news" as its word of the year¹. And when you recall that in 2016 another dictionary chose as its word of the year "post truth"² you realise that we may be in trouble.

It was at Donald Trump's first press conference as President – elected when the term "fake news" broke out of media discussions and into the mainstream. And as former Chief Rabbi Sachs stated on BBC radio 4's "thought for the day". It's all a long way from the lost innocence of the Edwardian era, a time when Bertrand Russell could say about the philosopher GE Moore that he only once heard him tell a lie, which was when he asked him, "Moore, have you ever told a lie?" and he replied, "Yes".

How has it happened? Fake news is as old as time, and it can have devastating consequences. And while many of the recent fake news stories that have gotten the most attention have had to do with manipulating opinion and distorting the democratic process, fake news about health seems to be more pervasive and harder to weed out. It flourishes today because increasingly we're getting our news from social media where it's hard to check whether a story is fact, fiction or fantasy. And it works, because the human brain is sensitive to threats of danger, so it's easy to spread paranoia. Confirmation bias, leads us to believe stories that confirm our prejudices. By the time truth emerges, the lie has already done its harm.

If all we have is individuals pursuing self-interest, people will deceive whenever it's in their interests to do so and can get away with it. It is our moral responsibility in healthcare to ensure that we lead by example and that "truth prevails" (Sanders 2018).

Originally published in the Bulletin of the Royal College of Surgeons of England, January 2018, volume 100, Issue 1.

References

Sanders D. *Editorial*. Bull R Coll Surg Engl 2018;100:4.

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

David Sanders
North Devon District Hospital
e-mail: dsanders3@nhs.net

¹ <https://www.collinsdictionary.com/woty>

² <https://en.oxforddictionaries.com/word-of-the-year/word-of-the-year-2016>

Chi dobbiamo incolpare per la crisi delle fake news? Tre fattori in gioco sulla verità online

Whom do we have to blame for the fake news crisis? Three factors at stake for online truth

JORDI PUJOL SOLER

Facoltà di Comunicazione Sociale Istituzionale. Pontificia Università della Santa Croce, Roma

Si esaminano il problema della diffusione delle *fake news* online e le eventuali responsabilità, analizzando tre fattori in gioco: il comportamento umano che è all'origine delle falsità, il ruolo della tecnologia che diffonde l'informazione e l'influsso dell'epistemologia moderna sulla verità, che si basa su fatti scientificamente validati. Si esaminano questi fattori, presupponendo che tutti e tre siano coinvolti e si conclude che per affrontare il problema delle fake news online bisogna trovare soluzioni su tre differenti piani: etico, tecnologico e legale.

Parole chiave: Fake news, verità, tecnologia, reti sociali, robot, intelligenza artificiale

The author examines the problem of online fake news spreading and its eventual responsibility, analyzing three factors at stake: human action in the origin of falsehoods, the role of information technology, and the influence of modern epistemology on truth, composed of scientifically validated facts. In examining these factors, it is believed that all three are involved, and it is concluded that in order to tackle the problem of online fake news we need to find solutions on three different levels: ethical, technological and legal.

Key words: Fake news, truth, technology, social networks, robots, artificial intelligence

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

Jordi Pujol Soler
Pontificia Università della Santa Croce
piazza di S. Apollinare 49, 00186 Roma
e-mail: j.pujol@pusc.it

Introduzione

Studiosi di Internet come Zittrain sostengono che dalla nascita della rete a oggi sono sorte diverse “piaghe” legate a Internet. La prima è stata l’incremento massiccio della pornografia, a seguire la propagazione dello spam e la diffusione di virus informatici e ora il dilagare delle fake news e della disinformazione.

Internet pone innanzitutto il problema dell’affidabilità delle fonti d’informazione. Si pensi alle ondate di messaggi in cui si diceva che il Papa emerito era prossimo alla morte e si chiedeva di pregare per lui. Questa falsa notizia venne data attraverso Facebook e WhatsApp varie volte nel 2017, tantoché il capo della Sala Stampa dovette intervenire per fermare le voci e twittare una fotografia del Papa emerito nei giardini vaticani scattata in quella settimana. Un altro rischio è quello di usare questa tecnologia come “un’arma” per raggiungere fini politici ed economici. Al momento si sta indagando, ad esempio, sull’eventuale intervento della Russia attraverso i social media, nella Brexit e nelle elezioni politiche europee e statunitensi.

Le cosiddette “voci di corridoio” (*rumors*) sono una realtà umana molto comune, ma trovano nell’universo online un grande alleato, perché esso ne favorisce la diffusione. Si tratta di informazioni brevi, non confermate ma verosimili, e condivise da fonti attendibili. Usare le voci come strategia di disinformazione è disprezzabile, però il fatto che sia possibile vincere delle elezioni manipolando la rete, o guadagnare soldi muovendo la Borsa con notizie false è più inquietante. Questo accadde per esempio nel 2013, quando un hacker, usando l’account Twitter d’*Associated Press*, lanciò la notizia falsa di un’esplosione nella Casa Bianca che aveva ferito Barack Obama. La notizia generò un calo di 100 punti nel Dow Jones in tre minuti. I mercati ripresero appena venne fuori la verità. Ovviamente, i bugiardi e la speculazione fraudolenta sono sempre esistiti. La realtà di base certamente non è nuova. La novità sta nelle dimensioni del problema.

Guardando la questione della verità online, credo siano tre i fattori principali in gioco: da una parte l’agire umano e la capacità di dire menzogne, bugie, falsità ecc., dall’altra, la realtà della tecnologia dell’informazione, cioè Internet, che offre più velocità e grande diffusione all’informazione. In terzo luogo va considerata la comprensione moderna sulla verità, fondata sul positivismo. A mio avviso tale epistemologia favorisce un ecosistema in cui è facile che si sviluppi questo problema.

L’influenza del “fattore umano” sulle fake news

Un recente studio (Vosoughi et al. 2018), condotto nel Media Lab del *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), analizza la diffusione differenziale di tutte le notizie vere e false, verificate e pubblicate su Twitter dal 2006 al 2017. I dati comprendono circa 126.000 storie twittate da circa 3 milioni di persone più di 4,5 milioni di volte. Le notizie vengono classificate

come vere o false utilizzando le informazioni di sei organizzazioni indipendenti (Snopes.com, Politifact.com e altre istituzioni indipendenti di verificazioni di fatti), che controllavano il 95-98% delle classificazioni. Questa ricerca mostra come le notizie false su Twitter siano diffuse venti volte più velocemente rispetto a quelle dei media tradizionali. Oltre alla velocità di diffusione, un dato cruciale per l’argomento di questa sezione è che i colpevoli di questo effetto non sono dei robot (*bots*), ma delle persone. Come dicono i tre autori nei risultati della ricerca¹: “Concludiamo che il comportamento umano contribuisce in maggior misura alla diffusione differenziale di falsità e verità rispetto ai robot automatizzati” (Vosoughi et al. 2018).

Questo studio mostra che il problema delle fake news non è un problema unicamente derivato dai social network come *ecosistema tecnologico*, ma che si tratta di un problema creato anche dal comportamento umano.

Dans sostiene che ci siamo concentrati troppo sul “rimuovere gli ostacoli alla diffusione delle informazioni e nell’incoraggiare soprattutto la condivisione e la popolarità”, rinunciando a educare le persone a un corretto utilizzo. Afferma Dans: “Se vediamo qualcosa in rete che attira la nostra attenzione o che coincide con la nostra visione del mondo, la condividiamo senza alcun tipo di meccanismo di verifica precedente” (Dans 2018). Se qualcosa è stato condiviso da molte persone diventa di fatto una sorta di *verità assoluta*. Questa vulnerabilità del sistema di “verità creata e condivisa in rete dai pari” (*truth networked by peers*²), è stata sfruttata in modo evidente da coloro che hanno imparato a generare una grande polarizzazione. Come afferma Dans: “In realtà i veri colpevoli non sono quei bot e quei falsi account gestiti altrove, ma la nostra ingenuità e stupidità come società, l’assenza di comportamenti che, rafforzati attraverso l’educazione, ci portano a sviluppare meccanismi di verifica” (Dans 2018).

Il tentativo di bypassare i media per superare, con i loro filtri di ogni tipo – professionale, ideologico, di routines pratiche, di sistema ecc. – hanno portato a fomentare – per poco tempo – il *crowdsourcing*: un giornalismo fatto dai cittadini e promosso come più veritiero e autentico. La crisi di disinformazione verificatasi in occasione della maratona di Boston, è stata originata da cittadini che fornivano informazioni non verificate insieme a video e foto. Quel giorno e i successivi sono circolati molti racconti imprecisi e persone innocenti sono sta-

¹ Le principali conclusioni sono: 1. La falsità si diffuse significativamente “più in là, più velocemente, più in profondità e più in generale della verità”, 2. “Le notizie false erano più nuove di quelle vere”, il che suggerisce che “le persone avevano maggiori probabilità di condividere nuove informazioni”, 3. Gli autori concludono che, “i robot hanno accelerato la diffusione di notizie vere e false allo stesso ritmo”, ma “le notizie false si diffondono più della verità perché gli umani, non i robot, hanno maggiori probabilità di diffonderlo.” (Vosoughi et al. 2018)

² Kevin Kelly, studioso di tecnologia e co-fondatore della rivista *Wired*, afferma che “la nuova sfida nel riportare notizie è la nuova forma di verità”, cioè la fonte d’autorità della verità è la condivisione massiva in rete (cf. <http://www.bbc.com/future/story/20170301-lies-propaganda-and-fake-news-a-grand-challenge-of-our-age>).

te identificate come sospette. Si è faticato a far uscire fuori la verità. Senza sminuire il ruolo dei cittadini nell'informazione pubblica, questo caso ci mostra la necessità della professione giornalistica. Come vedremo più avanti, la tecnologia può aiutare a risolvere alcuni problemi, ma non esisteranno mai degli *algoritmi della verità*.

La questione etica sulla verità

Tutto ciò ci mette di fronte a una domanda etica: la verità si deve dire sempre e ovunque? Certamente no. Il magistero della Chiesa Cattolica, in sintonia con la tradizione filosofica classica, dice: "La veracità rispetta il giusto equilibrio tra ciò che deve essere manifestato e il segreto che deve essere conservato" (CCC, n. 2469). Rispettare e gestire questo equilibrio di giustizia e solidarietà è una decisione prudenziale che spetta alla persona. Spesso, tale criterio viene violato da interessi che non hanno a che vedere con il bene comune sociale.

Secondo Agostino *mentire* significa "dire il falso con intenzione d'ingannare" (Agostino, 491). È particolarmente grave perché induce all'errore chi ha il diritto di conoscere la verità. A soffrire di questo male è l'individuo ma anche la società nel suo insieme, giacché la menzogna distrugge i rapporti di convivenza sociale.

Non è questa la sede per approfondire il rapporto fra verità e bene comune e tanto meno per sviluppare una filosofia del bene comune, come realtà centrale dell'ordine sociale. Muovendo proprio dalla centralità del bene comune. In questo senso, divulgare verità e falsità non riguarda soltanto l'esercizio della libertà di espressione. Un atteggiamento individualistico racchiuderebbe la libertà in se stessa, come mero esercizio di una scelta, ma, di fatto, la libertà deve fare i conti con la verità e con la giustizia sociale. Come avverte Rodríguez Luño: "La comunicazione non è semplice scambio di notizie e informazioni, ma dimensione essenziale della realizzazione della persona" (Rodríguez Luño 2014, p. 13). E la persona si sviluppa in comunità (famiglia, amici, colleghi di lavoro, la rete ecc.).

La mancanza di verità nei rapporti tra gli uomini distrugge la convivenza sociale perché rovina la confidenza tra le persone, che si fonda sulla fiducia reciproca. I rapporti familiari, di amicizia e lavorativi si fondano sulla fiducia tra le parti, rafforzata dall'amore e dalla fedeltà (nel caso dell'amicizia e della famiglia), dalla lealtà e dall'onestà nel caso dei rapporti professionali. L'inganno e la menzogna distruggono l'equilibrio di queste relazioni perché fanno scomparire un aspetto necessario perché si verifichi un sano sviluppo delle interazioni umane. La fiducia nelle persone e nelle strutture sociali fornisce certezza e tranquillità.

Questa sicurezza, che deriva dalla verità (dei rapporti), è necessaria anche per il funzionamento delle istituzioni (politiche, economiche, religiose, mediatiche ecc.). A mio avviso, non è un caso che la crisi di credibilità che patiscono i mezzi di comunicazione, la classe politica e finanziaria, e altre istituzioni, coincida con l'attualità delle fake news. La crisi è legata all'epoca stessa che stiamo vivendo e riguarda la verità sull'uomo

stesso, sulle strutture che egli crea, che sia un broker di Wall Street, un giornalista della CNN, o un politico. In questo senso, senza cadere in atteggiamenti pessimistici, dobbiamo riconoscere che il problema delle fake news affonda le sue radici in buona misura all'interno dell'essere umano.

Formati e dimensioni della falsità online

Il danno causato da Internet è maggiore rispetto a quello che può essere generato dai media tradizionali, perché il pubblico è potenzialmente più grande: in rete, immagini, video, testi, "durano" più a lungo e rischiano di diffondersi esponenzialmente. Un esempio estremo di "danno" creato da Internet riguarda la donna italiana che si è uccisa dopo aver perso la battaglia per "distruggere" un video che era diventato virale³.

La menzogna può assumere molte forme. Ci sono tantissime sfumature del mentire: dire il falso, offuscare, nascondere, simulare, essere ambigui ecc. La bugia può avere diverse finalità: a beneficio proprio o di terzi, può essere utilizzata per bloccare, per danneggiare, per manipolare l'agire altrui ecc.

E le fake news, nello specifico, che cosa sono?

Le fake news sono state definite dei "racconti falsi, che appaiono come notizie, diffusi da Internet o attraverso altri media, creati solitamente per influenzare l'opinione pubblica o come scherzo" (Cambridge Dictionary). Una fake news è una "falsa e talvolta sensazionalistica informazione, presentata come fatto, pubblicata e diffusa su Internet" (Collins Dictionary). Anche l'Unione Europea, in un recente studio sulla disinformazione, ha offerto una definizione di fake news: "Informazione rivelatasi falsa, imprecisa o fuorviante concepita, presentata e diffusa a scopo di lucro o per ingannare intenzionalmente il pubblico e che può arrecare un pregiudizio pubblico"⁴ (UE Commission 2018).

Secondo Gili e Maddalena, la diffusione di "informazioni" e "notizie" false racchiude in sé diverse forme del mentire. Essi parlano di "fattoidi, falsificazioni e omissioni" (Gili-Maddalena 2018). Secondo loro, i *fattoidi* sono simulazioni, "notizie su eventi mai accaduti". Le *falsificazioni* sono alterazioni di tipo qualitativo o quantitativo dei dati della realtà. L'*omissione* è "la deliberata esclusione o messa in secondo piano d'informazioni rilevanti per la comprensione di un fatto, un fenomeno o un problema" (Gili-Maddalena 2018).

Queste tre strategie di manipolazione (*fattoidi*, falsificazioni e omissioni) non si possono confondere "con la selettività, la semplificazione di un messaggio o con la trasmissione d'informazioni non accurate" (Gili-Maddalena 2018). L'intenzionalità d'indurre all'errore è un elemento centrale: è di-

³ Cf. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2016/09/13/napoli-era-finita-in-un-video-hot-diventato-virale-ragazza-si-suicida-a-31-anni/3031435/>

⁴ Uso la traduzione italiana fatta dalla professoressa Chiara Giacardi. Il testo originale dice: "verifiably false or misleading information that is created, presented and disseminated for economic gain or to intentionally deceive the public, and may cause public harm".

verso mentire, manipolare volontariamente o avere pregiudizi e inclinazioni ideologiche che influiscono sul modo di narrare degli avvenimenti. I differenti modi di guardare il mondo e la concorrenza tra diverse *agende ideologiche* ci saranno sempre. La cosa fondamentale è che il cittadino possa essere in grado di distinguere “chi parla” e formulare propri giudizi.

I dati rivelano che il fenomeno delle fake news riguarda principalmente gli Stati Uniti e l'Europa. In particolare, negli Stati Uniti ha fatto clamore il probabile ruolo decisivo delle fake news nell'elezione di Trump. Un fatto simile non si è mai verificato in altre parti del mondo.

Il *Reuters Institute* e l'Università di Oxford hanno pubblicato un resoconto a febbraio 2018: “Measuring the reach of ‘fake news’ and online disinformation in Europe”, dove si mostra che i cittadini europei sono stati sottoposti a notizie totalmente false o manipolate in una percentuale molto bassa (tra il 3,5 e l'1% della popolazione online) (Fletcher et al. 2018). In questo senso, l'influsso del fenomeno delle fake news in Europa, particolarmente nei casi di riferimento (Italia e Francia), potrebbe essere stato sovrastimato.

I dati sulla diffusione del problema delle fake news sono ancora recenti e non conclusivi. A ogni modo, “la cosa veramente nuova non è che le falsità si diffondano su larga scala, ciò che è cambiato è che accade senza controllo” (Argemí 2015, p. 115).

Il ruolo della tecnologia nelle fake news

Con l'arrivo d'Internet avviene la dis-intermediazione, cioè non ci sono più “portieri” che limitano l'accesso all'informazione (giornali, TV, radio) e la “fabbrica” dell'informazione non è nelle mani di un'élite professionale. La democratizzazione della rete è un effetto evidente e per molti addirittura positivo, ma anche con delle conseguenze negative per la mancanza di regole.

Parlando del ruolo dei mezzi di comunicazione nell'ecosistema digitale, Argemí identifica un cambiamento radicale determinato dal fatto che nelle reti i dati e le prospettive sono mescolati nello stesso campo. Prima si trovavano in compartimenti separati: da un lato c'erano le informazioni dei media, principalmente in forma di notizie; dall'altro le opinioni espresse ufficialmente in sondaggi oppure informalmente anche in “raduni da bar” (secondo l'autore, Twitter avrebbe qualcosa in comune con queste “conversazioni da bar”⁵). Ultimamente, “I media hanno scoperto che il territorio che credevano appartenesse loro dove poter offrire spiegazioni comprensibili e condivisibili dalla società nel suo insieme su quanto acca-

de nel mondo, – è completamente cambiato” (Argemí 2015, p. 103).

Argemí dice che le reti sono accusate di essere un “covo di voci infondate e menzogne”, in contrasto con il giornalismo tradizionale, “serio e professionale”. “Questo confronto è troppo semplicistico, perché non identifica correttamente il nodo del problema, che non si trova nel messaggio, ma nella fonte, nel mezzo e nel pubblico” (Argemí 2015, p. 106).

I media erano istituzioni sociali che definivano i canali d'informazione, con le loro procedure di verifica, i codici di condotta, gli standard di qualità, l'orgoglio professionale ecc. Tutto ciò dava dei criteri e dei “confini” (Argemí 2015, p. 162).

I bots e l'intelligenza artificiale

Come si segnalava prima, la proliferazione di account falsi automatizzati (*bots*) nel mondo virtuale è una delle novità nel nuovo contesto digitale della comunicazione. Se ne possono distinguere di tre tipi: i *bots programmati* per rilasciare messaggi ogni tanto (p.e. ogni ora); i *bots di monitoraggio* che controllano altri account o siti web e twittano quando c'è un cambiamento (p.e. bots del servizio sismico); i *bots d'amplificazione*, ovvero quelli che seguono ciò che viene pubblicato dai clienti che hanno acquistato il servizio, lanciano i retwit e mettono “mi piace” (Confessore 2018).

In questo momento, come sostiene Luciano Floridi, “le applicazioni d'intelligenza artificiale (IA) svolgono molti compiti meglio di noi (...). Condividiamo l'info-sfera con agenti artificiali sempre più intelligenti, autonomi e anche sociali” (Floridi 2017).

Floridi fa una distinzione tra agenti d'intelligenza artificiale *soft*, come app, web bot, algoritmi e software di ogni tipo e forme d'IA *dure*, come i robot, le macchine senza conducente, gli orologi intelligenti e altri gadget. Questi ultimi, dice Floridi, “stanno rimpiazzando persino i colletti bianchi e svolgono funzioni che, solo pochi anni fa, erano considerate off-limits per l'interruzione tecnologica: catalogazione delle immagini, traduzione di documenti, interpretazione di radiografie, droni volanti, estrazione di nuove informazioni da enormi set di dati e così via” (Floridi 2017).

L'intelligenza artificiale è programmata anche per stabilire rapporti con umani in quelli che si chiamano *bots conversazionali*. Argemí spiega che “più si parla con uno di questi bots, più esso diventa intelligente”, infatti “ha uno schema mimetico di conversazione, si adatta alla conversazione e al profilo della persona con cui parla. I programmatori definiscono le loro opinioni su determinati argomenti (lista nera), ma in molti altri campi il robot deve ‘imparare’ cosa dire in base alla conversazione”.

Argemí racconta che a questo bot è capitato di ricevere “l'attacco coordinato di alcuni troll”, che lo avrebbero portato a mostrare atteggiamenti razzisti, negazionisti (dell'Olocausto nazista) ecc. Come si sta sostenendo dall'inizio di questa trattazione, il ruolo umano non scompare mai: “I sistemi d'intel-

⁵ L'autore usa questo paragone su Twitter: “I Big Data ci permettono di raccogliere tutte le conversazioni che si svolgono contemporaneamente su un argomento nei bar e ristoranti della città” (Argemí 2015, p. 113).

ligenza artificiale si nutrono d'interazioni positive e negative" (Argemí 2015, pp. 91-3).

Non tutti i bot, comunque, sono pensati per scopi così complicati. Alcuni sono molto utili per la vita ordinaria, come *Summarize*, la cui missione è riassumere in tre messaggi il contenuto di una notizia o di una pagina web. Il caso di SARA (*Social-Aware Robot Assistant*) è un esempio di "bot socialmente consapevole": oltre ad analizzare il contenuto dei nostri messaggi, studia la nostra interazione con essa; cerca di ottenerci delle informazioni o aiutarci a prendere una decisione, ma anche di rendere la relazione sempre più piacevole" (Argemí 2015, p. 95). Questo bot rileva il linguaggio corporale, il tipo di voce, le espressioni. Ragiona secondo ciò che vede e sente. Risponde secondo i termini assegnati: per esempio, aiutare a prendere decisioni in un campo specifico (Argemí 2015, p. 95). Non c'è dubbio che l'industria dell'IA e dell'apprendimento automatico (*machine learning*) sta lavorando su dei robot che possano prendere in futuro decisioni importanti: scelte mediche su base statistica (progetto Watson), servizi finanziari (*algorithmic trading*, *fraud detection* ecc.), di moderazione di contenuti giornalistici (il New York Times già modera molti commenti on-line con IA) ecc.

In questo momento, con l'intelligenza artificiale applicata al giornalismo (particolarmente al Big Data) ci troviamo con problemi e limitazioni non di poco conto. Come dice Argemí: per l'analisi delle tendenze sociali il problema principale è distinguere tra l'interferenza e il vero segnale. Cioè, in un ambiente dove si mescolano l'agire umano, gli algoritmi e i bot, c'è un problema d'interpretazione: quando abbiamo a che fare con un voce infondata e quando con un vero discorso o una vera tendenza? (Argemí 2015, p. 100)

Il mito della neutralità e della trasparenza

Gli ingegneri computazionali lavorano con modelli che sono cosiddetti neutrali. Però l'architettura di questi modelli ci dice perché sono stati disegnati e qual è la loro finalità. Gli algoritmi che guidano le piattaforme digitali e l'uso che facciamo di questi servizi non è neutrale. Questi algoritmi decidono la pubblicità che riceviamo, le notizie della nostra home, i tweets che appaiono nel nostro timeline ecc. Queste formule matematiche non sono neutrali. C'è un lavoro di programmazione che è assolutamente intenzionale, dietro al quale vi sono interessi chiari: mantenere gli utenti collegati e dipendenti il più possibile. Poiché è con i dati della navigazione e dei nostri click che queste aziende guadagnano.

I dati non sono neutrali perché i nostri click – con cui segnaliamo preferenze, interessi, passioni – rivelano, in parte, chi siamo. Con l'attività che svolgiamo online lasciamo traccia della nostra identità, come si riconosce nella normativa europea sulla protezione dei dati personali (RGPD). Questo regolamento imporrà alle piattaforme tecnologiche più trasparenza, responsabilità e conformità con le regole⁶.

Tre ricercatori dell'Università Carlos III a Madrid (Spagna) hanno pubblicato un articolo che mostra come gli utenti di Facebook venivano classificati secondo i loro interessi e dati sensibili, senza che lo sapessero. Le aziende di pubblicità legate a Facebook usavano dei *target groups* creati incrociando dati sensibili e interessi. Gli autori raccontano come uno di loro ha ricevuto un annuncio personalizzato nel suo profilo Facebook: "Entra in contatto con la comunità gay e affitta posti adatti a persone come te. Prenota ora"⁷. L'autore ha scoperto che "l'omosessualità" era una delle preferenze per gli annunci che Facebook gli aveva assegnato. Lui non aveva definito il suo orientamento sessuale in nessuna impostazione di Facebook, né aveva concesso nessun permesso a Facebook. (González et al. 2018) Questa nuova regolamentazione non protegge soltanto la titolarità dei dati (che appartengono ai cittadini), ma obbliga anche alla trasparenza assoluta della loro gestione e definisce i criteri d'immagazzinamento.

Quest'opacità dell'attività di Facebook si è resa palese anche nella censura di contenuti. Facebook guida le conversazioni di 1,86 miliardi di utenti, moderando i contenuti che considera inappropriati⁸ (Klonick 2017). A tal fine, cancella fotografie, post e video considerati offensivi, tramite gli algoritmi e con una squadra/équipe di 7.500 moderatori. La piattaforma non ha però reso pubblici i criteri e i valori che segue per condurre questo processo di censura. Come sottolinea Emily Bell: "Il desiderio delle aziende tecnologiche di mantenere privati i loro processi, gli algoritmi, e le politiche sono degli ostacoli per capire come Facebook gestisca la moderazione (di contenuti)" (Bell 2017).

Oltre alla scarsa trasparenza, un'altra delle critiche rivolte a Facebook riguarda la sua mancanza di neutralità come piattaforma di contenuti (notizie). L'azienda si è sempre rifiutata ad assumersi la responsabilità di un editore, però dal momento che Facebook decide quali notizie leggiamo nel nostro *newsfeed*, si può dire che di fatto lo è.

Come diceva ironicamente Lovink alcuni anni fa: "Prima internet ha cambiato il mondo, ora il mondo sta cambiando internet" (Lovink 2011). La realtà delle bolle informative, delle

Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, pubblicata dal Garante per la protezione dei dati personali, 2017.

⁷ L'azienda che gestisce la campagna pubblicitaria è un servizio online che si occupa di monitorare la comunità gay. Gli utenti di Facebook sono etichettati con le cosiddette "preferenze degli annunci", che rappresentano potenziali interessi degli utenti. Facebook assegna all'utente diverse "preferenze di annunci" in base alla sua attività online, all'interno di questo social network e nei siti web di terzi associati a Facebook. Gli inserzionisti che pubblicano "campagne pubblicitarie" raggruppano secondo dei target gli utenti a cui è stata assegnata una particolare preferenza (ad es., gli utenti di Facebook interessati a Starbucks).

⁸ Kate Klonick mostra come Google, Facebook e Twitter stiano moderando l'*hate speech* nell'universo online. Queste aziende utilizzano la tecnologia per bloccare automaticamente i contenuti *ex ante* utilizzando *photoDNA*, *ContentID* o *geo-blocking*. Come dice Klonick, la realtà è che "le piattaforme possono determinare entro micro secondi tra il caricamento e la pubblicazione se un'immagine contiene pedopornografia". (Klonick 2017)

⁶ Per informazioni più approfondite: cf. *Guida all'applicazione del*

echo chambers e della polarizzazione di gruppi affinché portino gli algoritmi delle grandi piattaforme digitali, sta portando diversi paesi a muoversi. In Europa, per esempio, le aziende tecnologiche devono rimuovere i contenuti di *hate speech* entro 72 ore dalla denuncia. “Internet una volta ha cambiato leggi, oggi che le sentenze della Corte lo stanno trasformando, presto la legge cambierà Internet” (Lovink 2011).

González Gaitano avverte, “incolpare la tecnologia o colpevolizzare principalmente i social network per spiegare la disinformazione è mancare il bersaglio (...) incolpare la tecnologia, prendendola come capro espiatorio è una scorciatoia” per spiegare un processo che è, invece, molto più complesso (Gaitano 2017, p. 3).

Lo sfondo delle fake news: l’epistemologia della modernità sulla verità

Como diceva lo scrittore spagnolo Antonio Machado: “La verità è quello che è/e continua a rimanere verità/anche se si pensa il contrario”⁹. Questo approccio realista alla verità è venuto meno con la modernità, che ha optato per una verità che deve essere validata scientificamente. Si è iniziato allora ad applicare il modello delle scienze sperimentali anche alle scienze sociali e al giornalismo. La “verità scientifica” nel giornalismo ha portato a distinguere tra i fatti e le opinioni, puntando sull’imparzialità e sulla neutralità come fossero i valori assoluti più importanti da rispettare.

Questo modello che Galdón chiama “giornalismo oggettivista” si fonda, da una parte su una visione positivista della verità, secondo cui non ci sarebbero verità obiettive antecedenti che guidano l’attività giornalistica (Galdón 1999, p. 73) e dall’altra, si basa sul presupposto che la realtà si deve raccontare come qualcosa di “spoglio”, perché emergano dei “fatti oggettivi”.

Alcuni avvenimenti di attualità hanno rivelato e messo in evidenza le limitazioni di questo modello. Se la verità non è la conformità di un giudizio con la realtà, allora ai “tuoi fatti” possono opporsi “fatti opposti”. Se la realtà si costruisce con le diverse narrative di ciascuno, senza che vi sia un territorio comune di verità obiettive antecedenti, allora chiunque può invocare realtà alternative (*alternative facts*). Si nega, cioè, la realtà opponendo “altri fatti”. Questa scappatoia è molto pericolosa socialmente, perché significa che non si trova un punto d’incontro, una realtà alla base di un mondo condivisibile.

Machado ci offre ancora una riflessione: “La tua verità?/No, la verità./E vieni con me a cercarla./La tua tienitela”.

A questo riguardo dice Galdón: “Senza la verità, senza un giornalismo rinnovato che la cerchi, è impossibile la convivenza sociale e civile, nella giustizia e nella libertà” (Galdón 1999, p. 73).

Di fatto, invece, per valutare cosa corrisponda a verità e cosa no ci si trova a mettere a confronto *I propri fatti* con *I fatti dell’altro* e in questo clima di incertezza c’è chi propone come soluzione addirittura l’utilizzo della macchina della verità (*Lie detector o polygraph test*), al fine di ottenere prove schiacciati.

La macchina della verità

Ecco come funziona la macchina della verità oggi: in primo luogo, l’esaminatore aggancia il soggetto a una serie di tubi respiratori che monitorano le gambe e le braccia. Completano il monitoraggio un bracciale per la pressione sanguigna e un rilevatore di sudore nella punta delle dita. Quindi viene avviato un registro dei segnali vitali di base, mentre si pongono domande comuni, per “misurare” la verità. È probabile che davanti a certe domande il respiro cambi, il battito cardiaco e la pressione sanguigna aumentino e le gambe o le braccia si contraggano. Si può persino iniziare a sudare¹⁰. Sulla base di questi parametri si pretende di tirar fuori conclusioni scientifiche. Si cerca in una macchina quello che la tecnologia non è in grado di dare.

La realtà, però, ci dice, per esempio, che in molti paesi, in ambito giudiziario, le prove del poligrafo non vengono considerate evidenze ammissibili. Alla fine, infatti, la macchina offre una percentuale sulle possibilità che quella persona abbia mentito, non altro.

Restando sempre sull’argomento, la macchina della verità viene usata anche per soddisfare il proprio desiderio di buona immagine sulla scena mediatica. Per esempio, per Summer Zervos, una delle donne che accusa Donald Trump di molestie si sottopose al poligrafo per ristabilire la sua credibilità dopo le smentite di Trump. Al contrario, Woody Allen si è rifiutato di accettare la prova quando gli è stato chiesto e l’atteggiamento del regista statunitense è stato interpretato come indizio a sfavore sulla sua affidabilità. Aldilà di queste “mosse”, volte a difendere la reputazione, è palese che il problema della verità non si risolve con un poligrafo.

In questo senso è positivo vedere come la situazione attuale sta spingendo prestigiose scuole di giornalismo e professori, a individuare il problema e ad aprirsi a nuove soluzioni, fondate su vecchi principi; mettendo al centro la realtà e la verità delle cose, e non soltanto le procedure. Mi sembra eloquente che un gruppo ampio di esperti in comunicazione abbia terminato un articolo sulle fake news nella rivista *Science* domandandosi: “Come possiamo creare un ecosistema di notizie e una cultura che valorizzi e promuova la verità?” (Lazer ed al. 2018).

Questa domanda meriterebbe una risposta completa, che non offriamo in questa sede. Tuttavia, credo fermamente che un rinnovamento del giornalismo sia parte della soluzione del problema. E per attuare tale rinnovamento si deve prendere atto di ciò che spiega Michael Schudson, professore della

⁹ “La verdad es lo que es, y sigue siendo verdad aunque se piense al revés”.

¹⁰ Cf. S. LaMotte, *The shaky science of lie detectors*, CNN, March 21, 2012; M. Garber, *The Lie Detector in the Age of Alternative Facts*, The Atlantic, March 29, 2018.

scuola di giornalismo della *Columbia University*: “I giornalisti confezionano letteralmente le notizie. Non le trovano. Non pubblicano trascrizioni della realtà e neppure una sua copia”. I giornalisti sono interpreti della realtà che pubblicano, cioè presentano una realtà “inquadrata in un certo modo”, vista cioè con i loro occhi (Schudson, 2017). A questo riguardo, la fallacia del giornalismo oggettivista, nascosta sotto ai nomi d'imparzialità e neutralità, si è dimostrata una chimera.

La promessa moderna di un progresso senza fine attraverso la scienza, come soluzione definitiva ai problemi umani (povertà, disuguaglianza ecc.), si è rivelata un'utopia. Adesso, la tecnologia appare come il nuovo paradigma, che sostituisce la scienza. Nel campo del giornalismo, per far fronte al problema della disinformazione si sta segnalando l'intelligenza artificiale come soluzione ideale: “La tecnologia ci libererà di questa piaga”. Eppure, non può farlo da sola.

Quale futuro per la verità nell'universo online?

Un recente sondaggio del *Pew Research Center*, da ottobre 2017 tenta di affrontare una domanda importante sul futuro della verità nell'ecosistema online. Si tratta di un sondaggio basato sulle percezioni degli esperti e focalizzato su due domande: “Nei prossimi 10 anni, emergeranno metodi affidabili per bloccare false narrazioni e consentire la prevalenza delle informazioni più accurate nell'ecosistema informativo? Oppure la qualità e la veridicità dell'informazione online si deterioreranno a causa della diffusione di idee inaffidabili, pericolose e socialmente destabilizzanti?” (Pew Research 2017).

Il risultato è stato che il 51% delle persone intervistate hanno detto che non migliorerà, il 49%, invece, ha detto di sì. Tuttavia, interessanti sono le motivazioni di entrambi i gruppi.

Quelli che sostengono che l'ambiente informativo non migliorerà nei prossimi dieci anni, né sarà migliorato da tecniche che possono ridurre la diffusione di disinformazioni online, offrono due ragioni per avvalorare la loro tesi. In primo luogo, sostengono che l'ecosistema delle notizie false mette in risalto alcuni dei più profondi istinti umani, come il desiderio di potere e di successo. Secondo loro, gli attori manipolatori troveranno nuovi strumenti digitali per sfruttare gli istinti umani accennati, attraverso la polarizzazione e rinforzando le *echo chambers*. In secondo luogo, ritengono che i cittadini comuni non sono in grado di affrontare il ritmo del cambiamento tecnologico. In questo senso, “l'aumento della velocità, della portata e dell'efficienza di Internet e delle applicazioni online emergenti, amplificheranno queste tendenze umane”. Prevedono un panorama futuro dell'informazione in cui “le truffe informative e le manipolazioni di massa diffuse genereranno ampie fasce di pubblico che semplicemente rinunceranno a essere partecipi e informati nell'ambito della vita civica” (Pew Research 2017).

Fondamentalmente, coloro che pensano che le cose non miglioreranno, sentono che la tecnologia sarà al servizio di

scopi non nobili di attori con cattive motivazioni, “rendendo vani i migliori sforzi degli innovatori tecnologici per porre rimedio ai problemi di oggi” (Pew Research 2017).

L'altra metà degli esperti ritiene che possano essere implementate soluzioni tecnologiche, poiché vedono in una differente prospettiva gli argomenti offerti dall'altro lato. In primo luogo, a loro avviso “La tecnologia può aiutare a risolvere questi problemi”, contenendo le notizie false e le campagne di disinformazione. Ciò che occorre è puntare sulla creazione di metodi migliori per “promuovere fonti di notizie affidabili e basate sui fatti” (Pew Research 2017).

Tra le diverse posizioni degli esperti speranzosi, mi trovo a condividere l'opinione di quelli che pensano che la soluzione passa anche per il comportamento umano. “I cattivi attori sono sempre esistiti, ma alla fine sono stati messi ai margini da persone e processi intelligenti. Ci si aspetta che attori ben intenzionati lavoreranno insieme per trovare modi per migliorare l'ecosistema dell'informazione” (Pew Research 2017). Da collegare al rinnovamento della professione giornalista (dall'interno), una migliore istruzione per i cittadini, che consentirà alle persone di giudicare la veridicità del contenuto e alla fine di alzare il livello del discorso.

Tuttavia, il panorama non è semplice e le sfide si moltiplicano. La falsità online non riguarda soltanto le notizie. C'è anche un “mercato” per acquistare reputazione (artificiale). Come ha rivelato un'indagine condotta dal *New York Times*, c'è un mercato di compravendita di followers, likes e retweets, per moltiplicare la visibilità e la capacità d'influenza online. Si tratta del business dell'azienda Devumi¹¹. Secondo questi ricercatori circa 48 milioni di profili Twitter (il 15% del totale) sarebbero bots (account automatizzati), mentre su Facebook ci sarebbero 60 milioni di falsi account (Confessore et al. 2018).

Sulla falsità online alcuni autori parlano della minaccia dei fake video. Si sono sviluppati algoritmi che permetterebbero di creare dei *deepfakes*: ovvero video che consentono di trasportare la testa disincarnata di un amico o di un ex-collega in una clip già esistente dal contenuto sconveniente. Inoltre, “poiché i laboratori accademici e commerciali stanno sviluppando strumenti ancora più sofisticati – algoritmi che mappano le espressioni facciali e imitano le voci con precisione – i “personaggi digitalmente clonati” acquisiranno presto una verosimiglianza ancora maggiore”¹². Tutto questo avverrà con pochi semplici passaggi e senza speciali conoscenze tecniche.

Questi video costruiti potrebbero creare nuovi sospetti su tutto ciò che guardiamo. Si tratta, quindi, di una realtà mi-

¹¹ Devumi ha diversi fornitori di bots di qualità diversa (alcuni reali, altri con identità soppiantata, ecc.) I prezzi dei followers cambiano a seconda della qualità (da 1-17 dolar ciascuno). Devumi ha venduto circa 200 milioni di follower su Twitter ad almeno 39.000 clienti, rappresentando un terzo o più dei 6 milioni di dollari di vendite in pochi anni (cf. Confessore et al. 2018).

¹² Cf. Franklin Foer, *Reality's End. The current era of “fake news” may soon seem quaint. Video manipulation is eroding society's ability to agree on what's true – or what's even real*, The Atlantic, May 2018, pp. 15-18.

nacciosa, perché la manipolazione video potrebbe erodere la capacità della società di essere d'accordo non soltanto su ciò che è vero, ma su ciò che è addirittura reale.

Finisco con alcuni suggerimenti, su tre aree: tecnologia, etica e giurisprudenza. Alcuni sono generali, perché la realtà dell'universo online è mutevole. Non offro formule vincenti né un sommario completo. Il mio contributo è un *work in progress* e perciò da approfondire e completare mano a mano che le cose cambieranno.

Soluzioni tecnologiche

Ritengo che gli algoritmi e l'IA saranno alleati cruciali per fermare la diffusione di fake news online, attraverso la comprovazione di fatti e tecniche di blocco. A questo riguardo, dal momento che non è auspicabile un "Ministero della Verità" di tipo orwelliano, le piattaforme che moderano i contenuti devono rendere pubblici i loro criteri di moderazione. Piattaforme che moderano i contenuti di miliardi d'utenti svolgono infatti un ruolo d'interesse pubblico. Perciò, non è accettabile che queste aziende continuino a dire: "a casa mia le mie regole". Occorre avviare una conversazione pubblica su processi, algoritmi, criteri e valori desiderabili per bloccare contenuti online.

Soluzioni etiche

Sono convinto che per ristabilire la credibilità e la fiducia (verità dell'informazione e delle relazioni), continueranno a emergere piattaforme senza scopo di lucro, che diventeranno nuovi mediatori culturali e che favoriranno lo stabilirsi di questa fiducia. Oramai ve ne sono alcune come Propublica che puntano a quello. Bisogna monitorarle e vedere come evolvono.

Il rinnovamento della professione giornalistica deve avvenire dall'interno, occorre puntare sulla qualità del lavoro e cercare di ripristinare l'auto-adesione ai codici professionali su diritti e responsabilità dei giornalisti.

Sottolineo che la verifica delle informazioni non è soltanto un obbligo professionale dei giornalisti, ma è anche probabilmente il modo migliore per staccarsi un po' dal loro punto di vista. In questo senso, s'impone la necessità di stabilire un diritto di rettifica online e modi di portare avanti l'obbligo di restituire (la verità dell'informazione o la verità della reputazione lesa ingiustamente).

Soluzioni legali

Da un lato il buon senso ci dice che le leggi devono essere generali e astratte, e non fatte per proteggere gruppi o interessi particolari, bensì beni comuni e l'interesse sociale. Dall'altro, per favorire un'opinione pubblica libera la tradizione ci ha dimostrato che i giornali devono essere "regolati", soltanto se si rischia il monopolio informativo di qualche gruppo. A mio avviso questo principio è valido per i social media.

Siccome il panorama informativo è cambiato, non si parla più di gruppi editoriali o aziende informative. Il business

dell'informazione si è trasformato. Adesso sono i gruppi pubblicitari e le piattaforme digitali a comandare. In questo senso, il RGPD europeo si presenta come un marchio credibile di protezione dei diritti del cittadino e come norma efficace per chiedere responsabilità e conformità alla legge, a tutte le istituzioni e le aziende che gestiscono dati personali e sensibili. Questi dati massicci (di preferenze, abitudini ecc.) raggruppati conformano diversi tipi di audience. Sono queste audience la nuova merce della rete.

Bibliografia

- Agostino. *De mendacio*. 4, 5: PL 40, 491.
- Argemí M. *El sentido del rumor*. Barcelona: Península 2017.
- Bell E. *Facebook is eating the world*. Columbia Journalism Rev 2016;Mar 6.
- Bell E. *Facebook's moderation is of public interest. It should be public knowledge*. Columbia Journalism Rev 2017;May 23.
- Confessore N, Dance G, Harris R, et al. *The follower factory. Everyone wants to be popular online. Someone even pay for it. Inside social media's black market*. The New York Times 2018;Jan 27.
- Catechismo della Chiesa Cattolica*. Roma: LEV 1992.
- Dans E. *Why textbooks and education are to blame for fake news*. Forbes 2018;Mar 9.
- European Commission. *Final report of the high level expert group on fake news and online disinformation*. 2018;Mar 15.
- Fletcher R, Cornia A, Graves L, et al. *Measuring the reach of "fake news" and online disinformation in Europe*. Reuters Institute Oxford University. February 2018,
- Floridi L. *Will artificial intelligence make the world a better place?* STI 2017;Jan 23.
- Galdón G. *Informazione e disinformazione. Il metodo nel giornalismo*. Roma: Armando Editore 1999.
- Gili G, Maddalena G. *Post-verità e fake news: radici, significati attuali, inattesi protagonisti e probabili vittime*. Media Education Studi, ricerche, buone pratiche 2018;9:1-16.
- González J, Cuevas A, Cuevas R. *Facebook use of sensitive data for advertising in Europe*. 2018.
- González Gaitano N. *More than a media system failure? Reason, faith and mercy as comprehensive paradigms for communication*. Church Communication Culture 2017;2:1-7.
- Klonick K. *The new governors: the people, rules, and processes governing online speech*. Harvard Law Rev 2017;131:1598.
- Lazer D, Baum M, Benkler Y, et al. *The science of fake news*. Science 2018;359:1094-6.
- Lovink G. *Networks without a cause. A critique of social media*. Cambridge: Polity Press 2011.
- Rodríguez Luño A. *Diffamazione, epicheia, divorziati. Tre saggi di teologia morale*. Roma: EDUSC 2014.
- Schudson M. *Here's what non-fake news looks like*. Columbia Journalism Rev 2017;Feb 23.
- Vosoughi S, Roy D, Aral S. *The spread of true and false news online*. Science 2018;359:1146-51.
- Pew Research Center. *The future of truth and misinformation online*. 2017;Oct 19.

QUADERNO

FAKE NEWS E INFORMAZIONE RESPONSABILE TRA ETICA ED EDUCAZIONE
 FAKE NEWS AND RESPONSIBLE INFORMATION BETWEEN ETHICS AND EDUCATION

La comunicazione in sanità: una sfida che richiede strumenti e strategie profondamente rinnovati

Healthcare communication: a challenge that requires deeply renewed tools and strategies

ALESSANDRO CONTE¹, FILIPPO ANELLI²

¹ AAS3 Alto Friuli – Medio Friuli – Friuli Collinare, Codroipo, Udine

² Presidente Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Roma

Introduzione. L'Italia affronta un problema di HealthLiteracy (HL) incongrua, visto che il 50% della popolazione dichiara di non sapersi rapportare con autonomia e consapevolezza a tematiche inerenti la salute, cercate sul web. Precedenti pubblicazioni dimostrano che bassi livelli di HL correlano con un sovraccarico dei sistemi sanitari, dato da accessi incongrui ai servizi di emergenza-urgenza, inadeguata gestione della terapia domiciliare e, in definitiva, un maggior numero di ricoveri ripetuti. La “crisi vaccini” in Italia dimostra inoltre come bassi livelli di HL possano sfociare in veri e propri problemi di salute pubblica.

Materiali e metodi. Nel 2016 la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO) ha deciso di realizzare un nuovo strumento web per contrastare la disseminazione di informazioni ingannevoli in materia di salute. A fianco ai medici, per garantire un approccio multidisciplinare e permettere lo sviluppo di un prodotto accattivante e competitivo, sono state coinvolte molteplici figure: giornalisti scientifici, esperti di social media, ricercatori nell'ambito della “readability” e della linguistica. I contributi di ciascuno hanno definito le pietre angolari del progetto: un motore di ricerca interno agile che permettesse di accedere rapidamente alle risposte, schede leggibili (Gulpease Index tra 65 e 80) e brevi (max 400 parole) per ciascun tema, bibliografie complete e trasparenti, una sezione dedicata alla promozione della “navigazione consapevole” (con test di autovalutazione) e una dedicata ai professionisti della salute, con un kit di primo soccorso comunicativo (infografiche, video e tutorials) utili a promuovere un più soddisfacente scambio di informazioni tra medico e paziente. Il nuovo portale, Dottoremaeveroche.it è online dal 16 febbraio 2018.

Risultati. Oltre all'ovvia innovazione rappresentata da questo approccio nello scenario della comunicazione istituzionale italiana, storicamente ingessata su vecchi canoni, l'impegno di un ente nella promozione dell'alfabetizzazione sanitaria attraverso strumenti web è una vera rivoluzione, il cui impatto è testimoniato dall'importante eco mediatica generata dal progetto e dai positivismi riscontri in termini di accessi e feedback ricevuti dagli utenti.

Parole chiave: Comunicazione, fake news, informazione, social network

Introduction. Health literacy is a major problem in Italy, as 50% of the citizens declare themselves unable to approach health-related topics. Studies demonstrate that low HL levels overload health systems with unnecessary access to emergency services, mistakes in drugs self-management and hospital readmissions. “Vaccines crisis” in Italy shows that a low HL can become a real public health threat.

Materials and methods. In 2016 the national federation of medical committees (FNOMCEO) decided to create a new web-tool to fight the dissemination of fake news concerning

Address for correspondence
 Indirizzo per la corrispondenza

Alessandro Conte
 AAS3 “Alto Friuli – Medio Friuli – Friuli Collinare”
 viale F.A. Duodo 82/84, 33033 Codroipo (UD)
 e-mail: alessandro.conte@aas3.sanita.fvg.it

Anelli Filippo
 Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
 via Ferdinando di Savoia 1, 00196 Roma
 e-mail: presidenza@fnomceo.it

health, at the side of physicians, to grant a multidisciplinary approach and create an appealing and engaging product. Various professional figures have been involved: scientific journalists, social media experts, researchers in health literacy and readability field, academics in linguistic. Their contributions defined its key functions: a flexible research engine which allows to find answers easily; readable (Gulpease Index between 65 and 80) and short (max 400 words) cards for each topic; transparent and complete bibliography; a section dedicated to "Web-surfing awareness" (with self-assessment tests) and another one, developed for HCW, containing a "Communication first aid kit" (info-graphics, videos and tutorials) to promote a more satisfying exchange of information between doctors and patients. This new portal, which goes by the evocative name of "Dottoremaeveroche" (Doctor, is it true that...?) has been online since February 16 2018.

Results. Beside the innovation of this multifaceted approach for institutional communication in Italy, historically tethered, the commitment of an official public agency in HL promotion through new tools, intended for the population and the HCW's, mark a new age in our country, and preliminary feedbacks (access counts, reports on new arguments), media attention and social-media engagement show its effectiveness.

Key words: Communication, fake news, information, social network

Introduzione

Guardando indietro, anche solo di una decina d'anni, lo scenario comunicativo sembra molto distante da quello attuale, ma già nei primi anni 2000 s'intravedevano con sufficiente chiarezza alcuni degli elementi che oggi rappresentano passaggi obbligati per chi vuole efficacemente inviare un messaggio, sia esso di natura istituzionale, di denuncia o sensibilizzazione in ambito sanitario e non solo.

Se da un lato, e non è ovviamente una novità, è cambiato il rapporto tra medico e paziente, con la fine del cosiddetto paternalismo medico, per una latente sfiducia nei confronti di alcune categorie, che ha imposto una sostanziale revisione delle strategie di comunicazione, in particolare nei toni e nella costruzione dei messaggi, dall'altro la penetrazione massiva dei *social network* nel nostro quotidiano ha reso evidente la necessità di una comunicazione accattivante e immediata, in grado di competere con l'incredibile quantità di contenuti, prodotti e visualizzati quotidianamente sul web.

Dagli anni '80, nella comunicazione sanitaria la crescente consapevolezza da parte del cittadino/paziente del suo ruolo di attore principale e non di comparsa passiva in ogni percorso di salute, ha spostato il baricentro delle campagne mediatiche dal medico che prescrive, suggerisce, consiglia o dispensa dall'alto del suo piedistallo, a un paziente che prende in mano la sua salute e le scelte a essa correlate.

Di fatto si è passati dal dire cosa fosse giusto o sbagliato al costruire contenuti che rendano sempre più autonomi e motivati gli approcci di ciascuno. Certo non un cambiamento da poco, che se vogliamo ha trasformato l'informazione, attività nobilissima, ma con un'accezione unidirezionale in vera comunicazione, coerente con lo stesso significato etimologico della parola, dal latino *Communis agere* (*cum* = con, e *munire* = legare, costruire e *agere* = agire) e significa letteralmente

mettere in comune¹, far partecipe ovvero condividere, in questo caso gli strumenti utili al singolo a interpretare proattivamente le proprie scelte in sinergia con gli esperti.

Nella stessa finestra temporale, con una vertiginosa impennata nell'ultimo decennio, si è assistito sul web alla scomparsa della parola scritta come strumento comunicativo, schiacciata prima dall'immagine, quindi, dai video. Un cambiamento che abbiamo avuto modo di studiare nei grandi *brand* commerciali, che, come spesso accade, hanno segnato la via.

La comunicazione verbale si è contratta, quasi involuta, in abbreviazioni e acronimi, oltre che tramutata in un costruito ibrido in cui ancora l'immagine, quella delle varie *emoticon*, permette il tanto agognato risparmio del tempo, anche quando si tratta di trasmettere emozioni o sensazioni (Aldunate 2018). Probabilmente un abitante dell'antico Egitto troverebbe la cosa alquanto curiosa.

Il predominio dell'immagine e del video è stato fortemente sostenuto dai vari *social network* che, di volta in volta, aggiornando i cosiddetti *edge ranking*, gli algoritmi di visibilità, che decidono cosa abbia le carte in regola per essere più visibile di altri contenuti, li hanno premiati sempre più, obbligando di fatto quanti volessero inviare un messaggio, a farlo con certe modalità.

Stiamo quindi vivendo una vera e propria *video revolution*: basti pensare che, secondo le più recenti previsioni, già nel 2019 circa la metà dei dati circolanti sul web sarà imputabile a contenuti video, per un tempo di visualizzazione medio per utente, probabilmente non sempre consapevole, di 7,5 ore al giorno. È facile intuire come in questo scenario di crescente saturazione sensoriale, elevarsi dal costante rumore di fondo imponga un grande, e tutt'altro che facile, lavoro di design del messaggio, tarato sul mezzo e sul destinatario oltre che sul contesto.

¹ Secondo il vocabolario Treccani deriva dal lat. *communicare*, der. di *communis* "comune" (http://www.treccani.it/vocabolario/comunicare_ (Sinonimi-e-Contrari), Accesso del 17.05.2018)

La comunicazione in ambito sanitario

Questo articolo prende le mosse dal libro “Comunicare la Sanità” (Anelli 2017), proprio perché gli ultimi anni sono stati attraversati da un notevole fermento e rinnovamento nel mondo della comunicazione sanitaria, con grandi successi e alcuni grossolani incidenti di percorso, che hanno compromesso in maniera irrimediabile il modo in cui certe campagne sono state percepite.

Indubbiamente parlare di salute o, purtroppo, di malattia, ha implicazioni etiche e morali che precludono alcune scelte, magari d'effetto, ma potenzialmente indigeste, aggiungendo una nota di complessità che certo non appartiene al mondo di chi deve semplicemente far comprare una bibita o una macchina e può scegliere di “sorprendere con effetti speciali”. In sanità ci vuole grande attenzione a non toccare la corda sbagliata, a non trasformare la realtà in un fumetto distopico, allontanando l'audience da un messaggio pur corretto.

Come se non bastassero questi elementi di difficoltà, non si può dimenticare che ogni messaggio in ambito sanitario deve poggiare su solide basi scientifiche, trasparenti e accessibili a qualsiasi lettore.

Questo è un elemento ineliminabile per la buona comunicazione in sanità, esattamente come deve accadere nella vita lavorativa di ogni giorno di ogni medico: a ogni messaggio deve corrispondere un'evidenza resa fruibile per il paziente, ma altrettanto facilmente reperibile per quanti volessero verificarla o approfondirla.

I pezzi di questo puzzle non sono affatto pochi e lo sforzo richiesto al mondo medico per adeguarsi a questi enormi cambiamenti non è certo stato esiguo ma, finalmente, sempre più colleghi comprendono l'utilità di interfacciarsi con professionisti del settore per diffondere messaggi di pubblica utilità, perché siano penetranti e competitivi in un contesto in cui l'attenzione dell'uditore è frammentata da una miriade di stimoli sovrapposti.

Da queste premesse nasce ad esempio la positiva e vincente esperienza dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Bari che negli ultimi anni ha, con il supporto dell'agenzia di comunicazione “Kibrit & Calce”, inanellato una serie di successi su temi caldissimi come il defianziamento del sistema sanitario e la violenza sui medici (Fig. 1).

Queste campagne sintetizzano in maniera intelligente ed efficace tutti i paradigmi sin qui esposti e pur colpendo, forse addirittura, graffiando, per ottenere l'attenzione, non passano mai il limite; anzi, dopo la sensazione di sorpresa iniziale, sono immediatamente capaci di evocare una profonda empatia.

Penso ad esempio alla campagna “Io ho un tumore”, in cui una donna o un uomo privi di capelli, per gli intuibili effetti della chemioterapia, invadono la nostra vista; ebbene nella violenza di quell'immagine ci sono anche delicatezza e forza, una forza che non può mai mancare quando si sta raccontando la verità e si sta sensibilizzando sul grave problema



Figura 1.

Campagna di comunicazione contro la violenza sui medici (da <http://www.ilgiornale.it/sites/default/files/foto/2017/03/22/1490180240-medici-puglia.jpg>).

delle risorse economiche disponibili, sempre più erose, per l'accessibilità e l'equità delle cure.

È però nell'incalzante alternarsi di testimonianze di medici e pazienti della campagna “Medici e pazienti: due facce dello stesso disagio” che si trova il più riuscito esempio di moderna comunicazione in ambito sanitario (Fig. 2).

Un video, innanzitutto, ovvero il prodotto più capace di catturare l'attenzione e i replicarsi, come un virus (il termine virale non è casuale) attraverso le condivisioni di chi l'ha visto, efficace e breve, altro elemento prezioso. Il linguaggio è immediato, forzature non ne servono visto che il tutto è improntato a un crudo narrato del vissuto, della quotidianità di un sistema sanitario agonizzante.

Vincente infine la scelta, coerente con il riconoscere la dignità di protagonista della propria salute al cittadino, di sviluppare la clip in perfetto equilibrio narrativo tra medici e pazienti, che parlano alla pari, riassumendo perfettamente le “due facce dello stesso disagio”.

Una campagna che ha avuto importanti riscontri in termini di visualizzazioni ed *engagement* sui social network e che rappresenta una pietra miliare per la comunicazione istituzionale sui social, qualcosa a cui ispirarsi per far bene in futuro.



Figura 2.

Campagna di comunicazione e sensibilizzazione (da http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professionilarticolo.php?articolo_id=42793).

Il paternalismo, come ribadito più volte, è finito. L'atto medico non è più la concessione di un semidio che elargisce con generosità, ma il momento culminante di un'alleanza, di una sinergia fatta di rispetto, fiducia e collaborazione reciproca.

È tempo quindi di comprendere, una volta per tutte che, pur nel pieno riconoscimento della competenza del medico e dell'unicità della sua arte, anche in ambito comunicativo il paternalismo deve lasciare spazio a uno scambio di informazioni tra due coprotagonisti.

La buona comunicazione non è solo la chiave di volta per rilanciare il traballante rapporto medico-paziente, ma un vero e proprio investimento capace di dare frutti molto positivi: dalla maggiore autonomia e *compliance* (Aponte-Patel 2015), a un minor numero di riammissioni ospedaliere (Townsend-Gervis 2014), alla ridotta conflittualità medico-legale, per arrivare, infine, a una minore suscettibilità degli operatori al *burn-out*.

La comunicazione richiede tempo, è vero, ma è in grado di restituirne altrettanto, una volta create solide basi condivise, non a caso la legge "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" del 22 dicembre 2017 n. 219, focalizza l'attenzione sul rapporto fiduciario medico-paziente, una fiducia che è possibile stabilire grazie alle tecniche di comunicazione efficace e all'art. 8 stabilisce che "Il tempo della comunicazione costituisce tempo di cura"².

Gli stessi principi, sin qui descritti, valgono per la comunicazione di massa, quella che avviene fuori dalle mura dell'ambulatorio, capace però di predisporre un terreno altrettanto solido e favorevole a interazioni migliori tra medici e pazienti: semplicità, immediatezza e rigorosa scientificità, qualora i contenuti la richiedano, come ingredienti non più di un messaggio verticale, che discende dal mondo medico verso il basso, ma orizzontale, tra pari portatori di un interesse condiviso: la salute.

Queste sono le sfide per la comunicazione di oggi e di domani.

Sfide complesse, visto che i medici, nella maggior parte dei casi, non nascono con il dono della parola, né l'esperienza, come erroneamente saremmo portati a pensare, sopprime col tempo a questa carenza. Con la speranza che certi temi possano in un futuro non troppo lontano entrare, visto il positivo impatto in molteplici ambiti, nell'agenda di chi decide su come formare i medici di domani, la scelta per il momento è quella di condividere percorsi e progettualità con gli

esperti del settore, sia per quanto riguarda la comunicazione interpersonale che quella multimediale.

Collaborare, però, non significa delegare o imporre, bensì ricevere *input* in ciò in cui siamo carenti apportando al tempo stesso tutto il contributo del nostro vissuto esperienziale, oltre che le competenze scientifiche.

Campagne create in un contesto di questo tipo non possono che intercettare pienamente le attese dei committenti ma, soprattutto, colpire l'audience, svolgendo efficacemente il compito per cui sono state sviluppate, ovvero portare un messaggio che si faccia strada tra l'enorme quantità di altre informazioni da cui siamo bombardati e non venga dimenticato pochi istanti più tardi.

L'approccio multidisciplinare alla comunicazione, che sposi fruibilità ed efficacia del messaggio a un impianto scientifico solido e tracciabile, diventa ancor più pregnante se guardiamo al complesso scenario delle fake news.

Le fake news

Oramai da alcuni anni, infatti, il web è invaso dalle più disparate notizie, anche in ambito scientifico, che pur prive di qualsiasi veridicità e affidabilità, riescono a penetrare profondamente tra l'utenza media (Vosoughi 2018).

Nella maggior parte dei casi il movente è economico, molti dei siti che pubblicano notizie false e prive di fondamento, infatti, puntano agli introiti (Allcott 2017) generati dalle sponsorizzazioni tematiche o dai click, è il fenomeno del cosiddetto *click-baiting*.

Questi interessi hanno, di fatto, plasmato un nuovo stile comunicativo, che punta tutto su un approccio non pienamente consapevole e ancor meno critico e autonomo alle risorse digitali.

Il titolo e la spalla vengono sviluppati *ad hoc* per attirare e, spesso, per indignare. Non importa poi che la notizia in sé sia inventata o, nella migliore delle ipotesi, si discosti da quanto millantato dal titolo: la macchia d'olio continuerà inevitabilmente a estendersi.

Senza scomodare temi controversi, basti pensare alla quantità di denaro generata per chi ha pubblicato su Facebook una breve clip che dimostra gli infiniti vantaggi (antinfiammatori, antidolorifici, antistress, antiaggreganti) ottenibili mettendo una cipolla dentro il calzino ogni notte prima di coricarsi, clip visualizzata oltre 89 milioni di volte al momento della scrittura di questo testo.

Questo fenomeno, come detto, interessa molti temi, ma rimane attualissima la produzione in ambito scientifico, o meglio pseudoscientifico: impossibile non citare i vaccini, tema rovente di questi mesi, o le diete più disparate, i trattamenti alternativi oncologici insieme a molti altri argomenti che rimbalzano quotidianamente di tweet in tweet e da un post all'altro.

² http://www.normattiva.it/atto/caricaDettaglioAtto?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2018-01-16&atto.codiceRedazionale=18G00006&queryString=%3FmeseProvvedimento%3D%26formType%3Dricerca_semplice%26numeroArticolo%3D%26numeroProvvedimento%3D219%26testo%3Dinformato%26giornoProvvedimento%3D%26annoProvvedimento%3D2017¤tPage=1, accesso del 17.05.2018,

Il meccanismo, a ragione, sembra fuori controllo, ma una nota di speranza ci arriva dai giornali: pochi giorni fa, infatti, a uno dei siti di fake news tra i più attivi, Google ha revocato la monetizzazione *AdSense*, un sistema che genera introiti per ogni visita della pagina e ulteriori crediti per eventuali click sui banner degli sponsor. Decisamente una buona notizia.

In Italia, tocca ammetterlo, il problema è probabilmente più grave che altrove. I dati dell'*Eurobarometer* (*European Commission* 2014) ci indicano che 1 italiano su 2 ha un livello di alfabetizzazione sanitaria, altrimenti detta *HealthLiteracy*, problematica. Metà della popolazione quindi non dimostra di avere le capacità per affrontare una ricerca su temi di salute sul web e soprattutto per destreggiarsi tra i risultati della ricerca stessa, distinguendo fonti attendibili con contenuti inappuntabili, da siti meno nobili, animati dalle motivazioni sopradescritte.

Siamo al quart'ultimo posto in Europa e recenti pubblicazioni ci aiutano a comprendere la reale portata di questi dati.

I pazienti con un livello di alfabetizzazione congruo abusano meno di farmaci e pronto soccorsi, aderiscono con maggiore consapevolezza e sicurezza ai protocolli terapeutici prescritti, vengono ricoverati meno di frequente e sono meno soggetti a nuovi ricoveri entro 30 giorni dalla precedente dimissione.

Come se non bastasse, chi ha sviluppato le capacità di analizzare in maniera proficua le informazioni trovate sul web, ha anche un rapporto più sereno e soddisfacente con il proprio medico curante.

In definitiva si può dire che la *HealthLiteracy* ha ricadute molteplici sulla sicurezza dei pazienti, sulla qualità di vita dei cittadini, sulla qualità del lavoro degli operatori e sulla spesa sanitaria, rappresentando un vero e proprio problema di salute pubblica.

Se analizziamo inoltre l'*affaire* vaccini, con il crollo delle coperture sotto le soglie ottimali negli ultimi anni (Pezzotti 2018), comprendiamo come in un paese con un'alfabetizzazione sanitaria così problematica, il proliferare sui nuovi media di certe teorie possa poi, di fatto, tradursi in vere e proprie emergenze sanitarie.

Le previsioni per il futuro, tratteggiate in un recentissimo articolo pubblicato sul "The Economist", sono inquietanti: le nuove tecnologie permetteranno la creazione di audio digitali che riprendono dialoghi mai avvenuti, la produzione di immagini artefatte sempre meno distinguibili dal vero; anche i contenuti video, così importanti, come già detto, non saranno al sicuro.

Quali sono, quindi, gli approcci al problema? Come contrastare il proliferare incontrollato di notizie che, paventando cure miracolose o accusando quelle validate scientificamente di danni mai sostenuti da evidenze, potenzialmente arrivano a minare la salute della popolazione?

Molti gli approcci ipotizzati e provati sinora. Chi ha teorizzato meccanismi di censura e rimozione di certi contenuti ha immediatamente messo in allarme i difensori della libertà di pensiero, parola, stampa. Chi ha deciso di sviluppare plugin per social network e browser in grado di generare messaggi di allerta quando si apre un contenuto non affidabile, non ha fatto i conti con il livello medio, tutt'altro che elevato, delle competenze informatiche, che ne ha limitato potentemente la diffusione.

C'è infine il *debunking*. Attività nobile, che prende il nome dal verbo inglese *to debunk* (smontare) e che traduce egregiamente l'azione di alcuni esponenti del mondo scientifico che per amor di verità impiegano il loro tempo ad analizzare e sbugiardare con rigore ogni tassello delle notizie false circolanti in rete.

Attività nobile, ma inefficace e non in grado di modificare le sorti di questa battaglia dell'informazione, come suggerito da alcuni (Zollo 2017).

Il "Washington Post", dopo un periodo di prova, ha scelto di chiudere la sua rubrica *Whatwasfake*, semplicemente perché le persone più esposte a credere a una notizia falsa circolante su Internet, ignoravano l'esistenza di quella rubrica.

Di fatto, questa è la chiave di lettura: chi sostiene che le scie chimiche siano reali strumenti di controllo del clima (o delle menti!) ha ridottissime possibilità di visualizzare i contenuti proposti dai siti specializzati in *debunking* che trattano di scie chimiche, anche se condivisi sui social network. Qualora il seguace di una determinata teoria entri effettivamente in contatto con i suddetti contenuti, è più probabile che rimanga sulle sue posizioni o che, addirittura, rafforzi il suo credo.

In effetti i già citati algoritmi di Facebook contribuiscono significativamente a creare la cosiddetta *echo chamber* (camera dell'eco), una sorta di bolla comunicativa in cui rileggiamo in *loop* le cose che già pensiamo, visto che le piattaforme stesse tenderanno a riproporci scientificamente e sistematicamente contenuti affini a quello che abbiamo già dimostrato di apprezzare.

Una volta messo il primo "mi piace" a un post che parla dell'ultima prova a sostegno della correlazione tra autismo e vaccini (a scanso di equivoci, vale la pena di sottolineare che chi scrive, sulla scorta delle evidenze scientifiche disponibili, considera questa correlazione inesistente), compariranno subito contenuti simili, o peggio contenuti apprezzati da chi ha messo il suo "mi piace" alla medesima notizia. In un affascinante esperimento di "sociologia 2.0" pubblicato sulla rivista "Wired" qualche anno fa, Mat Hanon aveva per 48 ore sistematicamente dato il suo "mi piace" a contenuti, presenti sul suo *news feed*, a sfondo razzista: al termine dei 2 giorni la sua pagina era invasa da soli post razzisti, xenofobi e ultraconservatori. Questa è la logica del "*Daily Me*" teorizzata da Cass Sunstein, anche se il termine è stato brillantemente coniato da Nicholas Negroponte del MIT, che vede ciascuno di noi impegnato, quotidianamente, a sfogliare il "proprio"

giornale, in cui oltre ad “articoli” costruiti su cose che già pensiamo o reputiamo vere o giuste, non vi è nessuno spazio per aperture ad altri punti di vista o posizioni.

Quale prefazione migliore per ciò a cui assistiamo oggi: la polarizzazione, termine che descrive egregiamente quanto sta accadendo per i vaccini, ma si può tranquillamente estendere a tutte le altre credenze aberranti in materia di salute, descrive il contrapporsi di due eserciti che non comunicano realmente, né si fronteggiano efficacemente, troppo assordati dall'eco di ciò che ritengono vero e pertanto vogliono sentire.

La polarizzazione, prodotto perfetto della distopia comunicativa fatta di *edge ranking* e spersonalizzazione, sembra quindi l'epitaffio sulla questione *debunking*: inutile spiegare come stiano davvero le cose, quale sia l'evidenza scientifica dietro a una certa questione, se il destinatario del messaggio non è disposto ad ascoltare, ma così non è a giudizio di molti addetti ai lavori.

Tra quei due rumorosi eserciti, infatti rimane una popolosa terra di nessuno, di dubbiosi, di utenti saltuari del web, di persone naturalmente esitanti, di “finché non vedo non credo”, che fortunatamente rimangono ancora suscettibili a un'informazione scientifica valida e veritiera. In questa terra di mezzo funzionano ancora i toni pacati e le dimostrazioni argomentate.

Comunicare con i dubbiosi

A queste persone va dedicato lo sforzo massimo, che sostanzialmente riprende moltissimo di quanto trattato diverse righe fa: contenuti granitici dal punto di vista scientifico, con fonti accessibili, in una forma accattivante, che usi immagini, infografiche e video.

Accanto a questo sforzo nell'immediato, non si può però prescindere da un investimento formativo di lungo periodo.

L'unica cura efficace contro la carente alfabetizzazione sanitaria si trova tra i banchi di scuola, dando alle prossime generazioni gli strumenti per essere parte attiva in qualsiasi processo interessi la loro salute, sia una banale ricerca sul web, sia l'accettazione di una cura impegnativa, sia il superamento di comprensibili timori riguardanti le vaccinazioni dei propri figli.

È imperativo restituire fiducia, non genericamente nella classe medica, ma nel metodo scientifico e nei suoi assunti, *in primis* conoscendo questi ultimi, quindi affinando le capacità per distinguere un aneddoto da una regola, un'evidenza scientifica da una leggenda metropolitana.

Non si devono certo creare schiere di ricercatori ed epidemiologi, ma di cittadini che con maggiore consapevolezza possano attingere serenamente a quello che ormai è una risorsa imprescindibile, il web, con la serenità di poter distinguere il vero dal falso, un grafico di mortalità da uno che racconta il numero di casi di una malattia, il concetto di probabilità e quello di correlazione.

Come già discusso, anche in questo percorso, tutt'altro che breve o scontato, il medico deve farsi carico di un ruolo di comprimario, intercettando dubbi, insicurezze e paure e affrontandoli senza svilirli.

I pazienti, infatti, che giungono in ambulatorio dopo aver fatto le loro ricerche su internet ed essersi costruiti un'idea, a volte quasi incrollabile, richiedono un approccio codificato; spesso, inutile negarlo, è frustrante interagire con queste premesse, ma non si può né si deve cedere alla tentazione di farlo con superiorità o mal celata impazienza, ricorrendo magari al cartello “la mia laurea in medicina non vale la sua ricerca su Google”, che ormai potete comprare anche in forma di tazza o di maglietta, per tutte le professioni in cui ci sia un titolo da ostentare.

Scendere sullo stesso campo

La letteratura, infatti, ci dimostra che questi pazienti con un “vissuto digitale” hanno più bisogno di altri di portare il curante sul proprio campo di gioco, per condividere l'esperienza fatta e farsi quindi guidare verso le scelte di salute migliori. Rinunciare ad assecondare questa richiesta o a contrastare nei giusti tempi certi dubbi, comporta il rischio di perdere uno spazio di confronto efficace e positivo con questi pazienti, con la possibilità di far loro prendere in via definitiva un percorso di allontanamento da noi e, troppo spesso, dalla scienza.

Per 8 pazienti su 10 ancora oggi il medico è la prima fonte a cui si attinge in caso di un problema di salute: questo patrimonio non va in nessun modo dissipato, perché le fake news si combattono più efficacemente tra le quattro mura di un ambulatorio che davanti a uno schermo.

Da queste premesse nasce l'iniziativa promossa dalla FNOMCEO, che dal 16 febbraio 2018 ha messo online il suo portale dedicato al contrasto delle fake news: www.dottoremaeveroche.it

Esso è composto di una sezione di più classico *debunking*, dedicata al cittadino, che potrà trovare risposte semplici e argomentate alle più comuni domande in tema di salute, e una



Figura 3.
Home page del portale della FNOMCeO (da www.dottoremaeveroche.it).

sezione dedicata agli operatori con un vero e proprio “kit di primo soccorso comunicativo” composto da infografiche, da condividere con il proprio paziente durante le spiegazioni di determinati argomenti, tutorial per la gestione di interazioni complesse e brevi clip.

Il tutto è integrato efficacemente con le risorse bibliografiche presenti sulla banca dati EBSCO per ottimizzare anche quest'ultimo importante investimento di FNOMCEO a favore dell'aggiornamento dei colleghi.

Il gruppo di lavoro è una sintesi perfetta di quella multidisciplinarietà di cui si è sottolineata l'importanza: esperti di *debunking*, medici, giornalisti scientifici, esperti di comunicazione e di sistemi digitali, con un fine comune: provvedere a un portale che possa diventare un punto di riferimento inattaccabile per tutti coloro che vogliano verificare la veridicità di un'informazione.

Importante anche che in questo percorso siano attivamente coinvolti i giornalisti, perché un messaggio nuovo deve coinvolgere anche la loro categoria, affinché sempre meno si ricorra al sensazionalismo quando si parla di salute o di sanità.

Conclusioni

I risultati sin qui ottenuti sono estremamente promettenti, come dimostrato, tanto dall'importante eco mediatica generata da questa iniziativa, quanto dai risultati dello strumento stesso a livello di utenza.

Nei primi 80 giorni di vita il sito ha registrato oltre 100.000 visite, con una media di 1200 nuovi utenti al giorno, risultato ragguardevole, se comparato con quello di portali di natura istituzionale.

Dai dati in nostro possesso si evince la capacità di intercettare efficacemente ampie fasce di popolazione dal punto di vista anagrafico.

Il maggiore coinvolgimento dei segmenti 45-54 (22,30%) e 35-44 (21,45%) è estremamente promettente, visto che, come dimostrato in letteratura, è proprio in queste fasce di età che sedimentano alcune informazioni distorte di ambito sanitario, rischiando di portare a scelte incongrue.

L'impegno di promozione dei contenuti sui social media, estremamente efficace, permette inoltre di avvicinare le fasce di utenza più giovane, ricevendo inoltre preziosi feedback su ulteriori schede da sviluppare.

In una recente survey, su un campione di 514 responders, il voto di gradimento medio espresso è stato di 7,43/10 e tra gli elementi più apprezzati dagli utenti ritroviamo quelli indi-

viduati come pietre angolari del sito: trasparenza sulle fonti, sugli intenti e sugli autori; importanza dei contenuti sviluppati; accessibilità e facilità di lettura dei contenuti.

Il 93,3% ha inoltre dichiarato che utilizzerà ancora il portale in futuro.

Da questa esperienza preliminare si spera di poter sviluppare un corso residenziale da tenere presso gli ordini provinciali e una FAD sui temi delle strategie comunicative in situazioni sfavorevoli: un sostanziale contributo all'esigenza di rinnovamento più volte richiamata.

C'è la consapevolezza che concentrare tutti i nostri sforzi e risorse a contrastare le fake news o bufale, per usare un termine più nostrano, corrisponderebbe al tentativo di svuotare un lago usando dei secchielli: molta fatica, un illusorio abbassamento del livello nei mesi d'estate più secchi e altrettanta frustrazione alla successiva stagione delle piogge.

Bene, dunque, che i medici elaborino strategie comunicative nuove con il supporto degli esperti di settore, bene che le istituzioni sostengano quanti già impegnati a garantire un'informazione sanitaria trasparente e accessibile, ma nell'agenda politica i lavori della diga vanno cominciati adesso, rilanciando il senso critico e l'autonomia decisionale degli adulti di domani, con integrazioni efficaci e credibili ai percorsi formativi.

Bibliografia

- Aldunate N, Villena-González M, Rojas-Thomas F, et al. *Mood detection in ambiguous messages: the interaction between text and emotions*. Front Psychol 2018;9:423.
- Allcott H, Gentzkow M. *Social media and fake news in the 2016 election*. J Economic Perspectives 2017;31:211-36.
- Anelli F, Mannheimer R, Del Vecchio M, et al. *Comunicare la sanità. L'esperienza innovativa dell'Ordine dei Medici di Bari nel contesto europeo tra new media e nuovo ruolo delle istituzioni*. Bari: Edizioni Di pagina 2017.
- Aponte-Patel L, Sen A. *Improved perception of communication and compliance with a revised, intensive care unit-specific bedside communication sheet*. Am J Med Qual 2015;30:578-83.
- European Commission. *European citizens' digital health literacy*. 2014.
- Pezzotti P, Bellino S, Prestinaci F, et al. *The impact of immunization programs on 10 vaccine preventable diseases in Italy: 1900-2015*. Vaccine 2018;36:1435-43.
- Townsend-Gervis M, Cornell P, Vardaman JM. *Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes*. West J Nurs Res 2014;36:917-28.
- Vosoughi S, Roy D, Aral S. *The spread of true and false news online*. Science 2018;359:1146-51.
- Zollo F, Bessi A, Del Vicario M, et al. *Debunking in a world of tribes*. PLoS One 2017;12:e0181821.

Fake news e vaccini: un problema educativo?

Fake news and vaccines: an educational problem?

CLAUDIO PENSIERI¹, SILVIA ANGELETTI², MASSIMO CICOZZI³

¹ **Direzione Clinica, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma**

² **Unit of clinical laboratory science, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma**

³ **Unità di statistica medica ed epidemiologia molecolare, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma**

Premessa. L'Italia ha da poco affrontato il problema del calo vaccinale. Le coperture per i vaccini obbligatori si sono mantenute al di sopra della soglia target del 95% dal 2002 al 2013, per poi diminuire fino a circa il 93%.

Descrizione. La copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia (MPR) è aumentata dal 2000 al 2010, fino a raggiungere il 91%, per poi diminuire drasticamente fino all'85%.

La copertura relativa alla vaccinazione contro la varicella in otto Regioni pilota nel 2014 si è mantenuta da un minimo del 51% a un massimo dell'84%. Nel nostro Paese potremmo dire che i vaccini sono stati vittime del loro successo, perché il fatto di aver ridotto drasticamente molti casi di malattie infettive ha portato la gente a pensare che non essendoci più casi di una determinata malattia era inutile vaccinarsi.

Inoltre una delle principali criticità che ha contribuito al propagarsi delle false informazioni è stato il moltiplicarsi su internet di informazioni false alle quali la popolazione ha creduto (e in alcuni casi ancora crede) che non hanno alcun fondamento scientifico. Infatti il 44% dei genitori di bambini in età da vaccino ammette di aver cercato informazioni su internet al momento della decisione. Più di 8,8 milioni di italiani sono caduti in fake news riguardanti la salute.

Conclusioni. È interessante notare che il percorso di circolazione delle fake news sui vaccini segue un processo inverso rispetto ad altre notizie (tipo le fake news sulla politica) ovvero, le fake news sui vaccini hanno origine da privati (forum o blog) e poi si diffondono in massa, confondendo e disorientando i dubbiosi e rinsaldando le idee dei no-vax.

Il problema diventa quindi educativo, come educare le persone a leggere i dati scientifici? A capire le ricerche? A distinguere l'importanza di articoli di blog rispetto a PubMed?

Parole chiave: Vaccini, fake news, social media, educazione, pedagogia sanitaria, epidemiologia

Premise: Italy has recently faced the problem of vaccine decline. Target for mandatory vaccines is maintained above the 95% (2002-2013) and then decrease to around 93%.

Description: The vaccine coverage for measles, mumps and rubella (MPR) increased from 2000 to 2010, reaching 91%, and then drastically reduced to 85%. Coverage for varicella vaccination in eight regions in 2014 was maintained from a minimum of 51% to a maximum of 84%. In our country we could say that the vaccines have been victims of their success, because the fact of having drastically reduced many cases of infectious diseases has led people to think that since there are no more cases of a certain disease it was useless to get vaccinated. It is a critical truth for the information that has been made on the Internet. In fact 44% of parents of children of vaccine age admit to have looked at information on the internet at the time of the decision. More than 8.8 million Italians have fallen into fake news about health.

Conclusions: It is interesting that the circulation of fake news on vaccines follows a reverse process compared to other

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

Claudio Pensieri
Direzione Clinica Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
via Álvaro del Portillo 200, 00128 Roma
e-mail: c.pensieri@unicampus.it

fake news (like political ones). The vaccine's fake news originate from private individuals (forum or blog) and then spread en masse, confusing and disorienting the doubters and strengthening the ideas of no-vax.

So the problem becomes an educational one, how can we educate people to read scientific data? How can we teach them to understand a research? How can we teach them to distinguish the importance of blog articles compared to PubMed one?

Key words: Vaccines, fake news, social media, education, health education, epidemiology

Introduzione

Secondo la ricerca pubblicata dall'Health web observatory¹ il 44% dei genitori di bambini in età da vaccino ammette di aver cercato informazioni su internet al momento della decisione.

Secondo il 14° Rapporto CENSIS-Ucsi sulla comunicazione "I media e il nuovo immaginario collettivo" (Fondazione CENSIS 2017) gli italiani sono una popolazione che utilizza i mezzi di comunicazione mass-mediatici per ricercare informazioni. Nonostante l'introduzione dei nuovi mezzi di comunicazione (web-tv, mobile tv, smartphone ecc.) la televisione negli ultimi 10 anni conferma di avere un'ottima tenuta sulla popolazione italiana. La TV si conferma essere il mass-media più diffuso con una pervasività del 92,2% di utenza complessiva. Inoltre sembra si stia adattando bene (al contrario dei giornali e dei libri) alle nuove tecnologie,

affiancando al media tradizionale le nuove web tv e mobile tv (Fig. 1).

Anche la radio tiene bene, nonostante le nuove tecnologie, anche se il mezzo più utilizzato dagli italiani per ascoltarla rimane l'autoradio (Fig. 2)

Ovviamente in forte flessione si attesta l'utilizzo del cellulare "basic" (ormai utilizzato da anziani e dalle aziende per i propri dipendenti), mentre in grandissima ascesa troviamo gli "smartphone".

La connessione a internet risulta presente e utilizzata dal 75,2% degli italiani (molto di più tra i giovani fino a 29 anni – 90,5%, mentre i senior fino a 44 anni circa il 87,8%, che tra gli anziani oltre i 65 anni – 38,3%) (Fig. 3).

In caduta libera invece si dimostra il mondo della carta stampata.

Non sembrano infatti avere lo stesso "appeal" i quotidiani cartacei e quelli informatici.

Tutto il settore della carta stampata è in discesa mentre non è in salita il suo omologo informatico.

Quotidiani web (25,2%) e *E-readers* (9,6%) non riescono a supplire alla caduta della loro versione cartacea (Fig. 4).

¹ <http://www.sanofi.it/it/it/layout.jsp?cnt=E779D040-43A3-4B7E-8A98-862AF9E823C0>

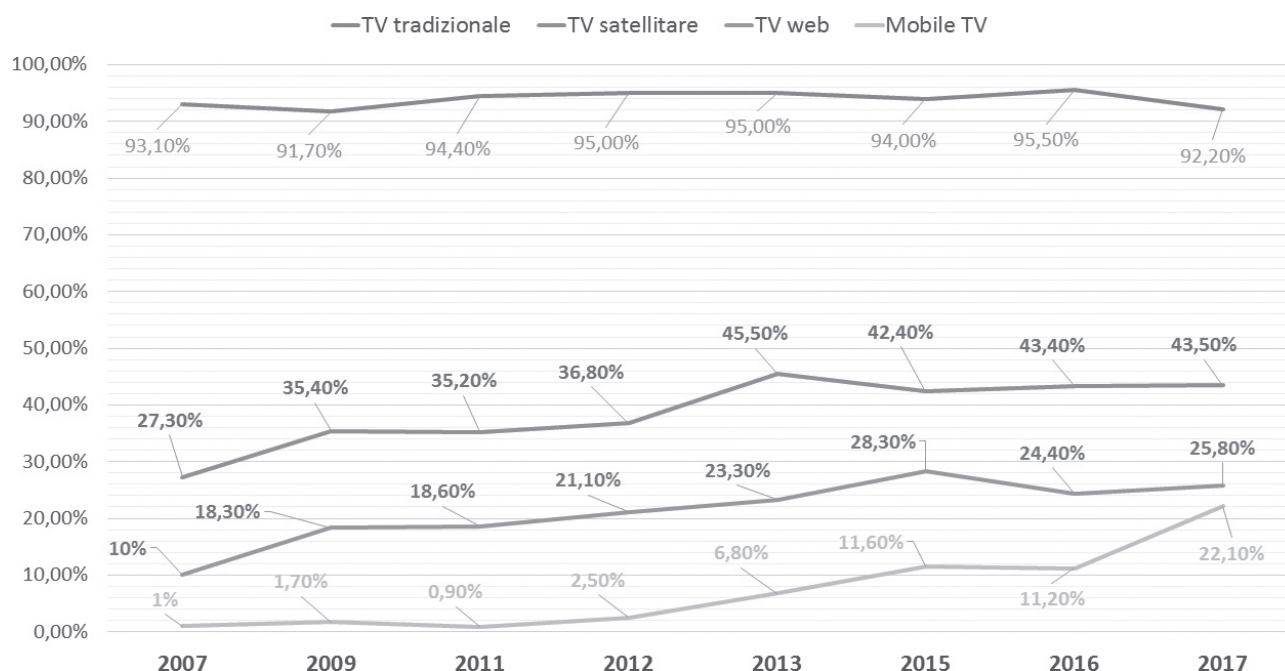


Figura 1. Trend annuale di pervasività della TV.

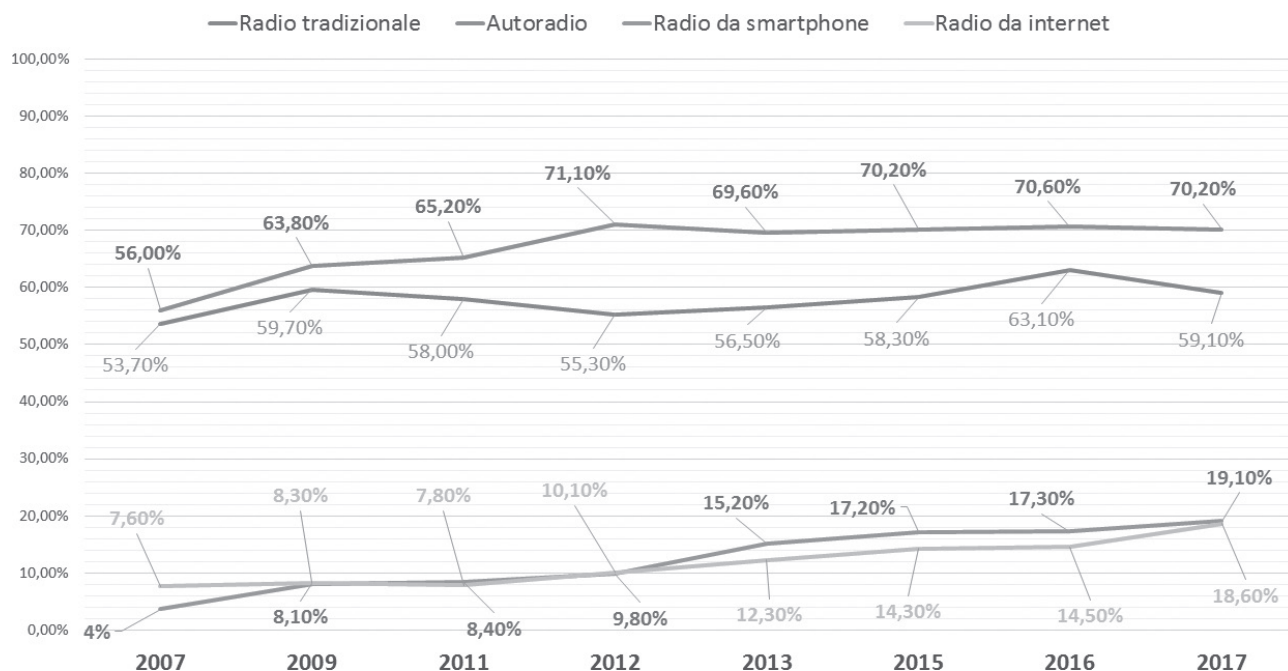


Figura 2. Trend annuale di pervasività della Radio.

Dall'indagine Censis del 2017 si evince che gli utenti di WhatsApp (il 65,7% degli italiani) coincidono praticamente con le persone che usano lo smartphone, mentre circa la metà degli italiani usa i due social network più popolari: Facebook (56,2%) e YouTube (49,6%).

Importante è il passo in avanti compiuto da Instagram, che in due anni ha raddoppiato la sua utenza (nel 2015 era al 9,8% e oggi è al 21%), mentre Twitter resta attestato al 13,6%.

Anche i social network, però, si stanno uniformando al modello della comunicazione integrata, per cui da semplici

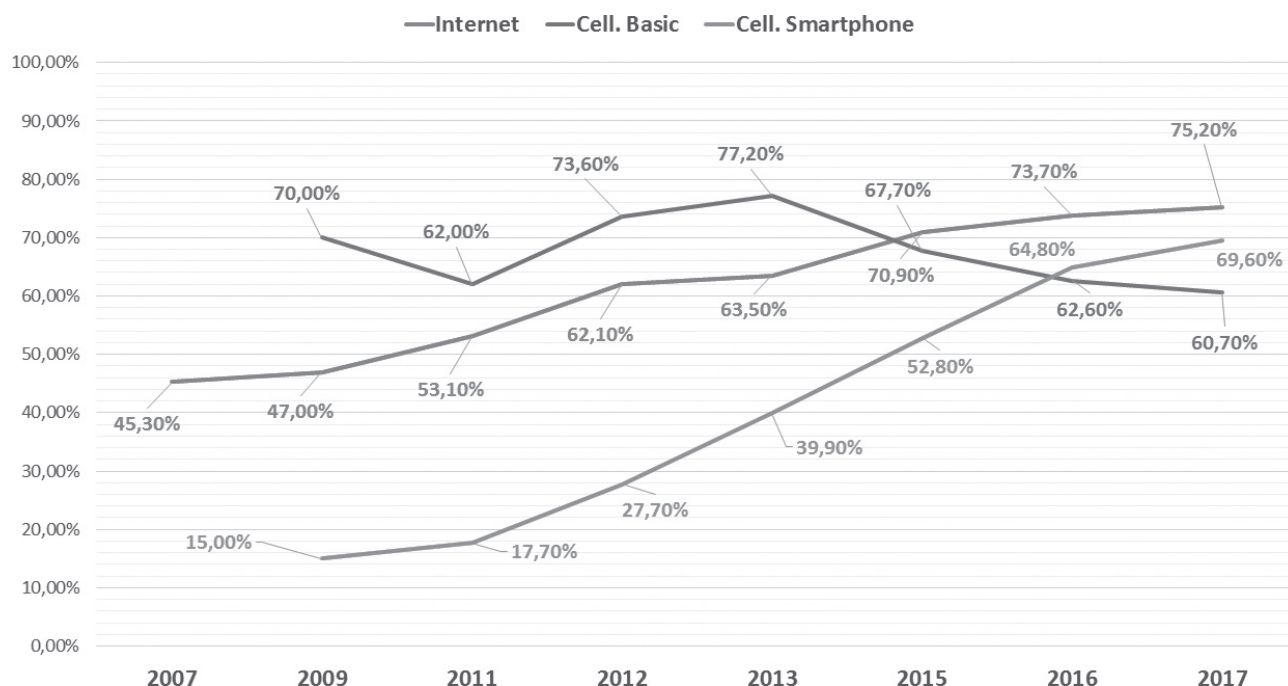


Figura 3. Trend annuale di pervasività dei cellulari.

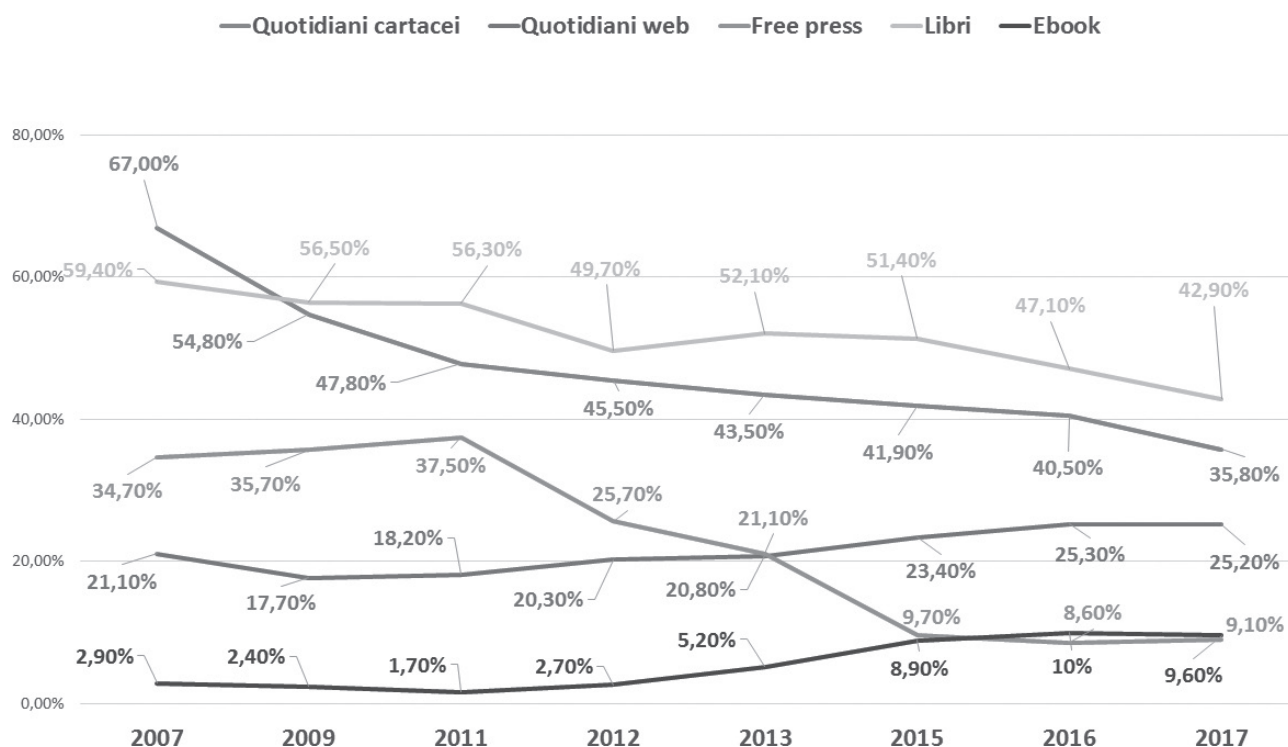


Figura 4. Trend annuale di pervasività dei quotidiani e libri.

reti di messaggistica tendono sempre di più a diventare piattaforme multicanale di distribuzione di contenuti (dall'informazione alle fiction, fino agli eventi sportivi, diffusi dal centro verso la periferia del sistema) (Fondazione CENSIS 2017, p. 2) (Fig. 5).

La grande novità dell'ultimo anno (2016-2017) è rappresentata dalle piattaforme che diffondono servizi digitali video e audio, come ad esempio Netflix o Spotify.

Oggi l'11,1% degli italiani guarda programmi dalle piattaforme video e il 10,4% ascolta musica da quelle audio. Il dato è più elevato tra le persone più istruite, diplomate e laureate (rispettivamente, il 14,1% e il 13,3%), e praticamente raddoppia tra i più giovani: il 20,6% degli under 30 si connette ai servizi video e il 22,6% a quelli audio.

Al di là delle quote di utenza, il fenomeno è interessante soprattutto perché tali sistemi di diffusione di contenuti in rete rappresentano il veicolo principale del cambiamento che si sta verificando nel sistema dei media, cioè il passaggio dalla rete aperta alle piattaforme multicanale.

In questo modo, l'accesso ai contenuti preferiti attraverso tali servizi diventa ancora più personale e sganciato da ogni limite, sia di spazio e tempo, che in termini di dispositivo impiegato.

È lo stesso concetto di rete che comincia a modificarsi: la rete diventa il veicolo della diffusione di contenuti che, pur viaggiando da un centro alla periferia, possono essere fruiti dagli utenti come e quando vogliono (Fondazione CENSIS 2017, p. 8).

Ma le fonti a cui gli italiani attingono per formare le loro opinioni sono quelle a cui comunemente pensiamo.

La televisione si trova al primo posto con il 28,5% delle risposte, ma bisogna considerare che quanti prendono in considerazione internet in generale (26,6%) sono stati differenziati da quelli che invece attingono principalmente ai social network (27,1%).

Sommando i due dati si arriva complessivamente al 53,7%.

Tra i più giovani internet e i social network si attestano insieme al 56% e nella fascia d'età immediatamente superiore addirittura al 66,6%, con la tv relegata al 16,3%.

Con l'avanzare dell'età cresce l'influenza esercitata dai media più tradizionali, con la tv al 48,9% nella fascia tra i 65 e gli 80 anni (Fondazione CENSIS 2017, p. 16).

Questo breve excursus nel mondo della comunicazione e dell'informazione è necessaria per stabilire il confine tra fake-news, disinformazione e misinformazione.

Per disinformazione s'intende la creazione di notizie false, una vera e propria fabbricazione di notizie che passano attraverso i canali e i mass-media ufficiali, per esempio, si tratta di disinformazione se leggiamo un articolo di un giornale in cui si parla di un comizio politico o di una manifestazione pro-aborto in cui si parla di una piazza gremita di persone (ma con una foto di repertorio) e in realtà alla manifestazione hanno partecipato solo un centinaio di persone (ma hanno inserito una foto di repertorio per non mettere una foto con solo un centinaio di persone).

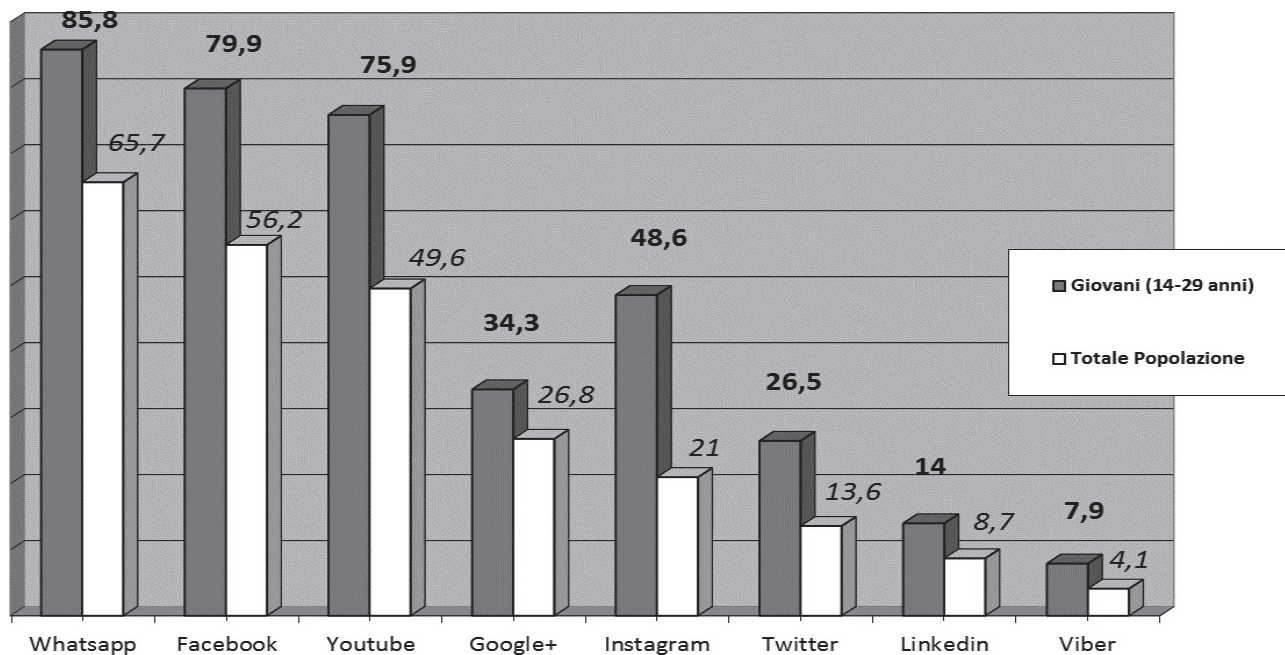


Figura 5. Percentuale di utilizzo dei Social Network in Italia.

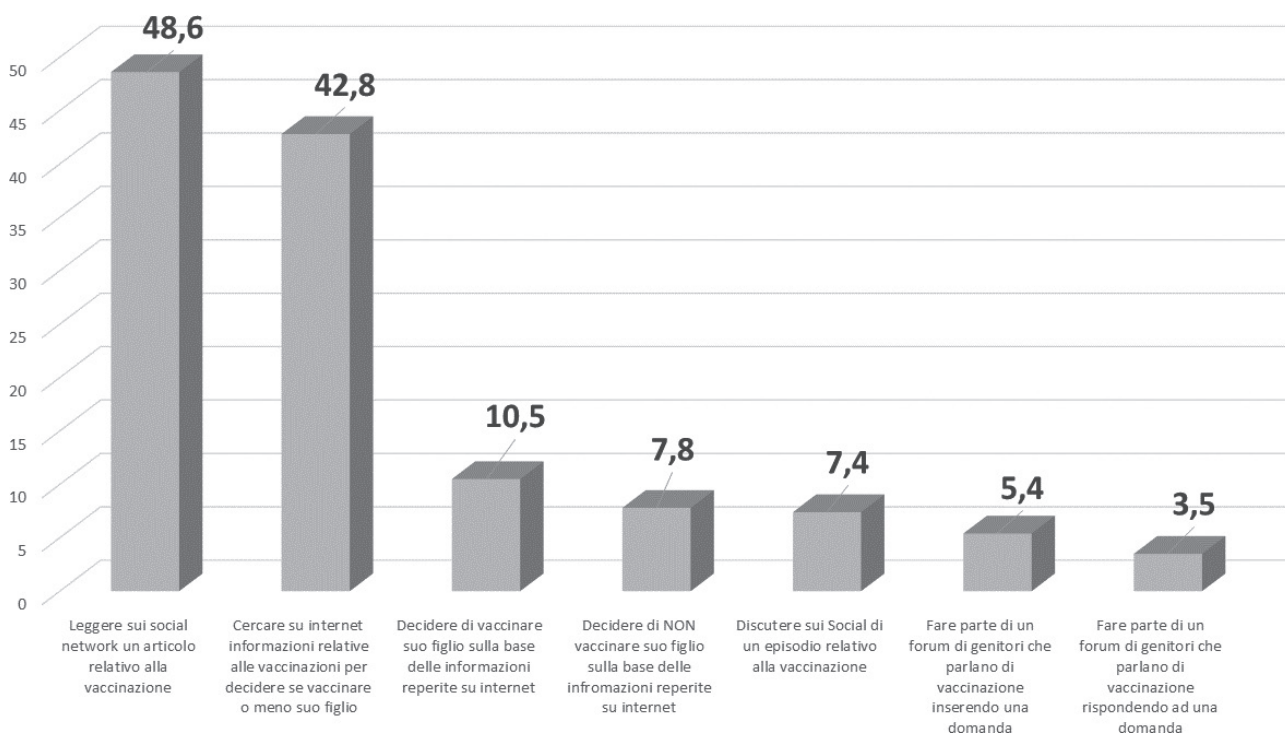


Figura 6. Modalità di utilizzo di Internet rispetto alla vaccinazione da parte dei genitori italiani (val. %).

Per misinformazione invece s'intende la diffusione involontaria di notizie false. Ovvero quando una persona condivide sui social network informazioni e articoli che "crede" siano veri.

Le fake news invece sono notizie false diffuse appositamente sul web e mediante i social media.

Alla base della fabbricazione delle fake news, c'è la precisa volontà di condizionare la volontà altrui.

La produzione di queste notizie avviene con l'utilizzo di tecniche che influenzano notevolmente il lettore: titoli forti, immagini, video e infografiche accattivanti.

Secondo una ricerca del Censis e di Assosalute: le fake news non sono solo in grado alterare il dibattito politico, ma anche di influenzare anche i comportamenti, soprattutto nella cura della salute:

- 28,4% degli italiani consulta siti web per cercare informazioni sulla salute;
- 17% consulta siti web generici (mypersonal trainer, google ecc.);
- 6% siti istituzionali (dottoremaeveroche; PubMed ecc.);
- 2,4% i social network (sottorappresentato).

In base a questa ricerca su 15 milioni di persone che hanno cercato informazioni sul web per curare la propria salute, circa 8,8 milioni di persone sono state vittime di notizie mediche false o errate.

Sfortunatamente sul web, in tema di salute, non si cercano solo informazioni. Sempre più utenti utilizzano i social media per condividere opinioni ed esperienze riguardo a patologie, farmaci o prodotti terapeutici.

Le conversazioni sui social producono enormi quantità di dati non strutturati e diventa difficile per l'utente comune verificare il grado di attendibilità (scientifica) di ciò che legge.

Per esempio, il tema della vaccinazione è un "hot topic" sui social (Fig. 6).

Secondo Vaccaro (Vaccaro 2014), oltre il 40% dei genitori utilizza Internet per cercare informazioni al momento della scelta della vaccinazione dei propri figli.

I vaccini sono la fonte primaria di protezione da malattie gravi e potenzialmente mortali, essi sono uno dei più potenti strumenti di prevenzione a disposizione del servizio di sanità pubblica.

Le campagne estese di vaccinazione hanno permesso di cambiare radicalmente l'incidenza di malattie contagiose e hanno contribuito a migliorare lo stato di salute della popolazione mondiale, tanto da rimuovere in molte generazioni sia la conoscenza diretta, sia la memoria di alcune di queste malattie potenzialmente letali.

Più del 78% dei genitori intervistati (dopo aver consultato siti istituzionali: Ministero della Salute, ISS ecc.) ammettono di essersi imbattuti in informazioni connotate negativamente (Fig. 7).

Tra le cause che sembrano essere alla base di questa ricerca superficiale di informazioni possiamo trovare: la scarsa educazione a una cultura della salute, una crescente disinformazione attuata soprattutto per mezzo dei social network e quindi un'insufficiente informazione scientifica che coadiuva l'aderenza a credenze nate da una scarsa conoscenza del progresso e della metodologia scientifica infine persino l'indivi-

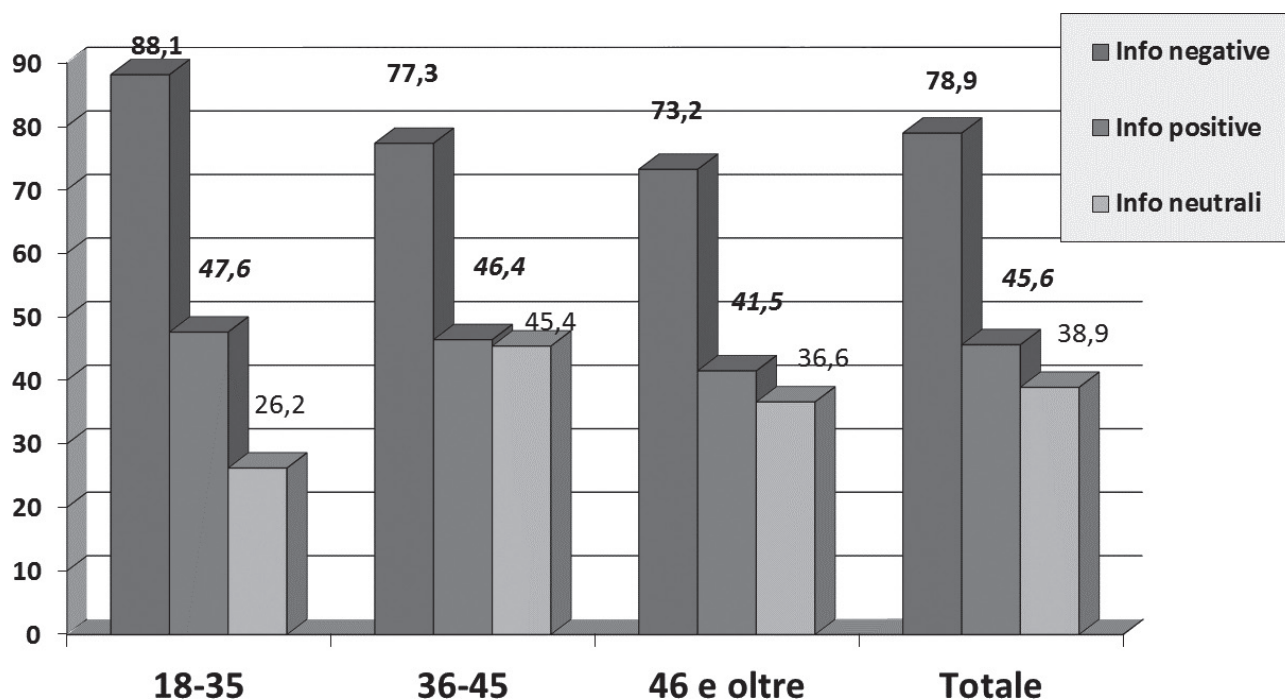


Figura 7. Tipologia di informazioni online sui vaccini reperite dai genitori (val. %).

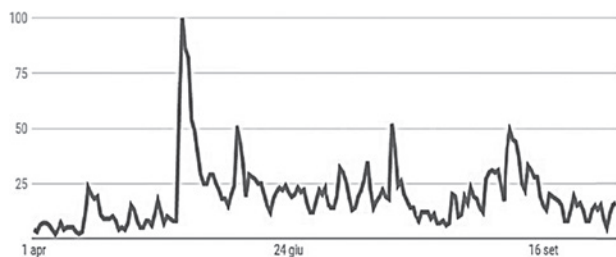


Figura 8. Trend della ricerca (apr-sett. 2017) di parole chiave su Google (fonte: Google Trends).

dualismo prevalente, che porta a dimenticare i doveri verso la collettività.

È pur vero che negli anni la medicina ha avuto sempre più mala-visibilità sulla stampa e sulla diffusione mass-mediata. *Bad-news is good news* è il motto dei giornalisti che danno enfasi ai pochi casi di malasanità rispetto ai milioni di casi giornalieri di buona-sanità.

Purtroppo questo ha contribuito a far progressivamente perdere alla sanità italiana quella credibilità che, nel tempo, l'istituzione e il ruolo sociale avevano fatto acquisire.

Dobbiamo anche dire che il popolo italiano utilizza Google per ricercare molte informazioni sulla salute.

Utilizzando "Google Trends" possiamo notare che la maggior frequenza di ricerca della query "vaccini" si è registrata all'indomani della prima approvazione del decreto Vaccini da parte del Consiglio dei Ministri (19 maggio 2017), mentre altre punte di interesse sono state collegate all'approvazione del decreto (7 giugno) e della legge di conversione (31 luglio), così come all'inizio dell'anno scolastico (settembre).

I picchi registrati ovviamente mettono in luce come Internet giochi un ruolo strategico in cui i genitori approfondiscono notizie di cronaca e di salute (Fig. 8).

Quanto alle città, secondo Google Trends, le ricerche più ricorrenti effettuate su Google sul termine "Vaccini" sono avvenute a Udine, Treviso e Roma.

La maggior frequenza riscontrata al Nord può ricondursi (in parte) alla posizione assunta dalla Regione Veneto che aveva presentato ricorso contro il decreto-legge 7 giugno 2017 n. 73 del Consiglio dei Ministri (Fig. 9).

Dal 2013 al 2016 c'è stato un calo notevole nelle vaccinazioni non solo per le 4 che prima del provvedimento legislativo sull'obbligo erano obbligatorie, ma anche per quelle raccomandate, prima fra tutte quella contro il morbillo. Questo probabilmente è dovuto alla disaffezione nei confronti dei vaccini, perché cala la percezione del rischio di malattie. Inoltre, c'è una responsabilità anche delle fake news che circolano su Internet e che hanno talvolta associato i vaccini ad altre patologie, per esempio il vaccino contro il morbillo all'autismo. Questo non è vero e bisogna combattere queste bufale perché i vaccini sono prodotti efficaci e sicuri.



Figura 9. Frequenza della ricerca per area geografica (fonte: Google Trends)

Un programma vaccinale ben eseguito è fondamentale per rispondere alla domanda di quante morti sono state evitate con la vaccinazione preventiva.

Sebbene l'introduzione delle vaccinazioni abbia determinato una diminuzione della morbosità e della mortalità dovute alle malattie infettive, la bassa percezione del rischio e le crescenti preoccupazioni sulla sicurezza dei vaccini da parte dei cittadini che sempre più cercano notizie in Internet e dalle quali vengono puntualmente ingannati, hanno portato, negli ultimi anni, a una riduzione della copertura vaccinale.

La copertura vaccinale è un dato importante per valutare la prestazione di un programma vaccinale. In Italia si è registrato un aumento fino al 2010, seguito da un trend in calo.

In particolare, le coperture per i vaccini obbligatori si sono mantenute al di sopra della soglia target del 95% dal 2002 al 2013 per poi diminuire fino a circa il 93%.

La copertura vaccinale per morbillo, parotite e rosolia (MPR) è aumentata dal 2000 al 2010, fino a raggiungere il 91%, per poi diminuire drasticamente fino all'85%.

La copertura relativa alla vaccinazione contro la varicella in otto Regioni pilota nel 2014 si è mantenuta da un minimo del 51% a un massimo dell'84%.

Se non viene mantenuto un livello ottimale di copertura vaccinale, malattie che sono state temporaneamente eliminate in Italia, come poliomielite o difterite, possono riemergere perché gli agenti infettivi continuano a circolare in tutto il mondo.

Tabella I.*Tassi di copertura vaccinale in Italia.*

Malattie prevenibili da vaccino	Periodo di valutazione pre-vaccinazione	Periodo di valutazione post-vaccinazione	Tassi di morbosità pre-vaccinazione (per 100.000 ab.)	Tassi di morbosità post-vaccinazione (per 100.000 ab.)	Numero di casi evitati (I.C. 95%)
Difterite	1901-1938	1939-2015	53,03	11,42	1.832.142 (1.540.355-2.167.723)
Tetano	1955-1962	1963-2015	1,45	0,39	30.818 (29.905-32.824)
Poliomielite	1925-1963	1964-2015	5,23	0,06	198.279 (162.693-241.572)
Epatite B	1987-1990	1991-2015	5,52	2,53	41.675 (39.092-51.341)
Pertosse	1925-1994	1995-2015	42,79	3,97	234.958 (82.466-566.026)
Morbillo	1901-1998	1999-2015	183,16	5,93	277.417 (187.579-400.312)
Parotite	1936-1998	1999-2015	60,45	13,11	1.026.714 (634.083-1.624.411)
Rosolia	1970-1998	1999-2015	35,94	2,61	226.478 (158.679-319.240)
Varicella	1925-2002	2003-2015	86,91	124,65	679.512 (617.171-744.353)
Meningococco	1976-2004	2005-2015	0,84	0,27	1563 (1235-1936)

IC: intervallo di confidenza.

La vaccinazione contro la pertosse è stata raccomandata dal 1961, anno di introduzione del vaccino, ma la copertura è rimasta bassa fino al 1995. La vaccinazione contro il morbillo è stata introdotta nel 1976, quella per la parotite nel 1982 e quella per la rosolia nel 1972. La copertura vaccinale è rimasta sempre bassa fino al 1999.

La vaccinazione contro la varicella è stata introdotta soltanto in 8 Regioni con una copertura vaccinale nazionale del 30%.

Da evidenziare osservando i tassi di morbosità prima e dopo l'introduzione dei vaccini, come i programmi di vaccinazione, hanno evitato oltre 4 milioni di casi. Di questi, circa il 35% avrebbe riguardato i bambini nei primi anni di vita. La difterite è stata la malattia con il maggior numero di casi evitati, seguita da parotite, varicella e morbillo (Pezzotti et al. 2018) (Tab. I).

Antivaccini

Secondo Davies (Davies et al. 2002), nel 2002 era molto probabile trovare contenuti contro le vaccinazioni in Internet rispetto ad altre fonti d'informazione e che, a seconda del motore di ricerca utilizzato, si avevano percentuali diverse di possibilità di trovare per primi siti di antivaccinatori.

Ad esempio utilizzando Google e cercando la parola "vaccination" i primi 10 siti trovati erano contro i vaccini.

Negli ultimi anni invece c'è stato un miglioramento della presenza di siti pro-vaccini, grazie al lavoro delle società scientifiche e delle istituzioni, oggi si sta assistendo a una sempre maggiore attività in questo senso.

Attualmente infatti probabilità di trovare siti pro o contro le vaccinazioni varia anche a seconda del termine utilizzato per la ricerca ma se si digita su google.it la parola "vaccino", i primi 10 siti trovati sono tutti a favore, lo stesso ovviamente se si utilizza "vaccinazione" o il termine "immunizzazione". Non si può negare che comunque ci sono ancora parti del web che sono ancora dominate dagli antivaccinatori, come Youtube in cui ricercando la parola "vaccino" (accesso del

08.05.2018) tra i primi 12 risultati 5 erano a favore, 6 erano dei video riguardanti "l'atto della vaccinazione" e 1 era una canzone per bambini "La canzone della punta".

Un risultato interessante visto che nel 2013 la stessa ricerca aveva portato a risultati differenti: 7 risultati 4 erano contrari e solo 3 favorevoli (Rosati 2016). Dato confermato dal lavoro di Keelan sul Jama (Keelan 2007), che sottolinea l'importanza e l'efficacia dei filmati su Youtube in confronto ad altre metodologie comunicative; infatti il video è spesso più accattivante e più facilmente seguito (Davies 2002).

Secondo gli studi del professor Grignolio (Grignolio 2016), docente di storia della medicina all'Università Sapienza di Roma, i genitori che hanno paura dei vaccini hanno un livello culturale medio alto e sono economicamente benestanti. Le ricerche neuropsicologiche evidenziano come questo genere di persone abbia un'alta percezione del rischio, in quanto possiede gli strumenti cognitivi per consultare le tematiche specifiche su Internet e leggere un'ampia gamma di informazioni, per lo più sbagliate, che la rete riporta e, quindi, sono le uniche che si espongono, paradossalmente, al carico informativo eccessivo, contraddittorio e colmo di rischi sul tema dei vaccini. Inoltre, il loro status sociale spesso tende ad avvicinarli agli approcci di tipo naturista e quindi contrario all'uso dei farmaci.

Sono proprio queste persone che rifacendosi a testi – cartacei o digitali – che sconsigliano le vaccinazioni e che sostengono che la vera protezione non risiede nella vaccinazione, ma nell'individuare i bambini fortemente immunodepressi e nell'irrobustire il loro sistema immunitario tramite una cor-

retta alimentazione, norme igieniche adeguate e interventi medici specifici, quasi mai di tipo farmacologico².

È da tener presente che secondo l'*Health Web Observatory* 2017 il "sentiment" relativo alle key words del mondo dei vaccini è frequentemente negativo (44% delle menzioni analizzate), anche se quasi altrettanto spesso si registrano connotazioni neutrali (40%).

È come se Internet fosse utilizzato dagli antivaccinisti per creare notizie contrarie e rinforzarsi a vicenda le proprie convinzioni, mentre i favorevoli lo sono e lo rimangono senza fare "pubblicità" alle proprie opinioni su Internet, il restante "neutrale" sembra forse essere il più "dubbioso" e che non ha un'idea chiara da portare avanti (Fig. 10).

Da un'analisi dei commenti sui social network risulta un grande problema il fatto che questi gruppi si autoalimentino tra loro.

Analizzando nello specifico i commenti e i post è possibile capire che molta parte del pubblico "dubbioso" non ha delle basi scientifiche/culturali adeguate per confrontarsi su tematiche scientifiche, anche se molti dubbi citati erano decisamente "grossolani", fa impressione il fatto che i no-vax non siano pronti a un dibattito scientifico reale, i loro gruppi sono chiusi e selezionano l'ingresso delle persone che possono partecipare ai dibattiti, utilizzano dati non affidabili o stravolgono dati reali che, non essendo analizzati secondo il metodo scientifico, venivano decontestualizzati per sostenere tesi antivacciniste e fortemente smentite dalla scienza ufficiale.

Le fake news e le discussioni sui vaccini possono essere racchiuse in alcune grandi categorie:

- teorie complottistiche (aziende farmaceutiche in connubio con lo Stato italiano, per l'interesse di pochi);
- teoria del danno nascosto (i vaccini creano danni che nessuno vuol far sapere);
- teoria dei materiali dannosi (le sostanze contenute nei vaccini sono tossiche e possono uccidere);
- teoria delle reazioni immunitarie inspiegabili e sicurezza dei rimedi alternativi (mettere insieme i bambini non vaccinati a quelli con delle malattie – tipo il morbillo – per farlo prendere ai bambini).

Pur essendo gli italiani un popolo soggetto alle fake news, secondo il 14° Rapporto CENSIS-Ucsi sulla comunicazione "I media e il nuovo immaginario collettivo" (Fondazione Censis 2017) e secondo un'indagine Doxa³, almeno 1 italiano su 2 è incappato o ha creduto a una fake news.

Oltre 8,8 milioni di italiani in un anno hanno creduto a fake news relative alla salute.

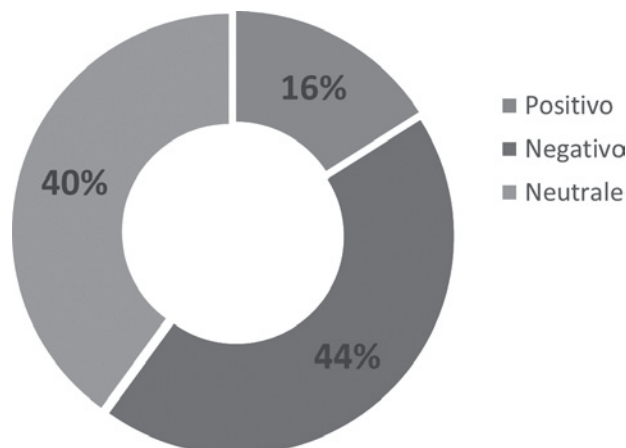


Figura 10. Percentuale di "sentiment" relativo alle key words del mondo "Vaccini" (fonte: Indagine Health Web Observatory 2017).

Tra le fake news nel mondo dei vaccini possiamo elencare le 10 più diffuse:

1. i vaccini causano l'autismo;
2. i vaccini indeboliscono le difese dei bambini;
3. dieci vaccini sono troppi e vengono fatti solo in Italia;
4. i vaccini vengono somministrati troppo presto;
5. i vaccini hanno gravi effetti collaterali;
6. i vaccini sono un grande affare per le case farmaceutiche;
7. i vaccini sovraccaricano il sistema immunitario;
8. chi è vaccinato diventa infettivo;
9. i vaccini contengono elementi cancerogeni che ci uccidono nel lungo tempo (mercurio ecc.);
10. i vaccini non servono perché in passato ci si è sempre ammalati di quelle malattie (morbillo, varicella ecc.) e non è mai successo nulla.

Essendo fake news sono ovviamente tutte e 10 false.

È interessante notare però come il sistema di propagazione delle fake news relative alla salute provenga da privati.

Secondo l'*Health Web Observatory* il processo di creazione delle fake news sanitarie avviene in questo modo:

1. privati cittadini scrivono su blog o forum (il che già dimostra che sono idee personali non vagliate scientificamente da nessun altro, non soggette a peer-review scientifica);
2. tramite i social network inizia il rimpallo delle informazioni (tramite scambi, reazioni e condivisioni);
3. che portano ai più elevati livelli di "engagement";
4. tali notizie così diffuse possono addirittura arrivare su siti di informazione mass-mediatici (allargando enormemente il loro raggio d'azione, anche se l'engagement diminuisce).

Conclusioni

La vaccinazione protegge da malattie gravi e rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri in sanità pubblica.

² I principali siti sono: Condav.it (www.condav.it), Mednat.org (www.mednat.org), Comilva.it (www.comilva.org), Vaccinareinformati.org (www.vaccinareinformati.org).

³ Disponibile online <http://www.doxa.it/fake-news-un-italiano-su-2-ci-casca/>

Grazie alla vaccinazione, l'incidenza di molte gravi malattie nel mondo è drasticamente diminuita e sono stati evitati miliardi di complicanze e decessi. Questa diminuzione è andata di pari passo con l'aumento generale delle coperture vaccinali tra la popolazione, ma se non vengono mantenute coperture vaccinali ottimali, alcune malattie eliminate o diventate rare (come la polio o la difterite) potrebbero rapidamente riapparire, perché gli agenti infettivi che le causano continuano a circolare in altre parti del mondo. Oltre alla riduzione della mortalità e della morbidità correlate alle malattie infettive evitate, l'efficacia della vaccinazione è evidente anche in termini di riduzione della spesa sanitaria. Un confronto tra media annuale dei casi in epoca pre- e post-vaccinale permette di osservare la riduzione (in percentuale) dei casi di malattie prevenibili da vaccino che si è registrata in Italia nel corso del tempo.

Dai dati epidemiologici emerge chiaramente che grazie alla diffusione delle vaccinazioni si è registrato un importante calo del numero dei casi per tutte le malattie elencate (da un minimo di una riduzione dell'86% per l'epatite B a un massimo del 100% per polio e difterite).

È importante vaccinare gli adulti e gli anziani in particolare, perché non dimentichiamoci che la nostra è una popolazione che sta invecchiando e deve essere protetta: così come vengono protetti i bambini, lo devono essere anche gli adulti e gli anziani.

In particolare le indicazioni riguardano i vaccini contro la cosiddetta 'triade maledetta' dell'anziano: l'influenza (che è raccomandata e gratuita per le persone sopra i 65 anni), così come la vaccinazione contro lo pneumococco che può essere un vero e proprio killer capace di provocare oltre a meningiti e sepsi soprattutto nei bambini, anche setticemie e polmoniti nell'anziano che vanno a complicare l'influenza.

In ultimo è importante anche la vaccinazione contro l'herpes zoster che previene non solo lo zoster, ma la nevralgia post herpetica che può essere molto dolorosa, durare settimane o mesi e non può essere affrontata con i farmaci.

Nel nostro Paese potremmo dire che i vaccini sono stati vittime del loro successo, perché il fatto di aver ridotto drasticamente molti casi di malattie infettive ha portato la gente a pensare che non essendoci più casi di una determinata malattia era inutile vaccinarsi.

Le fake news sui siti non specialistici (e purtroppo in alcuni casi anche specialistici) hanno poi dato alle persone la sensazione che i vaccini fossero anche la causa di malattie, come l'autismo, senza darne una spiegazione scientifica.

Malattie infettive importanti come la poliomelite e il vaiolo sono state debellate grazie ai programmi vaccinali messi in atto, lo stesso virus Ebola ora è possibile controllarlo grazie alla scoperta di un vaccino di recente produzione.

Potremmo quindi dire che una gran parte dei problemi relativi alle fake news sui vaccini derivano da una scarsa educazione delle persone a cercare informazioni veritiere su Internet.

Una scarsa capacità di indagare le fonti, analizzare i dati delle ricerche scientifiche e farsi un'idea critica e seria sul problema.

L'educazione dei genitori alla capacità di ricercare articoli su PubMed o su altri motori di ricerca scientifici sembra una via sana ma inapplicabile.

Insegnare alle nuove generazioni (magari già dalla scuola dell'obbligo) "come" e "dove" informarsi potrebbe essere una strategia di lungo periodo per dare a tutti la possibilità di capire le trasformazioni che la medicina e la scienza porteranno avanti, ora e nei prossimi anni.

La scelta di intervenire in modo coatto e organizzato per tutelare la salute pubblica si è inserita in un filone di pensiero, nato in Germania, secondo cui lo Stato si deve occupare attivamente di mantenere nelle migliori condizioni di salute possibili i suoi sudditi, per ottenere soldati e contribuenti sani e numerosi già dall'Ottocento, non cerchiamo quindi di ritornare in periodi bui della sanità pubblica dove poco si conosceva circa l'origine e la diffusione delle malattie infettive, ma oggi che abbiamo le conoscenze adatte siamo obbligati a combattere queste malattie impedendone la diffusione e la possibile morte di tante persone.

Bibliografia

- Davies P, Chapman S, Leask J. *Antivaccination activists on the World Wide Web*. Arch Dis Child 2002;87:22-5.
- Fondazione CENSIS. *14° Rapporto Censis-Ucsi sulla comunicazione: I media e il nuovo immaginario collettivo*. Roma, 4 ottobre 2017 (http://censis.it/censis/browse/17?shadow_publicazione=120577).
- Grignolio A. *Chi ha paura dei vaccini?* Torino: Codice edizioni 2016.
- Gust DA, Darling N, Kennedy A, et al. *Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why*. Pediatrics 2008;122:718-25.
- Keelan J et al. *YouTube as a source of information about immunization*. JAMA 2007;298:2482.
- Pezzotti P, Bellino S, Prestinaci F, et al. *The impact of immunization programs on 10 vaccine preventable diseases in Italy: 1900-2015*. Vaccine 2018;36:1435-43.
- Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2016-2018 (http://www.adnkronos.com/r/Pub/AdnKronos/Assets/PDF/piano_prevenzione_vaccini.pdf, accesso 07.05.2018).
- Rosati GV. *Il web e le vaccinazioni, 2013* (<http://www.vaccinarsi.org/controllo-la-disinformazione/web-e-vaccinazioni.html>, accesso 07.05.2018).
- Zanoni G, Opri R, Moretti U, et al. *I rischi reali connessi alle vaccinazioni, 2015*, SITI – Società Italiana d'Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (<http://www.vaccinarsi.org/vantaggi-rischi-vaccinazioni/rischi/rischi-reali-connessi-alle-vaccinazioni.html>, accesso 07.05.2018).

Sitografia

- CENSIS: http://censis.it/censis/browse/17?shadow_publicazione=120577
- Comilva: www.comilva.org
- Condav: www.condav.it

DOXA: <http://www.doxa.it/fake-news-un-italiano-su-2-ci-casca/>

Mednat: www.mednat.org

Sanofi: <http://www.sanofi.it/it/it/layout.jsp?cnt=E779D040-43A3->

4B7E-8A98-862AF9E823C0

Vaccinareinformati: www.vaccinareinformati.org

Youtube: https://www.youtube.com/results?search_query=vaccino

Fake news sull'aborto

Fake news about abortion

GIUSEPPE NOIA¹, MARINA BELLIA², FRANCESCA ROMANA POLEGGI³, DANIELA VISCONTI¹, MARCO DE SANTIS¹

¹ Hospice Perinatale, Centro per le Cure Palliative Prenatali, Centro Studi per la Tutela della Madre e del Concepito, Fondazione Policlinico Gemelli IRCS - Università Cattolica del Sacro Cuore, Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici, Roma

² Gruppo Ricerca Biomed@, Facoltà di Bioetica, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma

³ Direttore editoriale Notizie ProVita, IIS Paolo Baffi, Fiumicino, Roma

Il problema della diffusione di notizie false su questioni di salute, di vita o di morte, come quelle relative all'aborto volontario, non è solo un problema di fake news che viaggiano nella rete: la disinformazione viene anche dai grandi media e dalla letteratura ufficiale ed è altrettanto – se non più – dannosa. Tanto che il web è spesso l'unico strumento per conoscere e confrontare le notizie e per comprendere in modo critico, veritiero e corretto determinate problematiche, falsate sistematicamente dai preconcetti ideologici dei media dominanti.

Vengono qui illustrati diversi esempi eclatanti di notizie false sulla vita del concepito nel grembo materno, sui dati relativi all'obiezione di coscienza, sull'aborto clandestino e sulle conseguenze psichiche e fisiche che può avere l'aborto volontario per la salute delle madri.

Tali notizie false sono ampiamente smentite dalla letteratura scientifica e dai dati ufficiali, ma le smentite non hanno adeguata risonanza, neanche all'interno della comunità scientifica.

Parole chiave: Fake news, aborto, embrione, salute femminile, obiezione di coscienza

The problem of false news spreading on issues of health, life or death, such as those related to abortion, is not just a problem of fake news on the Internet: the misinformation that is spread by the mass media and the "official" literature is equally harmful, or even more damaging. So much that the web is often the only tool to know and compare the news in order to perceive, in a critical, truthful and correct way certain issues that are systematically distorted by the ideological biases of the dominant media.

Here are illustrated several striking examples of false news about the life of the unborn, about conscientious objection, about clandestine abortion and about the psychological and physical consequences of abortion on women's health.

Such false information is largely disproved by the scientific literature and by official statistics, but the true data and information do not enjoy the same visibility and reporting as the fake news, not even in the scientific community at large.

Key words: Fake news, abortion, human embryo, women's health, conscientious objection

Address for correspondence

Indirizzo per la corrispondenza

Giuseppe Noia

Fondazione Policlinico Gemelli IRCS
Università Cattolica del Sacro Cuore
largo Agostino Gemelli 8, 00168 Roma
e-mail: studio@noiaprenatalis.com

Premessa

Internet e i social media permettono che notizie e informazioni circolino in tempo reale e hanno modificato il modo di leggere, conoscere, apprendere: il web è una grande risorsa per comprendere i pensieri nel e del mondo, ma è anche un veicolo di comunicazioni e informazioni errate e non veritiere, fake news, o “information disorder” come dice il rapporto del settembre 2017 *Information Disorder Toward an interdisciplinary framework for research and policy making* (Wardle C, Derakhshan H 2017).

Diverse sono le iniziative volte a “difenderci” dalle fake news, come il progetto “ISSalute” dell’Istituto Superiore della Sanità (ISS), o “Educazione Civica Digitale” del Ministero Istruzione Università e Ricerca.

In particolare, “Educazione Civica Digitale” invita a sviluppare spirito critico e responsabilità, perché “dallo spirito critico e dalla responsabilità deriva la capacità di saper massimizzare le potenzialità della tecnologia (ad es. in termini di educazione, partecipazione, creatività e socialità) e minimizzare quelli negativi (ad es. in termini di sfruttamento commerciale, violenza, comportamenti illegali, informazione manipolata e discriminatoria).

Al contempo, però, fa notare giustamente il Garante per la privacy Antonello Soro, nella sua ultima relazione annuale (Soro 2016) che “in democrazia l’esattezza non è conseguibile altrimenti che con il pluralismo dialettico” e che “è illusorio pensare che possano esistere nuove autorità od organi certificatori della verità”.

Le fake news vanno contrastate da un “forte impegno pubblico e privato nell’educazione civica alla società digitale e al pensiero critico, dalla sistematica verifica delle fonti e da una forte assunzione di responsabilità da parte di ciascuno: dal singolo utente alle redazioni e, certo, ai grandi gestori della rete, con le loro tecnologie e le loro grandi risorse...

Perché la democraticità dell’infosfera è una risorsa che tutti dobbiamo preservare”.

Comunque, la preoccupazione principale e più diffusa sembra sia quella di difendersi dalle fake news che girano in Internet.

Invece, vogliamo sottolineare che il rischio della disinformazione, non corre solo sulla rete perché le notizie false, falsate o le reticenze colpevoli vengono veicolate anche dai grandi mass media e dalla letteratura ufficiale.

Anche la propaganda abortista, da più di 40 anni, si avvale della pubblicazione sistematica di notizie false per diffondere una mentalità incline a legittimare moralmente, prima che legalmente, la soppressione della vita nel grembo materno, con grave detrimento anche per la salute della madre.

Andremo allora a rilevare alcuni esempi – solo esempi, senza alcuna pretesa di essere esaustivi – di notizie false che nei decenni si sono diffuse e tuttora vengono ripetute, non solo sul web, in relazione al delicato tema dell’aborto volontario. Laddove di tratta della salute, della vita e della morte

di esseri umani, la disinformazione è particolarmente grave. Per di più, le notizie false in materia che circolano da decenni possono essere facilmente smentite, ma le smentite non ottengono mai la stessa risonanza mediatica dei falsi, a volte neanche all’interno della comunità scientifica: il dato reale, il dato scientifico, cede dinanzi a impostazioni ideologiche preconcepite, con grave detrimento per la salute delle persone e per il benessere della collettività.

Questioni

L’embrione è solo un grumo di cellule?

Ancora nel 2005, in occasione del referendum sulla legge 40/2004, i genetisti Edoardo Boncinelli e Antonino Forabosco, firmatari del documento “Ricerca e Salute”, sottoscritto da più di 120 scienziati italiani, tra embriologi, genetisti e biologi, tra cui Rita Levi Montalcini, Umberto Veronesi, Renato Dulbecco, Lucio Luzzatto, Andrea Ballabio, Giulio Cossu, Alberto Piazza, e Carlo Alberto Redi, sostenevano che l’embrione è un insieme di cellule e non un individuo: “L’evidenza scientifica è che l’embrione, un insieme di cellule, non è ancora un individuo”, scrivevano i giornali (ad es. Il Piccolo di Trieste 2005).

Quando uno spermatozoo feconda un ovocita, si forma una nuova cellula, chiamata zigote, che si sviluppa attraverso la fase embrionale (prime otto settimane) e fetale (dall’ottava settimana fino alla nascita) e poi attraverso l’infanzia, l’adolescenza, l’età adulta e la “terza età”, senza soluzione di continuità: è un individuo.

“Il giorno uno è il giorno dell’embrione unicellulare (lo zigote), che attraverso un protagonismo biologico realmente e scientificamente evidente si presenta con le sue cinque caratteristiche:

1. l’identità umana (46 cromosomi);
2. la sua individualità e unicità (modelli matematici ne hanno dichiarato la fondatezza);
3. la sua autonomia biologica (noi tutti siamo vissuti per circa 8 giorni, dal concepimento fino all’impianto, senza fonti ossigenative dirette, ma utilizzando l’energia trasformata dal materiale tubarico che circondava le nostre cellule iniziali);
4. l’assunzione del piano-programma genomico con una “capacità manageriale” eccezionale tra gli esseri viventi con gradualità, continuità e coordinazione;
5. il cross-talk (colloquio incrociato con la madre) ai fini dell’impianto e della tolleranza immunologica. Giustamente il British Medical Journal, nell’editoriale del novembre 2000, affermava: “L’embrione non è passivo: è un attivo direttore d’orchestra del suo impianto e del suo destino futuro”.

Lo sviluppo umano inizia dalla fecondazione, quando lo spermatozoo si fonde con un ovocita per formare una nuo-

va singola cellula, lo zigote: se non intervengono incidenti di percorso, il suo sviluppo cessa con la morte 80 o 90 anni dopo la nascita: lo spiegavano già allora i manuali classici di embriologia (Persaud, Moore 2007; Sadler 2014).

Eppure, le notizie false in questione hanno raggiunto lo scopo: ad esempio, l'opinione pubblica ignora che il battito cardiaco inizia alla fine della 4ª settimana di gestazione, quando l'embrione inizia la sua terza settimana di vita, (Valenti 2011); il concepito inizia a succhiarsi il pollice alla 10ª settimana (Walker 1990; Festila 2014).

La "neolingua", quando si parla di aborto, ha provveduto a cancellare da più di 40 anni le parole bambino e figlio sostituendole con "grumo di cellule", "materiale abortivo", "prodotto del concepimento", o al massimo zigote, embrione, feto. Ma è un bambino, la stessa persona che più tardi si chiamerà adolescente, o adulto o anziano ecc.

Gli obiettori di coscienza impediscono alle donne di esercitare un loro "diritto"?

L'alta percentuale di medici obiettori non provoca alcun intralcio alle donne che vogliono l'aborto, come invece ripetono costantemente i media e i siti.

Recentemente è stata raccontata la storia della donna veneta che ha cercato di abortire in 23 ospedali prima di riuscirci: la CGIL l'ha assistita nella denuncia, la magistratura ha accertato che non era vero.

La fake news data dai principali quotidiani come La Repubblica o il Corriere della Sera è divenuta virale nel giro di poche ore, per poi essere clamorosamente smentita.

Scrivete Rai News: "Il 15 dicembre 2015 fu richiesta la prestazione; il 23 dicembre fu fatta la visita; il 12 gennaio fu effettuato l'aborto. Tutto in 28 giorni", quindi sono stati rispettati tutti i limiti di tempo previsti da tutte le regole: come rileva giustamente l'assessore alla sanità del Veneto, Coletto: "Altro che odissea. L'odissea l'hanno vissuta operatori e sanitari sbattuti in prima pagina come dei mostri". Il Corriere, però, ha pubblicato la notizia sulla prima pagina dell'edizione nazionale due volte, la smentita solo sull'edizione regionale veneta.

Dai dati della più recente Relazione Ministeriale sull'attuazione della legge 194 (2017) si desume che l'obiezione di coscienza non ostacola di fatto l'esercizio del "diritto" delle donne ad abortire (altra questione: è opinabile dire che nel nostro ordinamento esiste un "diritto" all'aborto. Si veda ad esempio la sentenza della Cassazione n. 14488 del 2004, la quale viene richiamata anche da più recenti, come la n. 16123 del 2006 e la n. 9251 del 2017).

I ginecologi obiettori del resto sono il 70% del totale, e i cattolici praticanti il 20% della popolazione: poiché non è possibile che la percentuale di cattolici tra i ginecologi sia tanto più alta della media nazionale, ci si dovrebbe chiedere seriamente perché tanti medici sollevano obiezione di co-

scienza all'aborto. E – visto che hanno anche meno possibilità di far carriera nelle strutture pubbliche – l'unica risposta è che la ragione naturale impedisce a chicchessia e soprattutto a un medico di uccidere le persone (perché ogni aborto uccide una persona).

Nella suddetta relazione al parlamento sono riportate le medie regionali, e anche quelle per ogni singola ASL, da cui si vede che solo 3 ASL su 140 si discostano molto dalla media nazionale; in queste si hanno da 12 a 15 aborti settimanali. In termini di ore di lavoro significa un impegno di due mezzette giornate; nelle altre 137 ASL i numeri sono molto più bassi (7 in un caso, e poi sempre meno di 5) corrispondenti a un lavoro di mezza giornata al massimo.

Sempre nella relazione al parlamento si può leggere che l'11% di personale NON obiettore, a livello nazionale, NON è assegnato ai servizi relativi all'aborto. Ciò vuol dire che evidentemente i non obiettori sono più che sufficienti rispetto alla richiesta di aborto che c'è.

Ricordiamo anche che l'Italia non è mai stata condannata dall'Europa a questo riguardo: il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa si è espresso definitivamente lo scorso luglio dopo due reclami (della IPPF-EN e della CGIL), riguardanti aborto e obiezione di coscienza, con un giudizio favorevole agli obiettori (Quotidiano Sanità 2018).

20.000 donne morte ogni anno di aborto clandestino?

Il dottor Bernard Nathanson, un co-fondatore della *National Abortion Rights Action League*, dopo la sua conversione, ha ammesso di aver mentito in merito al numero di aborti clandestini negli Stati Uniti, prima della decisione della Corte Suprema del 1973, *Roe vs Wade*, che ha legalizzato l'aborto nel Paese.

Nathanson diceva che un milione di donne ricorrevano all'aborto clandestino. In seguito, confessò che la statistica era pura finzione, un'invenzione. Ammise di aver mentito sul numero di donne che morivano per l'aborto prima del 1973: in Italia è accaduto lo stesso. Verso la fine degli anni '70 si diceva e si ripeteva che le donne morte per aborto clandestino ogni anno erano 20.000 (Berlinguer 2004; Scirè 2008).

Sul sito dell'Istat si può controllare che nel '77 (prima dell'entrata in vigore della legge 194) il totale di donne dai 15 ai 50 anni, morte per qualsiasi causa era di 3.348. Eppure, ancora oggi si ripetono quelle fake news. E lo stesso accade in Irlanda, in Sud America, e in tutti i paesi dove ancora l'aborto è nella maggior parte dei casi illegale.

L'aborto legale è aborto sicuro?

Sono 40 anni che si dice e si legge che l'aborto legale è aborto sicuro, le conseguenze per la salute delle donne sono trascurabili e che la sindrome post-abortion non esiste. Anzi, accusano coloro che chiedono che alle donne venga fornita un'informazione veritiera e corretta sulle possibili conseguenze dell'aborto procurato, di propagare proprio fake news.

Tali affermazioni derivano soprattutto da parte radicale, ma poi vengono riprese e ripetute all'infinito.

Le complicazioni post-aborto sono un dato irrilevante?

Premesso che “sarebbe opportuno che alle donne che vanno a chiedere di abortire, oltre a parlare in maniera generica di complicanze, qualcuno spiegasse queste complicanze, cui possono andare incontro, a partire da quelle più comuni a quelle più rare (la morte)” (Noia 2018), “nella relazione del 2015 (relativa ai dati del 2013) il Ministro della Salute scriveva: ‘Tuttavia, molte Regioni non hanno ancora aggiornato i loro sistemi di raccolta dati per poter riportare l’informazione in maniera completa e non è quindi possibile analizzare i risultati. Si raccomanda le Regioni di procedere alle modifiche necessarie nel più breve tempo possibile’. Questa stessa frase si ritrova anche nell’anno 2017 (4 anni dopo), per cui si può desumere che i numeri dei dati relativi alle complicazioni siano effettivamente sottostimati.

Tuttavia, se assumiamo per l’anno 2014 la prevalenza di 7,4 per 1.000 IVG, moltiplicando il numero delle complicazioni per il numero totale degli aborti volontari per quell’anno, otteniamo la cifra considerevole di 721 pazienti con complicazioni da aborto volontario. Sarebbe quindi importante, per la piena consapevolezza della donna, riportare e informarla di questi dati” (*Ibid.*), per esempio del fatto che l’aborto volontario può limitare la capacità gestazionale: Human Reproduction nel 2012, riferiva che le donne con 3 o più aborti precedenti avevano probabilità 3 volte più alta di partorire un bambino prematuro (Klemetti 2012).

Non si può morire di aborto legale?

E di aborto legale si può anche morire. Il Ministero della Salute è costretto ad ammettere: “Si ricorda che purtroppo l’interruzione volontaria di gravidanza, come tutti gli interventi sanitari e il parto, non è esente da rischio di complicanze, fino al possibile decesso” (Relazione Ministero Salute 2016, p. 44). Nel mondo, secondo i dati delle Nazioni Unite (WHO 2018) nei paesi dove la legislazione sull’aborto è più restrittiva – a parità di condizioni igieniche – ci sono tassi di mortalità materna uguali o più bassi rispetto ai paesi più liberali. In Irlanda, l’indice è 8/100.000, come la Francia (in USA 14, in UK 9); la Polonia (3) è più virtuosa dell’Italia, della Germania, della Svezia (4) e della Norvegia (5).

Per l’aborto farmacologico, poi, il numero delle morti da RU486 segnalate raggiunge la cifra di 27 come hanno pubblicato diversi autori (Khoo 2013).

L’aborto indotto non può aumentare il rischio di cancro al seno?

Inoltre, l’aborto può moltiplicare il rischio di sviluppare il cancro al seno. Ci sono alcuni studiosi che negano questa correlazione, ma ne esistono altri – e molti – che confermano che la gravidanza a termine protegge dall’incidenza dei tumori al seno. Soprattutto alla luce dei dati provenienti dalla Cina e dall’India relativi al legame ABC (*Abortion Breast Cancer*): la popolazione cinese è particolarmente adatta a queste meta analisi, perché sono centinaia di milioni le donne che hanno avuto aborti indotti (spesso forzati) in quel paese, negli ultimi 40 anni. Il link ABC viene negato da chi sostiene che gli studi in questione siano falsati dal *recall bias*: ma per gli studi cinesi, visti i numeri, tale vulnus non è verosimile (Huang 2013). Del resto, le mammelle a istotipo 3 e 4 maturano dopo 32 settimane di gravidanza in forme protettive dal cancro al seno: questo è un dato accettato da moltissimi ricercatori e trova fondamento scientifico nell’evoluzione istologica e funzionale delle cellule mammarie durante la gravidanza; anzi, aver avuto gravidanze a termine, fa parte dei punteggi di protezione insieme all’allattamento e al menarca dopo 10 anni. Da ultimo Joel Brind e Angela Lanfranchi hanno pubblicato un’ulteriore meta analisi mettendo a confronto i dati sulla diffusione del cancro alla mammella nel sud est asiatico prima e dopo gli anni ’80, anni in cui è stata introdotta la politica del figlio unico ed è quindi esploso il fenomeno dell’aborto indotto (forzato). Essi concludono: “Continuare a negare l’associazione aborto-cancro al seno può solo garantire che la riconosciuta epidemia mondiale di cancro al seno continuerà a peggiorare, a scapito della vita e della salute di molti milioni di donne nei prossimi decenni”. (Brind 2018).

La sindrome post-aborto non esiste?

Circa le conseguenze psicologiche dell’aborto, infine, bisognerebbe chiedersi: “Come è possibile che tutta la dimensione simbiotica (il feto è addirittura medico della madre!), quando viene interrotta, possa non comportare conseguenze sul piano psicologico e fisico? Noi tutti soffriamo quando perdiamo una persona cara, fisicamente e psicologicamente: come è possibile che non si soffra quando si perde un figlio? Noi tutti sappiamo quanta solitudine del cuore abbiamo, quanta tristezza si verifica dopo un lutto. E perché la natura umana dovrebbe fare un distinguo in base ai centimetri e ai grammi del figlio che si perde? Infatti, la natura non fa questa distinzione: il tempo di elaborare la perdita di un embrione al 2° mese è sovrapponibile al tempo di elaborare la perdita di un uomo adulto”. (Noia 2009).

“Diventa, quindi, poco credibile affermare che la perdita di un figlio, qualunque siano le sue dimensioni, sia irrilevante per la salute della donna, soprattutto se questo evento non avviene naturalmente, ma come una precisa scelta volontaria

della madre verso il figlio. Affermare che, sulla base di studi datati e controversi, non ci siano problematiche sulla salute psicologica delle donne, dopo un aborto volontario, è quanto di più anti scientifico si possa dire. A tal proposito elenco alcuni recentissime pubblicazioni (delle 50 selezionate) che riconoscono questa problematica di forte impatto sulla salute mentale della donna:

- Curley M, Johnston 2013;
- Olsson et al. 2013;
- Sullins 2016;
- Pike 2017.

Un capitolo a parte, poi si dovrebbe aprire a proposito delle ripercussioni psicologiche che ha l'aborto sulle altre persone coinvolte: dal padre (si veda ad es., Vanni 2013), agli operatori sanitari che ne prendono parte (si veda ad es., Mac Nair 2002).

Conclusioni

Non è questa la sede per entrare nel merito e approfondire le questioni cui si è fatto cenno. Né le fake news sull'aborto si esauriscono qui: basti pensare alla convinzione diffusa che l'aborto sia una espressione della "libera scelta" della madre, quando il dato reale dimostra ampiamente che di solito chi abortisce lo fa perché costretta da persone o circostanze avverse. Abbiamo mostrato alcune delle notizie false o incomplete sull'aborto che compromettono gravemente il benessere delle persone; abbiamo visto che lo spauracchio delle fake news viene utilizzato per mettere a tacere chi cerca di dire la verità (scomoda), e abbiamo visto che le notizie false vengono comunque divulgate anche da fonti di informazione al di sopra di ogni sospetto, anche nell'ambito della comunità scientifica. L'unico modo per difendersi dalla disinformazione è garantire al massimo la libertà di manifestazione del pensiero, anche a costo di dover imparare a distinguere i "fake", perché solo nella libertà e nella pluralità delle fonti, alle informazioni false si possono contrapporre quelle vere. E questo è ancor più importante nell'ambito scientifico.

La scienza è veramente libera solo se è vera. La salute – delle donne, in questo caso – è un bene prezioso e tacere la verità o diffondere false informazioni equivale a rubare loro salute e dignità.

“Non c'è peggior servizio all'umanità, qualunque sia la fede di appartenenza, o il suo credo politico, o la sua visione filosofica e antropologica, di quella pseudo-cultura scientifica che, per far prevalere la sua convinzione, cerca di silenziare e di sminuire l'importanza di tutto il patrimonio di conoscenza sulla verità della persona umana, sull'essere umano, unico e irripetibile che è ciascuno di noi” (Noia 2018).

Bibliografia e sitografia

Agenzia Radicale, *La campagna mistificatoria sull'aborto* (<http://www.agenziaradicale.com/index.php/diritti-e-liberta/5274-la-campagna-mistificatoria-sull-aborto>).

Berlinguer E. *La legge sull'aborto*. Roma: Editori Riuniti 1973; pp. 255-6.

Brind J. *Induced abortion as an independent risk factor for breast cancer: a systematic review and meta-analysis of studies on South Asian women issues*. Law Med 2018;33.

Curley M, Johnston C. *The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students*. J Behav Health Serv Res 2013;40:279-93.

Festila D, Ghergie M, Muntean A, et al. *Suckling and non-nutritive sucking habit: what should we know?* Clujul Med 2014;87:11-4.

Garante per la protezione dei dati personali (<http://194.242.234.211/documents/10160/0/Relazione+2016+-+Discorso+del+Presidente+Antonello+Soro>).

Huang Y, Zhang X, Li W, et al. *A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females*. Cancer Causes Control 2014;25:227-36.

Il Corriere della Sera (<http://corrieredelveneto.corriere.it/veneto/notizie/cronaca/2017/1-marzo-2017/donna-padovana-deve-abortire-respinta-23-ospedali-offensivo-2401327894008.shtml>).

Il Fatto Quotidiano (<https://www.ilfattoquotidiano.it/2017/03/01/aborto-donna-si-rivolge-a-23-ospedali-per-riuscire-a-interrompere-la-gravidanza/3424544/>).

Il Piccolo di Trieste, *La voce dei genetisti: "un grumo di cellule non è un embrione"* (http://ricerca.gelocal.it/ilpiccolo/archivio/ilpiccolo/2005/05/08/NZ_03_SCIE.html).

Istat (http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_MORTALITA1#).

Khoo et al. *Fatal clostridium septicum following medical termination of pregnancy*. J Obstet Gynaecol 2013;33:530-1.

Klemetti R et al., *Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland*. Human Reproduction 2012;27:3315-20.

La Repubblica (http://www.repubblica.it/cronaca/2017/03/01/news/padova_aborto_respinta_23_ospedali-159526952/).

Luzzi S. *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*. Roma: Donzelli 2004, pp. 255-6.

Mac Nair RM. *Perpetration-induced traumatic stress: the psychological consequences of killing - psychological dimensions to war and peace*. Santa Barbara, CA, USA: Praeger 2002.

Ministero della Salute. *Relazione del Ministro della salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) – dati definitivi 2016* (pubblicata il 22 dicembre 2017).

MIUR. *Generazioni connesse* (<http://www.generazioniconnesse.it/site/it/educazione-civica-digitale/>).

Noia G. *I primi otto giorni dell'embrione*. Noia Prenatalis (<http://www.noiaprenatalis.it/scienza-e-bioetica/319-i-primi-otto-giorni-dell'embrione.html>).

Noia G. *Informare le donne è un dovere della Scienza e dello Stato*. Quotidiano Sanità, Lettere al Direttore, 22 aprile 2018 (http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=61073).

Olsson CA, Horwill E, Moore E, et al. *Social and emotional adjustment following early pregnancy in young Australian women: a comparison of those who terminate, miscarry, or complete pregnancy*. J Adolesc Health 2014;54:698-703.

WHO, Health Statistics 2018, *Monitoring health for the SDGs*, pag. 23 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>).

Persaud TVN, Moore KL. *The developing human: clinically oriented embryology*. New York: Elsevier – Health Sciences Division 2007.

Pike G. *Abortion and women's health. An evidence-based review for medical professionals of the impact of abortion on women's physical and mental health* 2017. Centre for Bioethics and Culture – Australia

(https://www.spuc.org.uk/~media/Files/Abortion-and-Womens-Health_April-2017.ashx, visitato il 7/5/2018).

Quotidiano Sanità. *Aborto. Gallo/Parachini (Coscioni) e Pompili (Amica): "Da Provita bugie e disinformazione prive di evidenza scientifica"*. Quotidiano Sanità (http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=41391).

RAI News (<http://www.rainews.it/dl/rainews/articoli/aborto-negato-a-donna-da-ventitre-ospedali-assessore-era-falso-2ef7ac6c-661d-4d28-ab22-6716bce5a4ba.html>).

Sadler TW. *Langman's Medical Embryology*. Netherlands: Wolter Cluvers 2014.

Scirè G. *L'aborto in Italia. Storia di una legge*. Milano: Bruno Mondadori 2008.

Soro A. *Persona, diritti, innovazione* (<http://194.242.234.211/documents/10160/0/Relazione+2016+-+Discorso+del+Presidente+Antonello+Soro>).

Sullins DP. *Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: thirteen-year longitudinal evidence from the United States*. SAGE Open Med 2016;4:1-11.

Università di Bologna, Dipartimento di Storia Culture Civiltà (https://storicamente.org/perini_aborto_italia_usa_link5).

Valenti O, Di Prima FAF, Renda E, et al. *Fetal cardiac function during the first trimester of pregnancy*. J Prenat Med 2011;5:59-62.

Vanni A. *Lui e l'aborto. Viaggio nel cuore maschile*. Cinisello Balsamo (MI): San Paolo 2013.

Walker HK. *The suck, snout, palmental, and grasp reflexes*. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, Eds. *Clinical methods: the history, physical, and laboratory examinations*, 3rd edition. Oxford, UK: Butterworths 2009.

Wardle C, Derakhshan H. *Information disorder toward an interdisciplinary framework for research and policy making*. Council of Europe report DGI 2017;09.

World Abortion Policies (<http://www.un.org/esa/population/publications/2011abortion/2011wallchart.pdf>).

<http://www.generazioniconnesse.it/site/it/educazione-civica-digitale/>, ultimo accesso 05/05/2018

http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=60736

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2686_allegato.pdf

<https://rm.coe.int/information-disorder-toward-an-interdisciplinary-framework-for-research/168076277c>

Fake news e comportamenti alimentari. Educare ai media per promuovere stili di vita salutari

Fake news and food behavior. Health promoting media literacy education

MARIA CINQUE¹, ELISA MESSA²

¹ Università LUMSA, Roma

² Università Campus Bio-Medico, Roma

Molte ricerche hanno evidenziato l'influenza dei media sulla salute e sulle scelte alimentari delle persone, soprattutto dei giovani. Messaggi pubblicitari e cattiva divulgazione scientifica contribuiscono alla diffusione di stereotipi e misconcezioni. Inoltre, l'apparente facilità di ricerca di informazioni in rete sembra rendere superflua qualsiasi forma di istruzione e può essere fonte di errori, anche letali. Sapere valutare la qualità dei contenuti di un sito ed essere in grado di accertare la credibilità delle informazioni, ricercando nel sito stesso notizie sulle fonti di provenienza dei contenuti, è una competenza fondamentale nell'era della post-verità. Nel contributo vengono descritte alcune pratiche didattiche utili per sviluppare senso critico e capacità di individuare fake news, soprattutto in ambito alimentare. Questi interventi si collocano nell'ambito della *Health Promoting Media Literacy Education*, un filone di studi mirato a indagare, da un lato, la relazione tra competenze medialità e comportamenti di salute di bambini e adolescenti, dall'altro, lo sviluppo e l'efficacia di interventi che promuovano l'adozione di stili di vita salutari attraverso la *Media Education*.

Parole chiave: Fake news, health promoting media literacy education, post-verità, salute, alimentazione

Many studies have shown the influence of the media on the health and food choices of individuals, especially young people. Advertising messages and poor scientific divulgation contribute to the diffusion of stereotypes and misconceptions. Moreover, the apparent ease of searching for information on the Internet seems to make any form of education superfluous and can be a source of errors, even lethal. Knowing how to evaluate the quality of the contents of a site and being able to ascertain the credibility of information, searching the site for news on the sources of origin of the contents, is a fundamental competence in the post-truth era. The contribution describes some teaching practices useful for developing critical sense and ability to identify fake news, especially in the food sector. These interventions are part of the Health Promoting Media Literacy Education, a line of studies aimed at investigating, on the one hand, the relationship between media literacy and health behaviors of children and adolescents, on the other, the development and efficacy of interventions that promote the adoption of healthy lifestyles through Media Education.

Key words: Fake news, health promoting media literacy education, post-truth, health, nutrition

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

Maria Cinque
Università LUMSA
Borgo S. Angelo 13, 00193 Roma
e-mail: m.cinque@lumsa.it

Introduzione

Da diversi anni il dibattito scientifico ha riconosciuto il ruolo e l'influenza che i media esercitano sulle scelte e i comportamenti di salute delle persone in termini d'informazioni veicolate e modelli di riferimento. I media hanno il potere di influenzare i nostri valori, attitudini e comportamenti. Le immagini e le parole che ci giungono attraverso i media quotidianamente riproducono "codici comportamentali e significati culturali" (Abruzzese 2001) e diffondono stereotipi sulla vita, sulla salute e sulla malattia.

Come evidenzia un rapporto dell'OMS Europa (WHO 2013), un fattore molto importante è svolto dall'informazione pubblicitaria: bambini e adolescenti modificano i loro comportamenti alimentari in base alle pubblicità e sono portati a consumare cibi delle marche reclamizzate in TV. L'efficacia dell'educazione parentale, in questo ambito, sembrerebbe limitata (Ferguson, Muñoz, Medrano 2011).

Un'altra problematica riguarda gli ideali di bellezza trasmessi dai media e l'influenza che questi esercitano sugli adolescenti, che si realizza soprattutto attraverso i social network: la possibilità di ritoccare le foto determina la diffusione di un'idea innaturale e irraggiungibile di perfezione, alla quale però i giovani s'ispirano. Sempre correlata all'immagine corporea e all'autostima è la nascita di siti a favore dei disturbi del comportamento alimentare (definiti pro-ana e pro-mia). In particolare, per gli adolescenti, si possono quindi definire due principali categorie di rischio: i contenuti mediatici inappropriati e la dipendenza. Mentre per la dipendenza bisogna agire su un piano personale ed emotivo, in quanto è determinata da motivi personali come il bisogno di accettazione o socializzazione, l'inadeguatezza dei contenuti può e deve essere valutata dall'utente stesso nel momento in cui si connette alla rete per ricercare informazioni.

Valutare come attendibile un'informazione quando non lo è può risultare rischioso, in particolare in ambito di alimentazione o salute in generale. Un esempio di quanto può essere pericolosa la ricerca in Internet è rappresentato da un fenomeno accaduto qualche anno fa: una serie di decessi di ragazzi in seguito all'assunzione di dinitrofenolo (DNP), insetticida venduto online come dimagrante. Questo è avvenuto perché, dopo alcuni esperimenti, alcuni ricercatori inglesi avevano osservato che il DNP è in grado di indurre l'organismo a intaccare le riserve energetiche; quello che avviene, in realtà, è un processo molto più complicato: la sostanza agisce sui mitocondri aumentando la sintesi di energia che però viene dispersa come calore; infatti il primo effetto collaterale dell'assunzione di DNP è l'ipertermia alla quale segue, nella maggior parte dei casi, il collasso cardiovascolare (Di Todaro 2014). Di conseguenza le informazioni pubblicate su siti attendibili e portali dedicati alla medicina sono discordanti con quelle pubblicate dai siti in cui il DNP viene venduto come dimagrante.

Quindi uno dei problemi della rete è sicuramente la scarsa attendibilità delle informazioni e spesso gli utenti non sono in grado di verificare se i contenuti pubblicati su un sito siano effettivamente confermati da fonti più attendibili e scientificamente provati.

Insegnare a fare le ricerche in Internet: *crap detection*

"Every man should have a built-in automatic crap detector operating inside him" (Ernest Hemingway, 1954)

"Ogni uomo dovrebbe avere un sensore di 'bufale' in azione dentro di lui", scriveva Hemingway. Nel 1969, Niel Postman, co-autore di *Teaching as a subversive activity*, riprendeva la frase dello scrittore per spiegare quale fosse il ruolo dell'educazione in un'epoca che non poteva permettersi di non coltivare il pensiero critico: il suo metodo d'insegnamento tendeva a indurre all'apprendimento critico i ragazzi attraverso un percorso di lezioni a base soprattutto di domande. La frase è stata ripresa di recente da Howard Rheingold nel suo volume *Net Smart* (tradotto in italiano *Perché la rete ci rende intelligenti*, 2013), in cui richiama cinque principi per un efficace utilizzo della rete:

1. attenzione;
2. partecipazione (introducendo il concetto di architettura della partecipazione);
3. collaborazione (in termini sociologici anche azione collettiva);
4. consumo critico dell'informazione (*crap detection*);
5. intelligenza a misura di rete (*network smart*).

L'immenso patrimonio di risorse che la rete offre rappresenta, da un lato, un'incredibile opportunità, dall'altro anche una sfida in termini didattici, perché i ragazzi non immaginano che ci possano essere strategie di ricerca e differenze qualitative tra i risultati. L'apparente facilità di ricerca – dovuta al fatto che i motori di ricerca migliorano sempre più, fornendo nel minor tempo possibili risposte plausibili ai quesiti – sembra rendere superflua qualsiasi forma di istruzione. Tuttavia, la possibilità di "ricercare" qualcosa di appropriato, in questa enorme quantità di dati, è più problematico di quello che strumenti di ricerca come Google fanno percepire.

Non a caso *l'information literacy*, ovvero la capacità di accedere alle risorse attraverso le tecnologie dell'informazione e della comunicazione, è ritenuta oggi una delle "competenze chiave" da diversi organismi internazionali (Fraillon et al., 2014; Carretero et al., 2017). Tali competenze risultano fondamentali per sfruttare al meglio le risorse disponibili in un ambiente come la rete dove chiunque può pubblicare ciò che crede e dove non è sempre facile disporre di parametri precisi per giudicare quanto trovato dal momento che, spesso, mancano meccanismi di controllo della veridicità e fondatezza dei contenuti.

L'esperto, l'insegnante e/o l'educatore nel nostro sistema socio-culturale non è più il detentore pressoché unico delle

Tabella I.*Valutazione della qualità e della credibilità dei contenuti di un sito.*

Qualità dei contenuti (Mc Govern 2003)	Credibilità dei contenuti - Stanford Guidelines (Fogg 2002)
1. il contenuto pubblicato è adatto ai lettori? (è utile? per chi? chi è il target destinatario del sito?) 2. con quale frequenza viene aggiornato il sito? 3. con quale cura sono redatti i contenuti? 4. viene rispettato un preciso piano editoriale? 5. come sono gestiti gli autori e il Webmaster? 6. i metadati sono di sufficiente qualità? 7. come sono gestiti i feedback dell'utente?	1. è stato semplice accertare l'accuratezza delle informazioni fornite? 2. è visibile l'organizzazione che è dietro la pubblicazione del sito? 3. sono evidenziate le professionalità e le conoscenze presenti nell'organizzazione e il contenuto e i servizi offerti? 4. sono evidenziate l'onestà e la serietà delle persone coinvolte nell'organizzazione? 5. è semplice contattare la redazione del sito? 6. il sito appare professionale (in relazione agli scopi del sito)? Perché? 7. il sito è utile e di facile utilizzo? 8. il contenuto del sito è aggiornato? 9. il sito adotta restrizione per il materiale promozionale (pubblicità, offerte ecc.)? 10. ci sono errori (di ogni tipo: sintassi, grammatica, contenuto, grafici ecc.)?

informazioni, come invece tradizionalmente è sempre accaduto. Si tratta di un fatto doppiamente critico: per l'insegnante, poiché comporta una radicale ridefinizione dei suoi compiti; per gli studenti, poiché nel diluvio delle informazioni (Levy 1999), da cui sono travolti è molto difficile distinguere le informazioni affidabili da quelle che invece rischiano di alimentare delle *misconceptions* (Rivoltella 2017).

Per avere una buona strategia di ricerca, occorre *in primis* definire il problema di ricerca (ovvero selezionare all'interno di un tema di quale aspetto particolare ci si vuole focalizzare), scegliere le parole chiave da utilizzare; effettuare la ricerca di risorse pertinenti; valutare e selezionare le risorse trovate (Bonaiut, Vivanet 2013).

Rheingold (2013), nel capitolo dedicato alla *crap detection*, descrive in dettaglio come trovare e distinguere le fonti informative che non sono solo testi ma, soprattutto, individui che vanno a costituire una rete di apprendimento personale (PLN, personal learning network), in cui le persone rivestono il ruolo di tutor del pensiero critico. La ricetta per la PLN in 8 punti è: 1-esplora 2-cerca 3-segui 4-metti a punto 5-alimenta 6-coinvolgi 7-interessati 8-rispondi.

Già in precedenza erano stati elaborati criteri e linee guida per la valutazione dei risultati delle ricerche in Internet, che riguardavano vari parametri:

- valutazione dell'usabilità:
 - design, accessibilità, facilità nel reperimento delle informazioni (se il sito ha un motore di ricerca interno, un indice alfabetico, un indice per argomenti);
- valutazione del contenuto:
 - target, frequenza di aggiornamento, cura nella redazione dei contenuti, piano editoriale, gestione feedback degli utenti;
- valutazione della credibilità:
 - affidabilità delle informazioni fornite e delle fonti utilizzate;
 - autorevolezza dell'autore del sito e delle organizzazioni a esso collegate.

Esistono varie griglie di valutazione per questi diversi parametri. Per l'usabilità di solito si fa riferimento alle cosiddette "regole euristiche" di Jakob Nielsen (2000; 2007), che

in molti suoi contributi ha sempre richiamato la necessità di chiarezza, coerenza, semplicità ed efficacia di navigazione. L'autore indica semplici regole che, prima ancora delle caratteristiche estetiche e degli 'effetti speciali', fanno la differenza tra un buon sito e uno mediocre. Per accessibilità, in particolare, s'intende la "capacità di un sito web di essere visitato efficacemente (alla sua interfaccia e al suo contenuto) da utenti diversi in differenti contesti". Questa definizione è stata data dal W3C (*World Wide Web Consortium*), un consorzio per la standardizzazione nel web (<http://www.w3c.it/wai/>). In Italia la legge Stanca del 4/2004 ha fissato le "Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici". Tuttavia il problema dell'accessibilità non riguarda soltanto gli utenti con problemi di disabilità (per i quali i siti devono adottare accorgimenti particolari), ma anche utenti che utilizzano sistemi operativi diversi o browser di vario tipo. Per questo motivo, tra le norme di accessibilità stabilite dal W3C Consortium c'è quella di "fornire alternative equivalenti per il contenuto visivo e audio" oppure di "non fare affidamento unicamente sul colore" ecc.

Per quanto riguarda contenuti e credibilità, alcuni criteri utili sono rispettivamente quelli indicati da G. McGovern (2003) e dalle *Stanford Guidelines for Web Credibility* (Fogg 2002), che sono dirette ai webmaster. Nella Tabella I abbiamo rimodellato gli obiettivi pensando agli utenti finali.

Essere in grado di valutare la qualità dei contenuti di un sito ed essere capaci di accertare la credibilità delle informazioni, ricercando nel sito stesso notizie sulle fonti di provenienza dei contenuti, è una competenza fondamentale nell'era della post-verità.

Il processo alla notizia: dalla divulgazione alla letteratura scientifica

Internet e i social media hanno modificato profondamente il modo di comunicare e diffondere notizie, comprese quelle riguardanti la salute e l'alimentazione. Si è verificata quindi la crescita di un'informazione nutrizionale parallela, molto spesso non sostenuta da una sufficiente verifica scientifica.

Rowe & Alexander (2017) hanno analizzato la natura della comunicazione alimentare nell'era della post-verità con un focus sull'individuazione di modi utili per fornire informazioni credibili in grado di competere con possibili "notizie false", dovute a vari fattori: intenti commerciali, disinformazione, opinione mascherata da fatto e altre comunicazioni non veritiere.

Di fatto esistono varie forme di "pubblicità ingannevole" o, semplicemente, di divulgazione scientifica basata sulla semi-informazione (che generalizza, amplificandoli, gli effetti benefici di un alimento), sulla "pseudo-scienza", ovvero su affermazioni che pretendono di essere scientifiche, senza citare autori o fonti. Spesso molti articoli mancano completamente di riferimenti bibliografici, o riportano notizie tratte da siti e blog che non hanno alcun controllo per quanto riguarda la correttezza scientifica e i cui autori non sono né esperti né competenti in materia.

Anche quando l'autore sia un affermato scienziato, bisogna distinguere tra ciò che pubblica "ufficialmente", su riviste *peer-reviewed*, nelle quali gli articoli sono controllati e validati dal punto di vista scientifico prima della pubblicazione sulla rivista stessa, e ciò che viene pubblicato su siti personali (blog) o su riviste poco prestigiose e poco controllate. Inoltre, l'autorità di chi scrive non ha alcun valore se le argomentazioni sono fallaci e i dati vengono citati in maniera parziale, per una conferma aprioristica di un'ipotesi di parte.

La cattiva informazione reperibile in rete può causare danni a diversi target. Considerando, per esempio, chi si dedica costantemente alla pratica sportiva, il reperimento di notizie errate sulla dieta nello sport può causare problemi non solo dal punto di vista estetico, ma anche alla performance sportiva. Le informazioni discordanti presenti su web possono determinare carenze alimentari e, nei casi più gravi, disturbi del comportamento alimentare (van den Berg et al., 2007).

Uno strumento utile per aiutare gli studenti a districarsi nel web è il "processo alla notizia", attività didattica implementata a partire dal 2007 nell'ambito del corso di Metodologie didattiche e comunicative, al primo anno di Scienze dell'alimentazione e della nutrizione umana presso l'Università Campus Bio-Medico. La finalità del lavoro è prendere in esame alcuni siti web di divulgazione per analizzarne la qualità dei contenuti e verificare, in particolare, la veridicità di alcune notizie, confrontando le informazioni fornite sul sito con quelle di articoli pubblicati in riviste scientifiche.

In sintesi, il processo ha i seguenti obiettivi:

- confrontare divulgazione scientifica e comunicazione scientifica;
 - verificare se la notizia fornita dalla divulgazione sia vera o falsa;
 - risalire a fonti autorevoli per smentire o approfondire una notizia.
- Il processo prevede vari step:
- creare una lista di parole (glossario);

- cercare notizie su siti divulgativi;
- scegliere i quesiti di ricerca (gli argomenti su cui elaborare il processo);
- riprendere la lista di parole e tradurla in inglese;
- fare una ricerca su database di riviste scientifiche;
- per ogni database specificare quali parole sono state usate. Per es.:
 - PubMed:
 - Google Scholar: ...
 - Semantic Scholar: ...;
- usare le parole in diverse combinazioni;
- scegliere gli articoli (più di uno per ogni quesito di ricerca);
- valutare la metodologia della ricerca che l'articolo presenta;
- mettere a confronto i diversi risultati;
- elaborare delle conclusioni.

L'analisi dei siti divulgativi, di solito, dimostra come le informazioni che vengono fornite siano per la maggior parte di incerta validità. Inoltre, mentre nei siti divulgativi e negli articoli di quotidiani e riviste non scientifiche le notizie, in prevalenza, sono fornite come assolutamente 'vere', negli articoli scientifici c'è sempre un'opportuna delimitazione di campo, ovvero si afferma, per esempio, che un determinato alimento può far bene a un certo target di persone e in determinate condizioni.

Considerando il fatto che le informazioni sulla salute, e in particolar modo quelle sull'alimentazione, sono discordanti e confuse, le attività di educazione alimentare svolgono un ruolo fondamentale avendo come finalità quella di sviluppare una coscienza nutrizionale che aiuti a essere sempre più consapevoli e autonomi nelle scelte riguardanti benessere e salute.

A tal fine si dovranno sviluppare attività indirizzate a instaurare e rafforzare un corretto rapporto tra alimentazione, benessere e realizzazione personale.

Fondamentale è anche progettare ed erogare corsi che aiutino gli utenti a districarsi nella rete e a sapere scegliere i siti e le informazioni con spirito critico, verificandone l'autenticità e l'affidabilità.

Solo attraverso la capacità di trovare informazioni pertinenti e affidabili si può contrastare il processo di omologazione e di "appiattimento" culturale che spesso la rete comporta. Come sottolineano diversi studi, la cultura della verifica non si improvvisa: essa richiede un'adeguata formazione e richiede necessariamente competenze riguardanti il saper trovare le informazioni che servono, quando servono, e il saperle verificare in modo opportuno. Sviluppo di una cultura della verifica e sviluppo del pensiero critico vanno di pari passo e si rafforzano vicendevolmente.

Health Promoting Media Literacy Education (HPMLE)

Le influenze negative dei media sui comportamenti di salute sono state studiate, da almeno un decennio, in modo particolare rispetto ai seguenti ambiti: comportamenti sessuali a rischio (Strasburger 2012), obesità (Livingstone & Helsper 2006), percezione dell'immagine corporea e disordini alimentari (van den Berg et al. 2007), fumo di tabacco (Wellman et al. 2006) e consumo di alcol (Snyder et al. 2006).

Appare quindi evidente la necessità e l'importanza di stimolare negli individui, in particolare nei più giovani, un pensiero critico rispetto ai messaggi, alle immagini e ai valori veicolati dai media al fine di comprendere come e in che misura essi possano influenzare le scelte di salute.

In ambito internazionale numerose ricerche hanno coniugato l'indagine sulla promozione della salute – investendo un ampio ventaglio di tematiche come il fumo di tabacco, l'assunzione di alcol, i disturbi alimentari, la sana nutrizione o la sessualità – con quella sull'educazione mediale, dando corpo a un nuovo settore di studi denominato *Health promoting media literacy education* (HPMLE, Bergsma & Carney, 2008).

Nel 2012 è stata pubblicata una *review* elaborata dallo *United States Department of Agriculture* (USDA), che ha analizzato l'effetto dell'educazione alimentare attraverso le tecnologie digitali. Sono stati presi in considerazione 24 studi, 11 dei quali hanno valutato gli effetti su bambini di età compresa tra 6 e 10 anni e 13 che invece sono andati a osservare gli effetti su preadolescenti e adolescenti di età compresa tra 11 e 18 anni. Dei 24 studi totali, 21 hanno riscontrato un miglioramento significativo delle scelte alimentari, mentre 15 hanno trovato l'intervento attraverso le tecnologie digitali più efficace di qualunque altro metodo educativo.

Il ruolo che i nuovi media hanno assunto nella vita dei giovani ha portato a considerarli come possibile canale per informare gli adolescenti su temi correlati alla salute. Spesso i ragazzi sono più motivati ad apprendere in contesti giovanili e con metodologie più innovative rispetto ai tradizionali interventi "istituzionalizzati" e in questo metodo di apprendimento l'esperto non ha come caratteristica principale l'autorità, ma l'esperienza: l'educatore non viene considerato come un professore, ma un partecipante alla pari con più conoscenze nell'ambito di intervento, e per questo esercita un'influenza maggiore (Mizuko et al. 2008).

Inoltre secondo la Teoria dell'Apprendimento Sociale di Albert Bandura (1977) i ragazzi acquisiscono atteggiamenti imitando i comportamenti degli individui che popolano il loro ambiente sociale che, nel caso dei nativi digitali, è rappresentato dal mondo virtuale. In quest'ottica bisogna, quindi, considerare le immagini diffuse attraverso le nuove tecnologie (soprattutto correlate all'immagine corporea) e la diffusione di siti che promuovono l'anoressia (pro-ana), poiché rappresentano uno dei canali più efficaci di diffusione

dei disturbi del comportamento alimentare, soprattutto tra gli adolescenti.

Le Linee Guida per l'Educazione Alimentare del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR 2015, p. 27) sottolineano l'importanza delle tecnologie Informatiche per la Comunicazione (TIC) nell'educazione alimentare, elencando le loro potenziali funzioni educative. Tuttavia, non affrontano l'importanza di inserire la Media Education in un progetto di educazione alimentare che si avvale dei media digitali, aspetto che invece viene trattato dal Parlamento Europeo (2008) e dall'*American Academy of Pediatrics* (2013), i quali promuovono l'educazione mediale per incoraggiare le giovani generazioni ad adottare un corretto stile di vita.

Un progetto pilota di HPMLE

L'obiettivo dei progetti che si collocano nell'ambito della *Health Promoting Media Literacy Education* è quello di permettere ai giovani di acquisire le capacità necessarie per interpretare i messaggi mediali e una certa capacità critica e di analisi dei contenuti in rete. Inoltre, l'HPMLE mira al raggiungimento degli obiettivi promossi dai programmi di educazione alla salute, in generale, e in particolare di educazione alimentare. In questo modo è possibile prevenire l'internalizzazione degli ideali di bellezza e magrezza diffusi dai social media, attraverso la promozione di un'immagine corporea sana e di corretti comportamenti alimentari, incoraggiando uno stile di vita sano e allontanando i giovani dalle diete restrittive. L'obiettivo del progetto pilota, di seguito presentato, è stato quello di indagare l'efficacia di un intervento di educazione mediale, svolto in ambito scolastico, in modalità diverse.

Metodologia

Il progetto è stato realizzato nel mese di maggio 2017 presso il Liceo Linguistico James Joyce di Ariccia, in provincia di Roma. Sono state coinvolte due classi quarte alle quali sono stati proposti due approcci educativi diversi: in una classe il progetto è stato realizzato attraverso delle lezioni frontali (gruppo controllo), mentre nell'altra completamente online (gruppo sperimentale).

I materiali, realizzati appositamente per il progetto, erano gli stessi per le due classi, in modo che i due corsi risultassero il più simile possibile e che differissero tra loro per la modalità di somministrazione.

Il progetto è costituito da tre moduli: educazione alimentare, educazione mediale e l'ultimo dedicato al rapporto tra alimentazione e nuovi media, con l'analisi di fenomeni nati e diffusi attraverso le nuove tecnologie e correlati all'alimentazione (siti pro-ana, applicazioni per dimagrire ecc.).

Prima e dopo il progetto è stato somministrato agli studenti un questionario.

Risultati

Questionario introduttivo. In entrambe le classi si ha una prevalenza di ragazze (87% in un caso e 73% nell'altro), probabilmente per la tipologia di liceo in cui è stato realizzato il progetto, ovvero un linguistico. I due gruppi risultano omogenei anche per quanto riguarda l'età: la maggioranza degli studenti ha 17 anni.

La percentuale di partecipanti che ha già seguito una dieta è molto elevata: nel caso del gruppo di controllo è del 70% mentre nel gruppo sperimentale la percentuale si alza al 90%; inoltre, gli studenti che hanno preso spunto da siti Internet per seguire una dieta sono rispettivamente il 30% e il 15%. Risulta invece identica la percentuale di ragazzi/e che ha utilizzato applicazioni per dimagrire, cioè il 20%.

Nel gruppo di controllo il 60% degli studenti cerca le informazioni di cui ha bisogno principalmente su Internet, mentre nel gruppo sperimentale la percentuale scende al 33%. In entrambi i casi è molto elevato il tasso di studenti che si fidano delle notizie trovate sul web (rispettivamente il 53% e il 40%).

Questionario di educazione alimentare. Dopo la conduzione dei due interventi, il gruppo di controllo ha risposto in modo esatto al 75% delle domande, gli studenti del gruppo sperimentale al 76%. Di conseguenza non ci sono state differenze significative tra il livello di apprendimento dei due gruppi; quindi entrambe le metodologie sono risultate efficaci.

Esercitazione. La principale differenza tra i due corsi è emersa nell'attività prevista alla fine del terzo modulo. Nel caso del gruppo sperimentale l'attività è stata svolta direttamente in aula poiché era previsto per tutto il corso l'accesso a Internet, mentre nel gruppo controllo è stata lasciata come attività per casa. Nel primo caso il 100% degli studenti ha realizzato la ricerca, nel secondo caso nessuno.

Solo in uno dei due casi è stato possibile il *learning by doing*; viene quindi sottolineato come vantaggio una delle principali caratteristiche dei corsi e-learning, cioè la partecipazione degli studenti e l'importanza del loro ruolo attivo nell'apprendimento.

Questionario conclusivo. Per il gruppo controllo, il 90% dei partecipanti si dichiara soddisfatto, contro il 100% del gruppo sperimentale. La chiarezza delle lezioni risulta un aspetto positivo per entrambi i corsi (100%).

Un altro risultato da considerare è la percentuale di studenti che afferma di aver modificato o ha intenzione di modificare la propria alimentazione in seguito al corso: nel caso del gruppo controllo più della metà del campione (53%) ha affermato di non aver modificato la propria alimentazione dopo il corso, mentre il 40% ha risposto "poco" e solo una persona "abbastanza".

Per quanto riguarda il corso online, invece, circa il 45% degli studenti dichiara di aver modificato abbastanza la propria alimentazione, un altro 45% ha risposto "poco" e solo il 10% "nulla".

Gli aspetti del progetto che gli studenti hanno apprezzato maggiormente sono l'attualità dei contenuti e la chiarezza delle spiegazioni, per entrambe le classi. Ma gli studenti appartenenti al gruppo sperimentale hanno aggiunto anche: i questionari online, i video e l'esercitazione online.

Inoltre la maggioranza degli studenti ha dichiarato di voler seguire un corso di educazione alimentare più approfondito (85% e 70%), in entrambi i casi preferibilmente in modalità blended.

Discussione dei risultati

L'analisi dei dati ha evidenziato, a parità di apprendimento, un maggiore grado di soddisfazione nel gruppo sperimentale, cioè il gruppo che ha seguito il corso online.

Da quanto è emerso risulta quindi possibile l'utilizzo dei nuovi media nell'educazione alimentare e tale possibilità è realizzabile attraverso la *Health Promoting Media Literacy Education*. Certamente questo progetto pilota ha permesso anche di individuare le criticità a esso collegate, evidenziando la preferenza degli studenti di seguire un corso *blended*, cioè un corso composto da una parte online e una frontale.

Sviluppi futuri comprendono la revisione del progetto in modo da mantenere gli aspetti che hanno soddisfatto maggiormente i due gruppi e cercando di rispondere anche alle richieste degli studenti. Il progetto come tale può essere invece proposto a quelle scuole che non prevedono un corso di educazione alimentare da parte di una figura esterna, in quanto i moduli online possono essere svolti anche durante le lezioni di biologia, necessitando solo di un computer con accesso a Internet.

Conclusioni

Questi risultati indicano che l'intervento di educazione mediale per la promozione della salute può essere un innovativo e promettente approccio metodologico per promuovere la sana alimentazione tra bambini e adolescenti.

I protagonisti del progetto hanno appreso conoscenze sulla salute e sui media in linea con i valori relativi ai sani stili di vita, condivisi con loro durante l'intervento e sono stati in grado di esprimere le più importanti abilità di analisi critica e di espressione apprese.

Va infine rilevato come i nuovi media, utilizzati come strumento per promuovere l'educazione alimentare, permettano di raggiungere un numero maggiore di studenti, in diversi ambienti e contesti, e di incrementare la dose di educazione alimentare (intesa come durata, numero e frequenza degli interventi).

Tale utilizzo aiuterebbe anche i ragazzi a sapersi difendere da fake news e dalla disinformazione della infosfera, attraverso semplici azioni che possono essere sintetizzate come segue:

- sapere come e cosa cercare (conoscenza dei motori di ricerca, delle strategie e dell'utilizzo di parole chiave);
- fare le domande pensando alle risposte che si vogliono ottenere (tema della ricerca, problema della ricerca, ipotesi della ricerca);
- non fermarsi a una sola ricerca e consultare più pagine di risultati;
- tenere sempre presente che siamo noi a stabilire quanto sia veritiero un risultato di una ricerca;
- verificare sempre autori e fonti.

Gli interventi presentati si collocano nell'ambito della *Health Promoting Media Literacy Education*, un filone di studi mirato a indagare, da un lato, la relazione tra competenze medialità e comportamenti di salute di bambini e adolescenti, dall'altro, lo sviluppo e l'efficacia di interventi che promuovano l'adozione di stili di vita salutari attraverso la Media Education.

Bibliografia

- Abruzzese A. *L'intelligenza del mondo: fondamenti di storia e teoria dell'immaginario*. Roma: Meltemi 2001.
- Bergsma LJ, Carney MA. *Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review*. Health Education Research 2008;23:522-42.
- Bonaiuti G, Vivanet G. *L'utilizzo della rete per la ricerca di informazioni affidabili*. Form@re, Open Journal per la formazione in rete 2013;13:129-43.
- Carretero S, Vuorikari R, Punie Y. *DigComp 2.1: the digital competence framework for citizens with eight proficiency levels and examples of use*, 2017. EUR 28558 EN, doi:10.2760/38842
- Di Todaro F. *Insettida per dimagrire: una follia inglese*. 2014 (<http://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/alimentazione/insettida-dimagrire-una-follia-inglese>, visitato il 31/05/18).
- Ferguson CJ, Muñoz ME, Medrano MR. *Advertising influences on young children's food choices and parental influence*. J Pediatrics 2011;160:452-55.
- Fraillon J, Ainley J, Schulz W, et al. *Preparing for life in a digital age. The IEA International Computer and Information Literacy Study*. International Report. New York: Springer 2014.
- Fogg BJ. *Persuasive technology: using computers to change what we think and do*. New York: Morgan Kaufmann 2003.
- Livingstone S, Helsper EJ. *Does advertising literacy mediate the effects of advertising on children? A critical examination of two linked research literatures in relation to obesity and food choice*. J Communication 2006;56:560-84.
- MIUR. *Linee guida per l'educazione alimentare. Direzione generale per lo studente*. 2015 (http://www.istruzione.it/allegati/2015/MIUR_Linee_Guida_per_l'Educazione_Alimentare_2015.pdf, verificato il 31/05/18).
- Rheingold H. *Perché la rete ci rende intelligenti*. Milano: Raffaello Cortina 2013.
- Rivoltella PC. *La comunicazione e le relazioni didattiche*. In: Rivoltella PC, Rossi PG, Eds. *L'agire didattico. Manuale per l'insegnante (nuova edizione riveduta e ampliata)*. Brescia: ELS La Scuola 2017.
- Rowe SB, Alexander N. *On post-truth, fake news, and trust*. Nutrition Today 2017;52:179-82.
- Snyder LB, Milici FF, Slater M, et al. *Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth*. Arch Pediatr Adolesc Med 2006;160:18-24.
- Strasburger VC. *Children, adolescents, and the media: health effects*. Pediatr Clin North Am 2012;59:533-87.
- Van den Berg P, Paxton S, Keery H, et al. *Body dissatisfaction and body comparison with media images in males*. Body image 2007;4:257-68.
- Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR, et al. *The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children's use of tobacco. A meta-analysis*. Arch Pediatr Adolesc Med 2006;160:1285-96.
- World Health Organization. *Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012-2013*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/191125/e96859.pdf, visitato il 14/05/18).

Care pathways and management: a health education program for family caregivers

Il ruolo e il valore dell'educazione alla salute per il caregiver nel percorso di cura e assistenza

CLAUDIA CIANFROCCA¹, ANTONELLA SISTO², FLAVIA VICINANZA², LIVIA QUINTILIANI²,
ILARIA QUAGLIA³, DANIELA TARTAGLINI⁴

¹ RN Nursing Direction Campus Bio-Medico University Hospital, Rome

² Clinical Psychology, Campus Bio-Medico University Hospital, Rome

³ RN Campus Bio-Medico University Hospital, Rome

⁴ Associate Professor in Nursing; Nursing Direction Campus Bio-Medico University Hospital, Rome

When an illness is diagnosed, it does not only affect the patient, but it involves the whole family, especially the caregiver that takes care of the relative affected by the pathology. Caring for someone implies a constant and long-term commitment, which can become exhausting and cause high levels of stress and psycho-physical discomfort.

It is essential to implement supportive actions addressed to the family caregiver that should be gradually educated to take care of the loved one and at the same time supported and accompanied in the proper management and enhancement of its role.

This paper illustrates the experience of a multidisciplinary free of charge training course for family caregivers on caregiver's burden related to the psycho-social impact of the disease on the family system.

The course, provided by Campus Bio-Medico University Hospital of Rome since 2011, offers theoretical and practical tools to enable the family caregiver to handle primary care, everyday life activities, emotional load conditions and stress in safety and quality in the home.

Key words: Caregiver, burden, care, self-care, training needs

La diagnosi di malattia non colpisce solo il paziente, ma ricade sull'intero nucleo familiare, investendo in modo particolare il caregiver, ovvero colui o colei che si prende maggiormente cura dell'assistenza al proprio congiunto malato. L'attività di caregiving, implica un impegno costante e a lungo termine, che può diventare logorante e provocare elevati livelli di stress e disagio psico-fisico.

Pertanto, riteniamo fondamentale implementare azioni di sostegno al caregiver: egli deve essere gradualmente educato a prendersi cura del proprio caro e, al contempo, sostenuto e accompagnato nella corretta gestione e valorizzazione del proprio ruolo.

Il presente lavoro illustra brevemente l'impatto psico-sociale della malattia sul sistema familiare e descrive l'esperienza maturata presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico che, dal 2011, promuove gratuitamente corsi di formazione teorico-pratici, rivolti ai caregiver familiari.

Parole chiave: Caregiver, assistenza, auto cura, bisogni formativi.

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

Claudia Cianfrocca
Nursing Direction
Campus Bio-Medico University Hospital
via Alvaro del Portillo 200, 00128 Roma
e-mail: c.cianfrocca@unicampus.it

Introduction

The continuous improvements in living conditions and in medical care have made chronic diseases an increasingly important topic, due to the implications for the patient, the family, and the care services system. Chronic conditions are often associated with the progressive decline of the autonomy in both the simple and instrumental activities of daily life, which causes the increase of stress levels throughout the family.

According to ISTAT data (2015), 38.3% of Italian citizens reported having at least one chronic disease, while 19.8% suffer from two or more chronic conditions; comorbidity is 65% (57% among men and 71% among women).

As healing will not be possible, therapeutic goals regards the improvement of quality of life by the control of symptoms and by preventing disability (Ministero della Salute 2016).

It is evident that the proper management of the patient and the study and planning of long-term care pathways appears to be of crucial importance especially for the involvement of the patient's family context.

Whether it is neurological, oncological or other disease, the common feature of chronic illnesses is to affect the quality of life of both the patient and his family, threatening and interfering with multiple dimensions of the human Being: physical, psychological, relational, spiritual, and existential.

The psychosocial impact of chronic disease on the family and the caregiver

Whenever a member of the family gets ill, the whole family experiences it as something unexpected, negative, and often devastating. Any long-lasting pathology therefore represents an obstacle to the evolutionary tasks and the prerogatives of each phase of the life cycle. The term "experience of disease" clearly describes the condition of dealing with symptoms and suffering secondary to the illness (Kleinman 1988).

In particular, it refers to the ways the patients and their families perceive, manage and coexist with physical, emotional and psychosocial discomfort at all stages of the disease.

The acceptance of the illness of a loved one can be influenced by many variables such as the age of both the caregiver and the patient, the socio-cultural level, the affective ties between the members, the caregiver's health condition and the possibility of access to territorial health services (Silvano 2004).

The emotional dimension is crucial too as every disease, and even more a chronic disease, triggers the activation of multiple emotional experiences that both the patient and the family have to face. This dimension is largely influenced by the subject's entire life, the coping and problem solving

strategies adopted to manage stress, the presence of a social network of support or, the social isolation lived (Waldron et al. 2013).

In this setting the family caregiver plays a key role, he has to take responsibility of the care and has to face with the needs of the patient throughout the phases of the illness. In Europe almost the 80% of the care provided to not self-sufficient patients is given by spouses, children and other family members (Naiditch et al. 2013).

The term caregiver derives from the Anglo-Saxon words give and care and refers to "those who care". The ones that responding to an affiliated or familiar affair, take care, informally and freely, of a relative and loved one in a condition of not self-sufficiency, disability, or in need of long-term care (McCullagh et al. 2005).

In most of the cases the care is yield by a family member, who is in charge of taking care of his relative, assuming many functions. This experience often results in a "biographical breakdown" a drastic change in lifestyle (Bury 1985) that can manifest itself with the waiver of leisure time, social life and relationships.

Family caregivers show that they are engaged in various degrees on two fronts: the first one of care and of emotional support that is the second one. They have to support loads of physical fatigue and psychological stress, although they do not have specialized training to play this role, and are directly involved in the affective point of view.

This involvement may have psychophysical repercussions on the caregivers as shown in literature (Ripamonti et al. 2015).

Many studies have shown that caregivers live a number of stress factors, defined as burden (Nobili et al. 2011). This term indicates the impact and the relapse of the care burden on psychophysical well-being and their quality of life.

Family members directly involved in patient care may develop depression, anxiety and sleep disturbances that may affect their daily life such as the workplace, relational and family sphere, until they cause physical illness (Luchetti et al. 2012).

High levels of caregiving may lead to psycho-physical discomfort symptoms such as sleep disorders, asthenia and, in some cases, gastrointestinal problems, headaches and arterial pressure disorders. Psychological disorders, particularly anxiety and depression, frequently cause a relevant deterioration of quality of life (Ronald et al. 2014).

In their study, Gritti et al. (2011) show that emotional tension (distress), objective load (burden) and worry (strain) for the relative are the main indicators reflecting the psychosocial family disease. At the same time, the ability to cope with the disease and to implement cognitive and coping behavioral strategies are influenced by specific concomitant variables such as social support available for the family, psychological resilience of each person, other stressful events.

The family is the most involved in the care path of the loved ones, setting up a relationship based on love and the need to provide adequate care. There is a need for care choices and professional support to enable families to face the difficult tasks of caregiving, which can be supported in turn to address the disease path to the best possible extent.

Recent studies confirm that the ability to acquire specific skills and perceive high levels of self-efficacy in the care and self-care context is a protective factor for the onset of psychological discomfort and the maintenance of a good quality of life of the caregiver (Van der Lee et al. 2014). It is essential to develop practical training courses for the caregivers in order to allow them to increase the competencies that are necessary to provide a good quality of care in daily life at domicile, to reduce the sense of social isolation, and to increase personal and family resilience.

Informal caregiver's health education: the experience of Policlinico Campus Bio-Medico of Rome

Self-care and family coaching care models are increasingly widespread, due to the high increase in chronic diseases and the need to optimize resources (Righi et al. 2014).

Dorothea Orem, in her theory stated that the patient needs to bring out all his internal resources to restore the state of wellness and that the main task of nursing is to help the person to carry out self-care activities, to preserve life and health, to recover from illness or injury, and to cope with the consequences of such events.

Therefore, both patients and family members, if adequately supported, can play an active role in caring, through the implementation of measures to prevent a worsening of patient's conditions.

Several studies have dealt with the theme of caregiving, they showed how training courses for caregivers enabled them to take an active and conscious role in caring and that such consciousness emerged in positive health benefits, and improved patient's quality of life. This allowed in freeing up resources from the territory with a consequent increase in intensifying assistance at a higher index of complexity.

Moreover, the greatest stress levels are related to the objective burden due to the burden of technical expertise in supporting or replacing the assisted person in daily life activities (Morley e Dummett 2012; Grün et al. 2016; Raccichini et al. 2015).

The main task of the caregiver is about providing a supportive care to the loved ones that are no longer able to carry out the so-called "activities of daily living". These activities can be divided into basics – as feeding, washing, dressing, using the toilet, moving home, be continent – and instrumental: using the phone, shopping, preparing food, governing the house, washing the laundry, moving away from home, handling medicines and money.

Often, the family caregiver is committed in providing actions of care based on specific indications of healthcare providers such as prevention of decubitus, dehydration, and constipation. There is a wide range of care commitments, with strong differences between one case and another, concerning both the complexity and the duration of the engagement.

Starting from 2011, the Nursing Direction of Campus Bio-Medico University Hospital of Rome, has promoted and delivered a theoretical-practical training course for family caregivers with the aim of teaching to caregivers the basic home care techniques.

The willingness to promote a training course is the result of an analysis of family caregiver's needs, drawn up by the Counseling Center "VoiNoi".

The "VoiNoi" Counseling Center of Campus Bio-Medico has been in place since 2011 to support caregivers in the difficult task of providing care, delivering free psychological support services, local hospitality guidance, and health care and self-care education.

The course, at the fifth edition now, aims to go along with the family members during the care path, by teaching the most useful skills necessary to provide the best care as possible for their loved ones in everyday life, concerning the medical, nursing and psychological fields.

In order to convey the basic basics useful for proper family home management, ten theoretical frontal modules were organized, in these classes, subjects such as oncology, radiotherapy, hepatology, cardiology, neurology, geriatrics, Therapeutic food, social care and ethical aspects related to the management of the chronic patient were taught. Each module saw the participation of doctors and nurses who provided the participants the basic knowledge to ensure proper care and self-care.

In addition to the theoretical content, a practical training course has been developed structured in five experiential nursing laboratories, two emotion management labs, and a psychological support group.

During the nursing laboratories, participants learned some of the most useful welfare techniques, including basic care techniques, vital parameter recognition, proper family or dependent employee mobilization, management Simple dressings and first home aid.

The emotion management labs have been designed as an experiential training aimed at acquiring tools to manage the emotional stress related to the care burden.

Finally, psychological support groups have been created with the aim of creating a support network around the patient's family to encourage the encounter, exchange and sharing of thoughts and emotions among people living the same sufferings and difficulties every day. 290 caregivers attended the courses.

The report on training data and experimental labs shows that more than 90% of participants are "totally satisfied" and

feel that they have developed new skills that are useful in the activities and instrumental activities of daily life related to the caring.

According to literature data, the results confirm the importance of psycho-educational interventions for caregivers, as they favor the improve of self-efficacy, the increase of the competence and contribute to the reduction of burden, through a greater use of coping and problem solving strategies, that lead to an improved caregiver's well-being (Lopes, Cachioni 2012).

Currently the Course provides training on multiple issues related to caregiving, with a specific focus on welfare aspects and primary care. In the future it would be desirable to expand the training section dedicated to the social contents of caregiving, deepening the current legal regulations, the rights of the patient and the family member and the social and health services provided at the local level.

The importance of the caregiver's role in patient's care it's evident in the international literature, where the need to train the caregiver through training courses clearly emerges.

Some studies aim to highlight the importance of a very technical and individualized training performed by an expert geriatric nurse at caregiver's domicile. This kind of course helps to better know the pathology, to manage internal and external environmental stimuli and to formulate a home care plan re-evaluating it through periodic follow-up. The study conducted by Kuo et al. (2017) follows this methodology, it points up the positive outcomes of the course on caregivers, by showing the comparison between a group of caregivers that received this kind of training compared to a control group.

In a study conducted by Blom et al. (2015), instead, an online training course was organized for a group of caregivers who received telematic support from a psychologist who supported caregivers and gave them regular feedbacks. This group was compared to a control group that only received e-mails without course and feedback, the study shows that online support and online training also help to reduce anxiety and depression of the caregiver.

Finally, a study conducted by Katsuki et al. (2011), demonstrates the effectiveness of a 6-weeks training course for caregivers in which both theoretical topics related to the pathology of the assisted family member were discussed, as well as issues related to emotional distress, care burden and Expressed Emotions. In this study the method of sharing was used, caregivers were encouraged to give the narrative of their experience of taking care.

The study shows how the improvements of caregivers in their mental health, caregiver burden and expressed emotion after the course are remarkable.

In conclusion, some thoughts, emotions, and experiences written by the caregivers that summarize their perception of the training course that we consider important to give them voice, are reported in Appendix 1.

References

- Blom MM, Zarit SH, Groot Zwaafin R, et al. *Effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: results of a randomized controlled trial*. PLoS One 2015;10:e0116622.
- Bury M. *Chronic illness as a biographical disruption*. Sociol Health Illness 1982;4:167-82.
- Gritti P, Di Caprio EL, Resicato G. *L'approccio alla famiglia in psiconcologia*. Clinica Psiconcologica 2011; 2:115-35.
- Grün D, Pieri V, Vaillant M, et al. *Contributory factors to caregiver burden in Parkinson disease. The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine*. J Am Med Dir Assoc 2016;17:626-32.
- ISTAT. *Annuario statistico italiano*. Sanità e Salute 2015;4:111-51.
- Lopes L, Cachioni M. *Psychoeducational intervention for caregivers of elderly with dementia: a systematic review*. J Bras Psiquiatria 2012;61:252-61.
- Luchetti L, Porcu N, Dordoni G, et al. *Burden del caregiver di anziani ricoverati in una unità operativa ospedaliera per acuti e ruolo dello psicologo nella gestione del caregiver "fragile"*. Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia 2012;34:34-40.
- McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, et al. *Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients*. Stroke 2005;36:2181-6.
- Ministero della Salute. *Piano nazionale della cronicità*. 2016.
- Morley D, Dummett S. *Factors influencing quality of life in caregivers of people with Parkinson's disease and implications for clinical guidelines*. Parkinsons Dis 2012;2012:190901.
- Naiditch M, Triantafillou J, Di Santo P, et al. *User perspectives in long term care and role of informal carers*. In: Leichsenring, K, Billings J, Nies H, Eds. *Long term care in Europe: improving policy and practice*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan 2013:45-80.
- Nobili G, Massaia M, Isaia G, et al. *Valutazione dei bisogni del caregiver di pazienti affetti da demenza: esperienza in una unità di valutazione Alzheimer*. Giornale di Gerontologia 2011;59:71-4.
- Katsuki F, Takeuchi H, Konishi M, et al. *Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after brief multifamily psychoeducation: a pilot study*. BMC Psychiatry 2011;11:56.
- Kleinman A. *The illness narrative: suffering, healing and the Human Condition*. New York: Basic books 1988.
- Kuo LM, Huang HM, Liang J, et al. *Trajectories of health-related quality of life among family caregivers of individuals with dementia: a home-based caregiver training program matters*. Geriatric Nursing 2017;38:124-32.
- Raccichini L, Spazzafumo L, Castellani S, et al. *Living with mild to moderate Alzheimer patients increases the caregiver's burden at 6 months*. Am J Alzheimers Dis Other Dement 2015;30:463-7.
- Righi L, D'Ippolito E, Maccari M, et al. *Self-care management e family coaching: coinvolgere attivamente pazienti e familiari nell'assistenza domiciliare*. Evidence 2014;6:e1000073.
- Ripamonti CA, Sala F, Alessi C, et al. *Caregiving familiare e malattia di Alzheimer. Effetti del luogo di cura sul benessere psico-fisico del caregiver*. Giornale di Gerontologia 2015;63:252-9.
- Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, et al. *Caregiver burden a clinical review*. Jama 2014;311:1052-60.
- Silvano L. *Pianificazione del supporto familiare: informazione, educazione e sostegno*. Giornale di Gerontologia 2004;52:511-4.
- Van der Lee J, Bakker TJ, Duivenvoorden HJ, et al. *Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: a systematic review*. Ageing Res Rev 2014;15:76-93.
- Waldron EA, Janke EA, Bechtel CF, et al. *A systematic review of psychosocial interventions to improve cancer caregiver quality of life*. Psychooncology 2013;22:1200-7.

Appendix 1: the caregiver's voice

Thank you for the opportunity you have given us; a special thank you to your nurses, Angels on earth and example of integrity, and dedication.

Anonymous

TO YOU AND TO US:

Thanks for the reliability, availability and responsibility expressed during the course.

Thanks for the shared skills.

Thanks from ours relatives.

Anonymous

These meetings made me better understand my limits, and helped me in understanding that taking more space for me could helped to create a less conflictual relationship with my mother.

C.

This training course allowed me to "rehabilitate" and "ennoble" my volunteer/involuntary caregiver function. I have discovered with you the best sides of this important commitment.

I perceived the value of the actions.

I became aware of the importance of this role that has deprived me of many things, from work to serenity, but now I feel I have also received a great gift.

I understand so many things, I have re-evaluated life and relationships and today, thanks to you also, I appreciate myself in this particular state of partial isolation from the productive world.

You let me "know me again".

Thank you.

M. D.

Keep in mind that the feeling you have is loneliness!

You feel abandoned... alone in facing the chronic illness... it's terrible!

Thanks to you and this course I feel better!

Anonymous

It is difficult to enclose in a sentence the significance of the course and what has transmitted... but if we wanted to condense it, I would say so...

During these months with you, you helped us to understand a stage of life, tragic for sure but still life, giving us useful operational tips and not... you made us feel NOT ALONE!

You have given us more strength to deal with the difficulties because you have infused the HOPE!

Thank you so much.

C.P.

Very positive and engaging, it stimulates the sense of community.

A.S

An interesting course, conducted by competent and kind people.

Interestingly all the topics discussed.

Thank you for everything, for the time dedicated to us, for your availability.

It is obvious the love you dedicate to your work. Thank you!

L.

with these few lines I WANT TO THANK YOU for this unforgettable experience. Thank you for your generosity of mind.

Thank you for your attention, professionalism and patience.

Thank you for being always available to answer every request.

Thank you for everything you've taught us.

Thanks from the depths of the heart.

We hope to have the opportunity to meet you again.

S.

Thank you very much for your dedication, for the professionalism with which you have exposed the lessons, for how you answered all the questions and for your patience.

I have noticed the joy you have in carrying out this project, I have noticed the love and the esteem you have among you. It helps me to think of you, do a wonderful job with the sick.

I will remember each of you.

D.

At the Direction of the training course for caregivers, promoters, nursing director, at the VOINOI listening center.

We would like to express our sincere gratitude to the caregiver course, which has provided us with a valuable help to help our families get sick.

Our initial expectations have been broadly overcome for various reasons.

The various professional figures have clearly and highly professionally exposed the topics argued in a joyful and passionate way. We have noticed the desire to convey knowledge and to let us learn what we already have to put into practice in various family situations.

It was helpful to note a unity of intent, which some voice summed up in "service philosophy". We hope it will be reopened over the next few years.

Thank you very much for each one.

D.A.V. e V.

It was a positive experience and I am very pleased to have attended the course.

The welcoming and pleasant environment. The polite, courteous, reliable, professionally prepared and humble staff in the most generous and precious meaning of the term, and ultimately, so important, full of healthy contagious enthusiasm.

Thanks for everything!

P.

The course was very interesting: there were deep topics that I knew in a very "generic" way and so it was very useful to look into it.

I thank the CAMPUS and all the staff for the expertise, kindness and clarity of the show.

Thank you again and congratulations for this initiative.

A.P.

EDUCAZIONE MEDICA
MEDICAL EDUCATION

Di formazione e di felicità: riflessioni sul percorso formativo di medicina

On education and happiness: reflections on medical training

PAOLA MANFREDI

Cattedra di Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Brescia

“Si potrebbe fissare un prezzo per i pensieri. Alcuni costano molto, altri meno.
E con che cosa si pagano i pensieri? Credo con il coraggio”.

Ludwig Wittgenstein

L'articolo prende le mosse dal rilievo rispetto all'infelicità dei medici e alle cause della stessa, che la letteratura pone in uno scollamento fra aspettative e realtà, fra percorsi formativi e lavoro. Ci s'interroga quindi sull'attuale core curriculum di medicina valutando quanto esso possa contribuire o meno a rendere felici i futuri medici. Sono messi a fuoco, oltre ai contributi positivi, alcuni elementi critici. In particolare si evidenzia l'eccedenza di alcune UDE, che paiono debordare in altri ambiti professionali, svilendo in qualche modo la competenza di altri professionisti, piuttosto che favorirne la collaborazione. Per contro si sottolinea la mancanza di formazione e riflessione sulla natura del sapere, sugli aspetti metodologici, soprattutto epistemologici e filosofici. Si ravvisa una “urgenza” di tradurre in indicazioni operative e universali ciò che viene trasmesso, a discapito di un tipo di sapere, che dovrebbe primariamente fornire strumenti per comprendere la realtà. Si rileva la compresenza di diverse forme del sapere e si suggerisce la possibilità che una felicità, maggiormente connotata in senso eudaimonico, piuttosto che edonico, possa essere perseguibile valorizzando la dimensione relazionale, che si esplica a più livelli, dal modo di pensare, costruire e de-costruire il sapere, dal rapporto con altre discipline, dai legami con i colleghi, dalle relazioni con i pazienti e i parenti. Si suggeriscono infine alcune proposte per il percorso formativo dei medici.

Parole chiave: Core curriculum, conoscenza, relazione

The article is about the unhappiness of doctors and the causes of that, which literature places in a gap between expectations and reality, between training and work. The question is: can the current medical core curriculum contribute to making future doctors more happy? Some critical elements in addition to positive contributions are presents. In particular, there is a surplus of some “UDE”, which seem to fall into other professional areas, by somehow dissipating the expertise of other professionals rather than favoring their collaboration. On the other hand, there is a lack of training and reflection on the nature of knowledge, on methodological aspects, especially epistemological and philosophical. There is an urgent need to translate what is being transmitted in operational and universal terms, to the detriment of a kind of knowledge, which should primarily provide instruments for understanding reality. There is evidence of the presence of different forms of knowledge, and it is suggested that a happiness, more connoted in the eudaimonic sense rather than hedonic, can be pursued by enhancing the relational dimension, which is multi-level, from the way of thinking, building and de-build knowledge, from relationships with other disciplines, from ties with colleagues, from relationships with patients and relatives. Finally, some proposals regarding the medical training are suggested.

Key words: Core curriculum, knowledge, relationship

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

Paola Manfredi
Cattedra di Psicologia Clinica
Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Brescia
viale Europa 11, 25125 Brescia
e-mail: paola.manfredi@unibs.it

Premessa: medici infelici

Poco più di una quindicina di anni fa, a partire da un editoriale del BMJ (Smith 2001) si è presa coscienza dell'infelicità dei medici e di come questo tono negativo fosse ampiamente diffuso in vari paesi (Williams 2001; Kassirer 1998; Murray et al. 1986; Edwards et al. 2002).

Negli stessi professionisti la scarsa soddisfazione e felicità sono accompagnate dalla consapevolezza rispetto ai rischi relativi alla propria salute (Gallardo, Ferrari 2010).

Un'attenzione particolare è riservata ai medici Junior, rispetto ai quali la letteratura segnala la sensazione di sentirsi sopraffatti, con conseguenti ricadute sulla salute psicofisica. Più che il carico di lavoro, per i giovani medici l'aumento di stress pareva legato all'incertezza rispetto alla corretta scelta clinica, in assenza di un confronto con un medico più esperto e al peso emotivo nel rapporto con la morte (Baldwin et al. 1997).

Anche contributi recenti e numerosi hanno confermato il disagio dei giovani medici (ISFOL 2012; Luzzatto et al. 2011; Manpower Group 2014), mettendo in particolare in luce che tra "le maggiori difficoltà che i giovani incontrano alle prime esperienze lavorative, non vi sono le carenze di tipo cognitivo (scarse conoscenze disciplinari o degli strumenti di lavoro), quanto piuttosto l'incapacità di collocarsi adeguatamente in un ambiente di lavoro, di saper analizzare un problema e risolverlo, di comunicare efficacemente, di gestire stress ed emozioni in maniera adeguata" (Cinque 2016).

Da un certo punto di vista attendersi che professionisti quotidianamente posti a contatto con la sofferenza e financo la morte siano felici può sembrare un po' insolito.

Non so se i medici detengano un primato d'infelicità tra altri professionisti – ne dubito! – ma d'altra parte sembra difficile pensare che possa promuovere la salute, nel significato ampio che ormai le riconosciamo, chi non vive per sé un tale stato. Va precisato che parlare di felicità apre non pochi interrogativi, a partire da una definizione della stessa. Senza addentrarci, ricordiamo almeno che due sono i più importanti filoni: l'uno che apparenta la felicità all'edonia, l'altro all'eudaimonia. Quale felicità viene ricercata dai medici? Qualche indicazione in più si ricava indirettamente dalle cause che sono state poste a motivo dell'infelicità.

L'elemento chiave sembra risiedere in uno scollamento fra le attese e le risposte, fra l'impegno che il medico pone nella propria formazione, confidando di ottenere un lavoro sicuro, ben remunerato, di ricevere rispetto, considerazione e di avere la possibilità di conciliare in modo adeguato lavoro e vita privata e ciò che in pratica si trova a ottenere e ad affrontare. La realtà lavorativa espone il medico a crescenti responsabilità verso i pazienti, a rischi di denunce per malpractice, a richieste di cure personalizzate; gli chiede inoltre di sapere lavorare in équipe, esercitando anche funzioni di leadership e avendo capacità gestionali (Edwards et al. 2002).

Sembrerebbero quindi in primo piano aspetti edonici, forse anche perché più facili da rilevare e riferire.

A distanza di anni potremmo dire che la formazione dei medici è meglio declinata sulle diverse esigenze della società, sulle caratteristiche dei pazienti e sulle diverse culture compresenti nella nostra società? I medici che formiamo potranno essere più felici?

Prendiamo in considerazione il core curriculum di medicina.

Contributo: core curriculum

In primo luogo colpisce la mole delle conoscenze e delle competenze richieste: 1839 elementi.

Rispetto ai contenuti, a parte le conoscenze e le abilità attese, perché strettamente mediche o implicate nell'esercizio della professione, come ad esempio la conoscenza di aspetti etici o comunicativo-relazionali, si apprezza l'intento di un'attualizzazione del sapere medico che tenga in considerazione anche dimensioni socio-culturali, come negli elementi sotto riportati.

- 669 Definire la visione della salute, della malattia e del malato nelle principali culture contemporanee.
- 670 Discutere la possibile dimensione multi-etnica della medicina futura.
- 658 Descrivere il ruolo dei nuovi linguaggi (pubblicità, mezzi audiovisivi ecc.) nella diffusione di comportamenti con impatto anche sanitario (alimentazione, attività fisica, sessualità ecc.).

Nell'ottica di attrezzare professionisti a inserirsi in un ambiente di lavoro potendo fornire cure personalizzate, avere elementi di lettura almeno delle differenze culturali e dei diversi messaggi veicolati dai media, è certamente significativo e va nella direzione, se non proprio di coltivare la felicità, almeno di ridurre le occasioni di frustrazione e di infelicità.

Ancor più rilevante è l'attenzione per gli aspetti emotivi e motivazionali del medico:

- 1572 Riconoscere, valutare e utilizzare, valorizzandole nella relazione clinica, le implicazioni emotive e motivazionali che sottendono alla propria scelta della professione medica.

Sebbene qualche perplessità nasca dalle effettive possibilità di raggiungere l'obiettivo indicato, tenuto conto del rapporto, numericamente sfavorevole, docenti/studenti e delle conseguenti attività formative nella forma tradizionale.

Per quanto attiene al tema della morte è stata riservata una modesta attenzione, quando invece la tematica avrebbe meritato una maggiore considerazione, dal momento che è uno degli elementi che concorre a incrementare il disagio nei medici. Del morire, della morte e dell'elaborazione del lutto si tiene invece conto solo verso gli altri, verso persone con cui il medico potrà trovarsi a parlarne, che siano colleghi,

pazienti o familiari, ma non è riconosciuto e previsto per sé uno spazio per elaborare questi temi.

Sembra che l'attenzione sia posta più sul fornire una "prestazione spendibile" nei confronti dei pazienti e dei familiari, piuttosto che supportare un'autentica riflessione, utile anche a sé, non solo a un "pubblico", dal momento che la morte riguarda ognuno di noi e forse anche più chi ne viene per lavoro puntualmente a contatto. Resta inoltre da comprendere come sia possibile supportare altri nel percorso di elaborazione del lutto, se non si è maturata, in un percorso personale, tale capacità.

698 Discutere con i colleghi e con il paziente e/o i familiari sulle tematiche della morte e del morire, della eutanasia ed eubiosia.

1610 Educare all'elaborazione del lutto e alla valorizzazione personale della esperienza.

Si rileva inoltre come, sebbene varie voci delle UDE facciano esplicito riferimento alla cronicità, l'educazione terapeutica del paziente viene citata in una sola voce:

1507 "Simulare una seduta di educazione terapeutica del paziente diabetico".

In realtà già nel 1988 l'OMS definiva l'educazione terapeutica del paziente come efficace strategia di cura delle patologie croniche, ai fini di "permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia". Ciò viene realizzato aiutando "il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia e il trattamento e a farsi carico del proprio stato di salute".

L'adozione di tale prospettiva non è però immediata, dal momento che essa si configura come un processo ininterrotto, integrato alle cure e centrato sul paziente. L'educazione implica attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione e sostegno psicologico concernenti la malattia, il trattamento prescritto, le terapie, il contesto ospedaliero e di cura, le informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute e di malattia. Non si tratta di acquisire qualche competenza psicologica e pedagogica". (*Ces formations ndr*) *doivent aussi contribuer à la redéfinition du rôle soignant, voire de l'identité professionnelle, si différente dans la maladie chronique par rapport à celle qui domine dans la "médecine de l'aigu"*.

È plausibile quindi che emergano una serie di difficoltà "difficulté de mettre en pratique certaines compétences indispensables, dont la capacité à explorer les représentations des patients et d'en tenir compte, celle de négocier les recommandations et traitements afin de les rendre acceptables et faisables, et enfin de permettre au patient d'assumer pleinement sa responsabilité et liberté dans la vie avec sa maladie, y compris dans les erreurs et l'autoévaluation de sa santé" (Deccache et al. 2009).

Anche se una formazione più specifica e pratica potrà essere acquisita successivamente, un contatto meno fugace con questa prospettiva di cura potrebbe quindi giovare, orientan-

do fin da subito lo studente a una *forma mentis* più efficace nella cronicità.

Altro elemento che colpisce è che le conoscenze che si vorrebbe un medico possedesse, pur numerose nel campo specifico, sembrano eccedere e debordare in ambiti limitrofi, svilendo in qualche modo la competenza di altri professionisti, piuttosto che favorirne la collaborazione.

L'ambito "psi" offre in particolare elementi di criticità. Ci si attende, ad esempio, che un medico conosca strategie in grado di regolare i processi cognitivi ed emozionali, a tutte le età.

1570 Descrivere come riconoscere e regolare, applicando le adeguate strategie, i processi cognitivi ed emozionali associati alle reazioni alla malattia, allo stress, al dolore nelle interazioni con i pazienti in età evolutiva, adulta e senile.

Oppure che sappia fare (abilità pratica) una valutazione psichica, una valutazione della personalità (sia attraverso strumenti psicometrici, sia attraverso una raccolta anamnestica) e un monitoraggio della terapia, che sappia applicare test cognitivi e psico-diagnostici ecc.

624 Valutare la personalità e lo stile di vita del paziente attraverso la raccolta dell'anamnesi (approccio qualitativo).

1584 Valutare la personalità con adeguati strumenti psicometrici.

1587 Eseguire uno status/valutazione psichica/del paziente.

1598 Valutare in un caso clinico (scritto, simulato o reale) gli elementi per la terapia dei disturbi di personalità.

1590 Applicare i principali test cognitivi.

1591 Somministrare i principali test psico-diagnostici.

Si precisa che principi di etica e qualificazione professionale determinano l'esistenza di norme che consentono solo a persone qualificate l'acquisto e l'uso di strumenti testistici. In particolare l'assessment della personalità è vincolato a un codice di accesso che è B2 o C, a seconda dei test, e quindi l'uso è consentito a medici che siano specializzati, in geriatria, neurologia, pedagogia, o medicina fisica e riabilitazione, per quanto concerne il codice B2; in neuropsichiatria infantile, psichiatria, psicologia clinica o psicoterapia, per quanto concerne il livello C. Questi principi sono in sintonia con gli *Standards for Educational and Psychological Tests*, definiti nel 1985 e recepiti da organizzazioni quali l'*American Psychological Association* (APA), l'*American Psychiatric Association* (APA), l'*American Counseling Association* (ACA), l'*International Personnel Management Association* (IPMA) e l'*American Educational Research Association* (AREA), l'*European Test Publishers Group* (ETPG) e dall'*International Test Commission* (ITC). Secondo tali standard, l'utente di test deve assumersi varie responsabilità, tra queste l'uso corretto degli strumenti e in particolare l'accurata valutazione di quale, fra gli strumenti di assessment disponibili, sia quello maggiormente adatto ai propri fini.

È evidente che il core curriculum di medicina e chirurgia non può prevedere l'acquisizione di competenze che infrangerebbero norme e standard internazionali, quindi bisogna immaginare che le valutazioni possano avvenire attraverso la somministrazione di test che non richiedano una qualifica specifica; ma allora che tipo di validità ha una valutazione che non può avvalersi degli strumenti più idonei per essere compiuta? Vi è, nei medici e nei pazienti, consapevolezza di ciò? E soprattutto che senso ha appesantire un curriculum già impegnativo inserendo unità didattico-elementari con gradi di conoscenza "generali" o "particolareggiate", competenze "interpretative" o "comunicativo-relazionali" e abilità "pratiche" che altri professionisti potrebbero meglio assolvere? Non potrebbe essere più utile e proficuo imparare a fare degli efficaci invii?

Last but not least, colpisce la mancanza di formazione e riflessione sulla natura del sapere, sugli aspetti metodologici, soprattutto epistemologici, filosofici, ma anche un investimento più deciso sulla capacità di utilizzare il sapere, di declinarlo nelle specificità, di adattarlo alle situazioni concrete, di usare i concetti per comprendere la realtà. Vi è certamente l'esigenza, legittima, fondamentale, di un sapere che si traduca in pratica, dal momento che il medico è chiamato a "fare", a "esercitare" la sua professione, ma la pratica è sostanziata da un pensiero e non tutto ciò che non è pratico ha lo stesso valore teorico. Sembra invece che vi sia una "urgenza" di tradurre in indicazioni operative ciò che viene trasmesso, come se tutto potesse e dovesse esprimersi in linee guida, come se ci fossero delle scelte valide per tutti i pazienti, a partire da categorie degli stessi. Eppure, già da un punto di vista strettamente somatico, lo sviluppo della medicina va nell'ottica di valorizzare la specificità, pensiamo ad es. ai farmaci mirati sul corredo genetico dei singoli pazienti e ancor più l'attenzione all'unicità la si ritrova nella dimensione relazionale. Pur riconoscendo che la sinteticità delle formulazioni delle UDE può dare luogo a diverse interpretazioni, colpisce però, oltre a quanto già riportato sul versante "psi", che ad esempio, anche nella comunicazione con il paziente si faccia riferimento a pazienti classificati per patologie fisiche. Eppure la comunicazione delle cattive notizie può essere gestita a seconda delle capacità di stare nella relazione, nella consapevolezza dei propri vissuti affettivi e di quelli del paziente e dei suoi familiari, delle risorse e delle fragilità, dei significati, delle possibilità di resilienza ecc. È poi utile avere un canovaccio generale, come ad esempio l'articolazione delle fasi, che caratterizzano il processo di comunicazione di una cattiva notizia, secondo il modello SPIKES, proposto da Buckman (2003), ma è piuttosto riduttivo pensare di sapere trasmettere una diagnosi infausta al "paziente oncologico, paziente affetto da malattia invalidante, paziente affetto da malattia neurodegenerativa, qualsiasi quadro che implichi una radicale riorganizzazione della vita del paziente – oggettivamente o soggettivamente percepita (UDE 1543, 1574),

come se la patologia fosse l'elemento cardine, distintivo dei pazienti, della loro dimensione umana e personale.

L'acquisizione di tecniche comunicative e di capacità relazionali è di grande valore, ma esse vanno inquadrare in un sapere che non ha le medesime caratteristiche di quello medico tradizionale. Non si tratta solo di acquisire delle indicazioni, di conoscere quali possono essere le forme in cui si esprime il nostro dire, ovvero le tecniche comunicative, altrimenti tutto si traduce nell'applicazione di regole, come una danza in cui i passi sono corretti, ma non c'è la sostanza, non c'è bellezza, non c'è armonia, non c'è efficacia.

Lo stesso possiamo dire ad esempio per l'attaccamento. Ci sono vari modelli di attaccamento, sviluppatosi fin dagli anni Settanta a partire dai lavori di Bowlby, ma differenziate con i contributi in particolare di Main, di Crittenden, di Cassidy. Anche il core curriculum prevede un insegnamento così formulato:

1536 Discutere la teoria dell'attaccamento nei diversi ambiti di applicazione (adozioni, separazioni, ospedalizzazioni, fattori di rischio in ambito psichiatrico) con le diverse tipologie di soggetti (età evolutiva, adolescenti, adulti, anziani) e gli effetti della separazione.

È come se s'immaginasse un "sommario" che predilige, alla complessità delle teorie, al ragionamento clinico, una traduzione semplificata e operativa. Serve?

Forse sarebbe più utile rinunciare al desiderio di sapere tutto, puntando invece sull'acquisizione critica, approfondita di pochi concetti teorici che il medico possa, con la sua intelligenza e le sue capacità, utilizzare nella pratica clinica, principalmente per comprendere il paziente, la situazione e poi anche per intervenire, magari con un invio corretto ed efficace.

Il rischio diversamente è di "recitare un bel copione", di fare cose formalmente corrette, ma non significative.

Questo è il caso di Olga, vent'anni e un cancro all'utero. La diagnosi è stata fatta correttamente e le sono state date chiare informazioni sulla patologia, le cure, il decorso, le possibilità di sopravvivenza. Le è stata spiegata la necessità di un intervento chirurgico, le è stato dato tempo, ma Olga non vuole dare il proprio consenso all'intervento. Con grande dispiacere e frustrazione i medici sono rassegnati a dover dimettere la giovane donna, senonché un giovane studente di medicina, abbandonando l'idea di "convincere" la paziente, cerca di capire. Osserva che la paziente non riceve visite dai familiari e parlando con lei apprende che la madre morì partorendola e che il padre non è riuscito ad avere una buona relazione (accudimento-attaccamento) con lei. Olga sente di essere stata la causa del decesso materno e che il padre non può perdonarla per questo. L'avvicinamento consapevole del padre permetterà alla paziente di non sentirsi in colpa per la sua vita, di autorizzarsi a vivere e di accettare l'intervento.

Meno fortunata è stata invece Catia, anche se ha apparentemente ottenuto ciò che desidera. Catia si reca in ospedale con la richiesta di abortire, ma solo nel pomeriggio, per non

lasciare – dice – il lavoro al mattino, nel bar di genitori, che non sanno nulla. Ha 32 anni ed è il suo quinto aborto. Ha avuto un aborto nel pomeriggio e un opuscolo informativo sulla contraccezione. Nessuno si è chiesto perché quella giovane donna abbia dovuto farsi per cinque volte così male, nel corpo e nella mente, né quale vita viva davvero, se sia sola, se sia maltrattata, abusata ecc.

Vi è un accumulo di conoscenze, ma poca riflessione sulla costruzione del sapere, sulla sua natura e sulle modalità d'uso. È evidente che molti di questi aspetti possono, ma non necessariamente, essere trasmessi in modo trasversale in corsi e insegnamenti diversi, ma ponendosi il core curriculum come una sorta di summa, forse poteva trovare spazio anche un'attenzione "sostanziata" alla persona.

Va riconosciuto che questo curriculum rappresenta un lavoro *in fieri* e che limiti o nuovi obiettivi in questo percorso sono già stati evidenziati dalla conferenza permanente dei presidi, ad esempio l'obiettivo di un'importante riduzione del numero delle UDE.

In particolare vogliamo ricordare quanto scrivono in proposito Della Rocca et al. (2017): "Anche quest'ultima revisione, infatti, sembra ancora viziata da un'idea di "core" riferita più alle diverse branche specialistiche che al concetto del cosiddetto "medico standard", inteso come il neolaureato che possiede le basi della professione medica ed è quindi in grado di affrontare e risolvere i problemi di salute posti dai singoli pazienti e dalla comunità nella prevenzione, nella diagnosi, nella terapia e nelle riabilitazione delle malattie di più comune riscontro, individuando, cercando, acquisendo e infine mettendo in pratica, al proprio livello operativo, le conoscenze e le strategie adeguate. Ci sarà tempo per affinare, in senso specialistico o generalistico, le competenze necessarie all'esercizio pieno della professione durante la formazione post-laurea. Il neolaureato deve possedere gli strumenti indispensabili per perfezionare la sua formazione di base che oggi, stante la continua e veloce progressione delle conoscenze, non può essere mai considerata realmente completa, perché dovrà continuare per tutta la vita professionale nell'ambito di un'educazione medica continua".

Sebbene nello scritto ci si rammarichi di uno sbilanciamento, più contenuto rispetto al passato, delle abilità pratiche e teorico-pratiche rispetto a quelle teoriche (73,12%), di fatto esse sono individuate solo come l'ultimo passo di un percorso che efficacemente viene descritto "individuando, cercando, acquisendo e infine mettendo in pratica, al proprio livello operativo, le conoscenze e le strategie adeguate". Si tratta quindi di osservare e sapersi fare interrogare dai dati, in modo da cogliere l'esistenza di un problema: sapere osservare e porsi domande è il primo passo. Individuato il problema e posti gli interrogativi, in un'ottica di *problem solving* si ricercheranno informazioni, conoscenze, strategie al fine di giungere al *decision making*. Andranno poi valutati sia il risultato sia il processo di apprendimento. L'acquisizione di

un sapere in gran parte per "trasmissione" lascia spazio alla consapevolezza della mancanza e alla capacità di acquisire, di fare proprio, di saper utilizzare un sapere?

La sfida è sulla possibilità che lo studente acquisisca gli "strumenti indispensabili" per questo processo e per "affinare le competenze necessarie". La "competenza" non è solo il prodotto di un accumulo di conoscenze. Ridurre le informazioni può essere una premessa, ma è un'operazione quantitativa; il focus va posto sulla qualità. Parafrasando Montaigne possiamo chiederci se una testa meno piena sia anche una testa ben fatta.

Contributo: forme del sapere

La formazione medica ha attraversato i secoli, modulandosi e interrogandosi sulla propria funzione e natura, fin dalla prima formazione clinica, di tipo scolastico o strettamente boerhaaveano – 'protoclinica' secondo Foucault – piuttosto che neoippocratica, all'avvento della medicina sperimentale. Numerosi sono stati i cambiamenti, ma almeno un dato era rimasto costante: l'esclusività del rapporto medico paziente. Il medico era solo, attrezzato solo del proprio sapere di fronte al paziente e alle angosce più grandi dell'essere umano, *in primis* la morte e la morte nel suo farsi, nel deterioramento scritto nel corpo e nella mente. In tale contesto, in cui si palesa in maniera inequivocabile l'incertezza e la fragilità dell'esistenza, è comprensibile il desiderio di un sapere forte, onnicomprensivo, che opponga a tale angoscia il controllo, la previsione, la conoscenza. Dal momento che la morte non è per sempre evitabile, poterla prevedere, attraverso l'interpretazione dei segni clinici, la conoscenza del decorso della malattia, dà una sorta di controllo che attutisce l'angoscia (Kubler Ross 1976), tralasciando in questa sede le strategie difensive che consentono di scotomizzare alcune valenze affettive personali e relazionali.

L'esigenza di un sapere forte ed esteso ha attraversato gli ultimi secoli della storia della medicina. Questo avviene sebbene siano nel tempo cambiate le modalità con cui viene rappresentata l'acquisizione di questo sapere. Differenti forme del sapere, diverse "Scuole" sono diacronicamente e sincronicamente presenti nella nostra cultura, pertanto può essere interessante provare a rintracciarle nella formazione medica.

Secondo Recalcati (2014) vi è un modello di scuola che denomina Scuola Edipo, che si fonda sulla potenza della tradizione, sull'autorità del padre e sulla fedeltà al passato. È un sapere che vorrebbe offrire tutte le risposte, che satura ogni domanda, che richiede quindi adeguamento alla realtà a detrimento di ogni spinta utopica. È, coerentemente, connotato in senso gerarchico, con chiara dissimetria generazionale e una dinamica che si muove tra rispetto della legge, trasgressione e colpa. Sebbene tale modello sia storicamente superato dalle contestazioni dell'68 e dell'77, esso permane,

accanto a nuove forme, in aree più circoscritte, in esperienze più settoriali.

Esso non sembra del tutto estraneo ai percorsi formativi dei medici di oggi; pensiamo ad esempio ad alcune esperienze di tirocinio, che non di rado vengono vissute dagli studenti come una sorta di rito di iniziazione, in cui si pensa di dover dare prova di devozione, fedeltà, sudditanza e disprezzo della fatica fisica. Il primario, il cattedratico è un riferimento chiaro, sovente un modello a cui tendere, a cui conformarsi (*captatio benevolentiae* inclusa), a volte anche da osteggiare. La gerarchia è molto forte, sia in ambito universitario, sia nelle cattedre ospedaliere.

Anche i contenuti scientifici sono in genere acquisiti come se fossero dati oggettivi, certi, solidi, e non risultato di ricerche, di esperimenti, di interpretazioni e quindi falsificabili. Indicativo è anche il fatto che normalmente sia considerato irrilevante ricordare gli autori o contestualizzare storicamente le informazioni.

Più evidente è però un altro modello, che viene definito narcisistico (*ibidem*, 2014).

Alla dimensione gerarchica della Scuola Edipo, la Scuola Narciso oppone una “orizzontalità liquida”, in cui si scioglie la differenziazione simbolica dei ruoli. Mentre Edipo conosce la fatica (“piedi gonfi” da οἶδος, “rigonfiamento” e πούς, “piede”) Narciso tende all’eliminazione dell’ostacolo.

Mentre nel precedente modello il primato era assunto dall’educazione, sul modello morale del “raddrizzamento ortopedico delle viti storte”, il modello ora in auge è ipercognitivista, e ha come obiettivo il riempimento di vasi vuoti, il travasamento del sapere. Al libro e alla parola, intesa nella sua responsabilità e pienezza, si sostituisce il file e l’assimilazione rapida e spesso acritica di informazioni e con predefinite performance, la computerizzazione delle conoscenze ai fini produttivi, l’omologazione, attraverso una concezione efficientistica della didattica.

Siamo immersi in una cultura visiva, in immagini spesso intense e rapide che vengono assunte come dati oggettivi e non interpretabili, quindi anche le informazioni culturali tendono a venire, come le immagini, acquisite passivamente, senza filtro e senza sforzo.

Pensando alla formazione medica universitaria, ciò si traduce in una tendenza a ridurre la bibliografia necessaria per la preparazione degli esami, a evitare di inserire nei programmi ciò che non è stato trattato durante le lezioni, lasciando spazio alla sempre più in auge “sbobinatura delle lezioni”. In tal modo si rischia che la selezione delle informazioni essenziali sia compiuta dal docente e che al discente spetti il compito di incamerarle tutte, nella loro totalità, senza una comparazione tra un surplus d’informazioni, senza una valutazione e un’analisi critica per ricavare ciò che è importante per sé.

D’altra parte viene rafforzato il rapporto “simbiotico con l’oggetto tecnologico e con la connessione perpetua alla rete” (*ibidem*, p. 27), che sostengono l’illusione di un sapere scon-

finato e sempre disponibile, che a sua volta può contribuire ad alimentare un ideale di prestazione.

Il numero ampio di studenti iscritti ai corsi, nonostante il numero chiuso, rende di fatto assai poco praticabile un rapporto interpersonale e un confronto; vi è uno svilimento della funzione dell’insegnante, che non può certo ritagliarsi secondo il modello di Recalcati: come “colui che sa entrare in modo singolare con l’impossibilità che attraversa il sapere, che è l’impossibilità di sapere tutto il sapere” (*ibidem*, p. 5).

Se anche possiamo concordare sul fatto che non sia sufficiente la capacità di fare “belle” lezioni per essere un buon docente (Turner, Palazzi, Ward 2008) e che obiettivo comune ai diversi insegnamenti sia lo sviluppo di un pensiero critico (Ennis 1987) di fatto, nelle coordinate attuali, al docente non si chiede certo di testimoniare la mancanza, né la capacità negativa, né di porre quesiti, ma piuttosto di diventare un buon retore, di semplificare i contenuti e di renderli chiari, in qualche modo “pre-digeriti”, in modo da ridurre la fatica, tant’è che la logica evoluzione è l’insegnamento a distanza, che negli USA arriva a essere concepito nella forma di brevi corsi online standardizzati. Fortunatamente l’esperienza europea segue un approccio un po’ diverso. L’*European Association of Distance teaching Universities* (EADTU) ha dato vita alla piattaforma OpenupEd (www.openuped.eu) non con l’intento d’omologare i modelli e gli approcci, ma per valorizzare la diversità, tant’è che ogni università europea presenta su Openup il proprio modello di MOOC. Tuttavia la diffusione di alcuni percorsi formativi in rete ha posto il problema dell’assenza di un rapporto diretto, sia nel percorso di apprendimento, sia in quello valutativo (Garito 2013).

“La Scuola neoliberale – scrive Recalcati – esalta l’acquisizione delle competenze e il primato del fare, e sopprime, o relega in un angolo stretto, ogni forma di sapere non legato con evidenza al dominio pragmatico di una produttività concepita in termini solo economicistici (...). Garantire l’efficienza della performance cognitiva è divenuta un’esigenza prioritaria che risucchia le nicchie necessarie del tempo morto, della pausa, della deviazione, dello sbandamento, del fallimento, della crisi, che invece, come sanno bene non solo gli psicoanalisti, costituiscono il cuore di ogni autentico processo di formazione” (*ibidem*, p. 13).

Le università sono invece chiamate e valutate a condurre il maggiore numero di studenti alla laurea nei tempi previsti e con una valutazione alta. Una battuta d’arresto, una lentezza, una deviazione vengono assunti con preoccupazione, come qualcosa da evitare e a cui porre rimedio. Del resto se il sapere è pensato come anonimo, burocratico, privo di soggettivizzazione, non è data la possibilità che le deviazioni possano essere anche arricchimenti, ma solo rallentamenti. Ciò non significa che ogni rallentamento sia da salutare come positivo, né d’altra parte che ogni celere e perfetto percorso sia davvero un successo, come ben sanno manager di multinazionali che preferiscono non assumere laureati con curricula troppo brillanti.

Sebbene le conoscenze mediche costituiscano un bagaglio corposo, tanto che il corso di laurea in medicina e chirurgia è l'unico ad avere una durata di sei anni, da un certo punto di vista potremmo sorprenderci del grande investimento, della grande fatica richiesta agli studenti di medicina per l'apprendimento, in gran parte, mnemonico, considerando che la memoria del nostro cervello può essere supportata, o vicariata dai nostri computer, chiavette USB, dischi rigidi, server e l'accesso alle stesse informazioni è favorito e moltiplicato dalla rete. In un tempo in cui le conoscenze evolvono rapidamente, in cui respiriamo la fluidità del nostro vivere è davvero prioritario fornire tante conoscenze, come se non dovessero mai essere falsificate? Come se quelle di oggi bastassero per un domani, che arriva sempre più rapido, travolgendo i saperi di ieri? Possiamo davvero credere sia ancora valido il rassicurante detto "Quando pianti per un anno pianta grano. Quando pianti per un decennio, pianta alberi. Quando pianti per la vita, coltiva ed educa persone"? Qual è allora l'esigenza, a quale bisogno risponde? Forse proprio il bisogno di certezze, di stabilità.

Nonostante il grande impegno nello studio della medicina, a volte, ingeneri negli studenti un vissuto di onnipotenza, un atteggiamento arrogante, per cui ogni altro corso di laurea e ogni altro professionista non hanno la dignità e il valore attribuito al proprio percorso, non si può non cogliere con tenerezza la nostalgia e la fatica per la ricerca di un punto fermo, punto fermo che spesso nasce come risposta collusiva alle esigenze dei pazienti. A volte ancora sentiamo "me l'ha detto il medico" con lo stesso tono di un "ipse dixit"! È un po' come dire che possiamo convivere con la fluidità, del lavoro, dei rapporti, dei luoghi di vita, ma quando stiamo male abbiamo necessità di certezze, di un punto fermo e quindi chi deve rappresentare questo punto fermo, un po' Edipo e un po' Narciso, conserva l'esigenza di un sapere totale e autorevole. L'esigenza è certo comprensibile, ma meno efficace è la risposta, che rischia di tradursi in una delega esterna, in una dipendenza da un sapere legittimato e certificato dal ruolo, più che da una maturata autorevolezza personale.

Ma si può immaginare anche altro?

Conclusioni: uno sguardo al futuro

Ci sono altri tipi di sapere e di apprendimento

Bateson (1977) individuò tre tipi di apprendimento: l'apprendimento mnemonico, il deuteroapprendimento, che riguarda la cornice teorica in cui s'inseriscono le informazioni e un terzo livello, che inerisce la capacità di compiere operazioni sulla cornice cognitiva, compresa quella di eliminare la cornice. Si tratta di una revisione radicale per dare senso a quei dati che nella vigente cornice concettuale risultano eccezioni, eccezioni che non confermano la regola. Si tratta di operare a quel livello che Thomas Khun definisce di rivoluzione sci-

entifica. Bauman (2012) ritiene che quest'ultimo apprendimento sia "una delle più importanti basi dell'impostazione, e potenzialmente anche dell'ideologia, dell'educazione – e in realtà anche del significato più saliente della conoscenza e dei suoi modi di produzione, distribuzione, acquisizione, assimilazione e utilizzazione" (*ibidem*, p. 23). A suo giudizio la nostra attuale conoscenza è "uno stato di rivoluzione permanente" (*ibidem*, p. 31).

Un analogo cambiamento si manifesta anche a livello epistemologico, nel passaggio dai criteri di scientificità modulati sulla scienza sperimentale, l'epistemologia classica, all'epistemologia della complessità.

Da parte sua anche Recalcati (2013) individua un altro personaggio mitologico per parlarci di un altro modo di rapportarci al sapere: è la figura di Telemaco.

Telemaco attende, spera, desidera, cerca e si muove alla ricerca del padre Ulisse e il padre che trova non è l'eroe, è un vecchio Ulisse. Attraverso la giovane figura del figlio, l'autore ci parla di un'eredità, e il sapere è una grande eredità, che può diventare nostra solo a partire dalla percezione di un'assenza, di un mancanza, a partire dal riconoscimento del debito. Il padre Ulisse non è Laio, non è il padre di cui sbarazzarsi, il padre da uccidere perché la contrapposizione è o lui o io; Telemaco non è Edipo, non cerca la contrapposizione, non rifiuta di essere figlio.

Non siamo nemmeno nell'orizzonte solitario di Narciso, che basta a se stesso, che ricerca una felicità individuale senza alcun legame, che non vive alcun conflitto generazionale, a fronte di un'assimilazione indistinta e di un'evaporazione delle figure genitoriali.

Ulisse è un padre che si può incontrare, che apre mondi e che permette di andare oltre. Telemaco testimonia la possibilità di essere figli; chiede il ripristino della legge, a tutela propria, contro i proci, coltiva il proprio desiderio; coniuga quindi Legge e Desiderio.

"I suoi occhi sono aperti sull'orizzonte e non estirpati, accecati dalla colpa per il proprio desiderio criminale, né sedotti mortalmente dal fascino della sua bellezza sterile" (*ibidem*, p. 112).

Anche nell'apprendimento potremmo trovare questo equilibrio fra Legge e Desiderio, rendendosi possibile un incontro e quindi un confronto, nel riconoscimento critico del sapere costruito, conosciuto, valutato, utilizzato e superato, o superabile, un incontro sostanzialmente con la natura del sapere, la quale porta in sé i rischi di errore e d'illusione. Così come avviene in ogni esperienza di vita: non c'è nessuna garanzia che il nostro impegno, le nostre valutazioni, i nostri investimenti, affettivi e non, rechino i frutti sperati, reggano alla prova del tempo, si rivelino "sani" o utili. L'unica possibilità di apprendimento e di sviluppo, nel senso bioniano di "apprendere dall'esperienza", è nella relazione e quindi possiamo dire che il rischio è insito nella nostra essenza umana, perché fin da subito e per sempre noi non possiamo essere sufficienti a noi stessi, ma dipendiamo sempre da un desiderio altrui. Delusio-

ni, soddisfazioni, desideri, ostacoli, incertezze, fallimenti, soddisfazioni, fatiche, entusiasmi, errori, comprensioni, aperture, chiusure, speranze sono il nostro vivere.

Quali opportunità per il medico?

Abbiamo premesso e ipotizzato che la difficoltà di confrontarsi con la morte e con pazienti che chiedono al medico le certezze che ovunque nella nostra vita si sono disciolte, possono indurre o sostenere l'adozione e la ricerca di un sapere forte e saturo. Il nostro tempo offre però anche altre possibilità.

Rispetto al passato il medico non è più da solo di fronte al paziente. Non possiamo non rilevare come sempre più la risposta di salute sia declinata in una dimensione d'équipe, con l'apporto di specialisti diversi. A parte le malattie comuni e le acuzie, la maggioranza dei pazienti chiede l'intervento medico, perché affetta da patologie croniche o per la gravità delle patologie: nell'uno e nell'altro caso ha anche come riferimento uno o più specialisti.

Anche quando il medico non è strutturato all'interno di équipe, come può essere un medico generalista, gli è richiesto una sorta di coordinamento, di ponte; dovrebbe cioè funzionare come un "direttore dei lavori", che sappia orientare i pazienti, indirizzarli e tenere il filo dei diversi specialisti.

Al direttore dei lavori serve più che un sapere esaustivo, un sapere che gli consenta di avere una visione d'insieme, di leggere le relazioni, la "struttura che connette"; serve la capacità di fare un passo indietro, per cogliere i legami, gli snodi, per individuare le priorità. Serve la capacità di muoversi nella complessità, cogliendo che componenti differenti sono parti di un tutto e sono interdipendenti. Serve la capacità di organizzare, più che di accumulare, le informazioni e di coglierne l'interconnessione anche nell'apparente frammentazione (Morin 2000). Come il direttore d'orchestra non sa suonare tutti gli strumenti, ma sa dirigere l'orchestra, così le competenze che un laureato in medicina dovrebbe possedere più che essere la somma di diverse specialità dovrebbero forse essere pensate come capacità di lettura sistemica. Il core curriculum dovrebbe allora consentire ai medici di costruire questa visione d'insieme, nella quale i percorsi delle specialità potrebbero inserirsi "zoomando" su aree circoscritte.

La possibilità di costruire e pensarsi nelle relazioni può offrire un valido sostegno nei confronti delle angosce di morte e può contemporaneamente allentare la pressione dei pazienti sui medici, moltiplicando gli interlocutori. Il potersi confrontare con gli altri, non sentire incombere su di sé l'esclusiva responsabilità della salute altrui può ridurre l'angoscia e permettere di adottare meccanismi di difesa e strategie di coping più efficaci. Va riconosciuto che anche i pazienti sono cambiati e non hanno generalmente atteggiamenti filiali nei confronti di medici paternalistici, ma vi è la tendenza a entrare in relazioni più come interlocutori adulti, condividendo anche il processo decisionale (Silverman et al. 2015).

In sintesi quindi sia l'accesso al sapere, sia il lavoro sono sempre meno pensabili nella singolarità e sempre più nella dimensione gruppale, nel confronto e nella gestione delle risorse comuni.

Le caratteristiche evidenziate interrogano l'identità del medico, il quale riuscirà a essere tanto più efficace tanto più farà sua una prospettiva "relazionale", nel sapere e nel lavoro. La soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie, la costruzione di un percorso condiviso, la curiosità per altre letture, la stima dei colleghi, l'aiuto dato e ricevuto, la consapevolezza di non essere responsabili di tutto, per quanto chiamati a fare la propria non delegabile parte, il confronto con altri saperi, nella rinuncia all'esclusività e nel riconoscimento dell'importanza del proprio contributo, spostano la centatura da un orizzonte individuale a una dimensione relazionale e potenzialmente dalla ricerca di una felicità edonica a una più eudaimonica.

Sarebbe un grande traguardo per l'educazione se essa, come auspicava Rousseau, insegnasse a vivere, ma se adottiamo un'ottica relazionale, dobbiamo ambire a che tale insegnamento non rimanga circoscritto ai singoli, ma promuova un buon vivere sociale. Il medico che esercita con pienezza il proprio lavoro non solo può essere più soddisfatto, e con lui i suoi pazienti, ma trasmette un valore che è testimonianza, cambia, per quanto sta a lui, una piccola parte di mondo, migliorando la società in cui viviamo.

Allora studiare ha senso.

Quali prospettive attuali

Perché le opportunità indicate possano diventare concretamente fruibili è necessario che le informazioni trasmesse, le competenze sviluppate e il sistema in cui questo avviene siano coerenti. È la condivisione, consapevole, esplicita, fattuale, di un orizzonte complesso, di discipline pensate come interconnesse e di uno specifico modo di intendere la figura professionale del medico, che informano le scelte e le proposte educative e formative di tutti e di ciascuno. "Non s'insegna quello che si sa o quello che si crede di sapere: s'insegna e si può insegnare solo quello che si è" (Jean Léon Jaurès).

Se riteniamo ad esempio che elementi cardini siano la capacità di riflettere sulla costruzione del sapere, l'approccio interdisciplinare e le capacità relazionali, questi devono tradursi in sapere ed esperienza: devono "essere respirati". Non ci sono insegnamenti che ne hanno l'esclusiva, né insegnamenti che ne sono esentati.

La strutturazione del percorso universitario offre già una cornice, che può favorire proprio questi apprendimenti, a partire dai corsi integrati. Per lo meno sulla carta, docenti di diverse discipline sono chiamati a progettare insegnamenti che favoriscano la connessione, il confronto e la sintesi. La curiosità per modi diversi di leggere i fenomeni, il rispetto per altri saperi e l'umiltà con cui si può considerare il proprio, il piacere della ricerca, la condivisione degli interrogativi e dei problemi, scientifici e clinici, possono motivare i docenti a

lavorare insieme e a costruire corsi davvero integrati. Questa scelta e questo atteggiamento, forse prima ancora degli specifici contenuti trasmessi, è messaggio, è insegnamento per gli studenti. Certamente implementare un percorso integrando ogni contenuto disciplinare è un obiettivo arduo, ma sarebbe auspicabile e percorribile, almeno un preliminare confronto fra docenti di corso integrato e la proposta di qualche attività congiunta. Potrebbe ad esempio essere organizzata la discussione di casi clinici preparati *ad hoc*, in cui s'integrino i contributi di discipline diverse. Sarebbe significativo poter sperimentare la capacità di accogliere o di sopportare (capacità negativa) l'impossibilità, magari temporanea, di capire tutto e di risolvere pienamente ogni problema, senza mettere in atto meccanismi disfunzionali per sé e per il paziente.

Un'altra significativa opportunità è data dal lavoro di tesi. Normalmente si favoriscono le tesi sperimentali rispetto a quelle bibliografiche; un ulteriore elemento di merito potrebbe essere costituito da lavori che valorizzino l'adozione di modelli integrati, prevedendo anche più relatori di tesi. Ciò è in linea anche con gli orientamenti della ricerca e i finanziamenti europei della stessa, in cui risultano favoriti progetti multidisciplinari.

Ovviamente la sede elettiva dovrebbe essere il percorso di tirocinio, che offre un'effettiva esperienza sul campo, in cui gli studenti potrebbero apprendere e misurarsi con questa prospettiva di cura del paziente. Ciò implica la scelta attenta di strutture ospedaliere e territoriali, che condividano l'impostazione formativa.

Rispetto all'utilità, espressa nel testo, di garantire una riflessione su tematiche più personali, legate ad esempio alla riflessione sulla morte e il morire, alle implicazioni affettive del curare e del prendersi cura e alle motivazioni sottese alla scelta professionale, va posto l'interrogativo su quale sia la migliore collocazione per un siffatto apprendimento. È evidente che tali riflessioni necessitano di spazi formativi diversi dalle classiche lezioni *ex cathedra*. Il setting formativo richiede una numerosità assai più ridotta, indicativamente 15/20 studenti, funzionale alla costituzione di un gruppo e a garantire a ognuno dei partecipanti uno spazio di parola e di ascolto. Proprio perché non si tratta tanto di acquisire informazioni o di memorizzare pensieri altrui, quanto di iniziare a prendere consapevolezza di dinamiche personali, non si reputa molto funzionale l'implementazione di ulteriori corsi e nemmeno l'integrazione in corsi già esistenti. Per quanto concerne la prima ipotesi, non sarebbe agevole inserire in un quadro già molto denso nuovi corsi e nuovi crediti, mentre nel secondo, immaginando la prevedibile collocazione in aree "psi", si rischia di veicolare messaggi di marginalità di tali apprendimenti rispetto al corpus disciplinare e quindi, in modo congruente, di avallare il pensiero per cui i coinvolgimenti personali e la gestione di tali implicazioni siano eccedenti o accessori rispetto al lavoro del medico. Più efficacemente e forse anche più agevolmente, queste riflessioni potrebbero essere pensate come attività che s'inseriscono nei percorsi di

tirocinio. Non di rado, data la numerosità degli studenti, la ridotta disponibilità – sia numerica sia di tempo – dei tutors e il ritmo sostenuto delle attività cliniche dei reparti ospedalieri, allo studente non vengono date tutte le attenzioni che si vorrebbero per un efficace e soddisfacente apprendimento, il quale implica certamente la possibilità di osservare e di svolgere con una guida compiti clinici, ma anche quella di poter ricevere ulteriori spiegazioni e di accedere a un confronto e a una elaborazione critica a più livelli e su più temi, fra questi anche quelli relativi alle valenze personali del curare. Si potrebbe pertanto pensare di utilizzare parte delle ore di tirocinio per percorsi formativi di riflessione, a partire proprio dall'esperienza clinica, dall'incontro con i malati, dalle modalità di lavoro e dalle attività in équipe. Nei vari reparti o sedi di afferenza per il tirocinio, agli studenti, organizzati in piccoli gruppi, stabili nel tempo, potrebbero essere proposti incontri, con cadenza settimanale (o quindicinale, in base alle risorse disponibili), per un'ora e mezza-due, con un coordinatore di gruppo (psicologo) e la presenza, almeno su specifiche situazioni in discussione, di un medico del reparto.

Un primo risultato di questa impostazione è dato dall'occasione di sperimentare un lavoro di gruppo e di sviluppare alcune soft skills, competenze che sono apparse assai rilevanti nello svolgimento attuale della professione medica.

Tali spazi potrebbero inoltre offrire l'opportunità, anche da un punto di vista clinico, di avere maggiori delucidazioni mediche, ove necessarie, di avere un'iniziale comprensione delle strategie di fronteggiamento e/o dei meccanismi difensivi adottati dal reparto, ma soprattutto darebbero la possibilità di interrogarsi su quali competenze, anche affettive e relazionali, siano necessarie per il lavoro clinico, sia nella relazione con i colleghi, sia nella relazione con i pazienti, e di verificare quale sia ad esempio la propria capacità di regolazione affettiva, quali le proprie predisposizioni, quali gli effettivi interessi. Un'esperienza di tirocinio, così sommariamente delineata, con una sorta cioè di "camera di decantazione", vorrebbe permettere agli studenti di giungere a una rappresentazione più adeguata del lavoro che saranno chiamati a svolgere, di valutare personalmente il rapporto fra le competenze richieste e quelle possedute e l'adeguatezza delle proprie aspettative rispetto alla realtà lavorativa.

Sarebbe inoltre auspicabile che un siffatto percorso potesse prendere avvio anche prima del triennio clinico, con esperienze più circoscritte e guidate, magari con i medici di medicina generale, in case di riposo o presso enti in cui i tempi della cura non siano troppo incalzanti e le prestazioni erogate non troppo sofisticate. In queste esperienze di tirocinio precoce, più che l'acquisizione di contenuti, limitata da una formazione ancora di base degli studenti, andrà valorizzato il lavoro personale, di riflessione sulle motivazioni, sulla rappresentazione del proprio ruolo lavorativo e sulle capacità relazionali. Questo anticipo temporale potrebbe permettere agli studenti che si accorgessero di avere compiuto la scelta universitaria in base a non corrette rappresentazioni, di at-

tuare anche scelte diverse non troppo onerose; viceversa potrebbe motivare maggiormente gli studenti convinti della propria scelta e dare, aspetto rilevante, la possibilità ad altri di intraprendere percorsi personali al fine di maturare quelle capacità relazionali, che fossero apparse inadeguate o insufficienti.

Infatti, sebbene l'accesso al corso di laurea di medicina sia subordinato al superamento di una prova, questa valuta la conoscenza di alcuni contenuti, quindi potremo dire in senso lato delle capacità cognitive. È ben evidente che un buon medico, e un medico felice, non è solo colui che sa, ma di tutto "quell'altro e non accessorio" che sarebbe richiesto non vi è alcuna valutazione. Non di rado s'incontrano studenti preparati, ma che non si vorrebbe incontrare come pazienti. Sono forse i medici infelici, che rendono infelici anche i pazienti. Sovente è proprio nel triennio clinico, se non anche oltre nelle specialità, che si evidenziano quelle caratteristiche personali che non appaiono adeguate per una professione d'aiuto. Altre volte è lo studente stesso che va in crisi, avvertendo lo scollamento fra le proprie attese e la realtà, ma non avendo la possibilità di ritagliarsi un ruolo professionale più soddisfacente. Un precoce e riflessivo contatto con la realtà lavorativa attraverso questi percorsi di tirocini con elaborazione, potrebbe rispondere anche all'esigenza di indirizzare meglio gli studenti, aiutandoli a confrontarsi con le proprie motivazioni e rendendo più realistiche le aspettative.

La valutazione, che nei corsi ordinari viene espressa dal docente, verrebbe invece qui compiuta insieme allo studente e assunta nel significato più autentico di una tappa del percorso formativo.

Certo queste proposte non possono assicurare la felicità, ma possono contribuire ad aumentare la consapevolezza rispetto a sé e alla professione scelta, quindi a ridurre l'infelicità o delle aspettative deluse o delle promesse mancate.

Si ringrazia la Dott.ssa Marcella Bonfietti per la condivisione e le puntuali osservazioni.

Bibliografia

- Baldwin PJ, Dodd M, Wrate WR. *Young doctor's health. How do working conditions affect, attitudes, health and performance*. Soc Sci Med 1997;45:35-40.
- Bateson G. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi 1976.
- Bateson G. *Mente e natura, un'unità necessaria*. Milano: Adelphi 1984.
- Bauman Z. *Conversazioni sull'educazione*. Erickson 2012.
- Buckman R. *Breacking bad news: a guide for healthcare professionals*. Baltimore. Johns Hopkins University Press 1992. Trad.it. a cura di E. Vegni. *La comunicazione della diagnosi*. Milano. Raffaello Cortina Editore 2003.
- Chew M, Williams A. *Australian general practitioners: desperately seeking satisfaction: is the satisfied GP an oxymoron?* Med J Aust 2001;175:85-6.
- Cinque M. *Il curriculum nascosto: quale definizione? The hidden curriculum: which definition?* MEDIC 2016;24:14-9.
- Cinque M, La Marca A. *MOOC e autoregolazione dei processi di apprendimento. Tre casi di studio*. Atti del IX Congresso Nazionale della SIE-L – Società Italiana di e-Learning. SIE-L Editore 2013.
- Deccache A, Berrewaerts J, Libion MF, et al. *Former les soignants à l'éducation thérapeutique des patients: que peut changer un programme?* Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2009;(1):39-48.
- Della Rocca C, Basili S, Caiaffa MF, et al. *Curriculum dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia: editing, razionalizzazione, semplificazione e proposte di evoluzione*. Medicina e Chirurgia 2017;73:3315-21.
- Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. *Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?* BMJ 2002;324:835-8.
- Edwards N, Kornack MJ, Silversin J. *The problem of unhappy doctors. What are the causes and what can we do?* London: NHS Confederation 2002.
- Ennis RH. *A taxonomy of critical thinking skills and dispositions*. In: Baron JB, Sternberg RJ, Eds. *Teaching thinking skills: theory and practice*. New York: Freeman 1987, pp. 9-26.
- Gallardo S, Ferrari L. *How doctors view their health and professional practice: an appraisal analysis of medical discourse*. J Pragmatics 2010;42:3172-87.
- Garito MA. *Alleanze per la conoscenza: i MOOC per un nuovo modello di università (aspetti positivi e negativi)*. Intervento presentato nell'ambito della Sessione Plenaria 1: Oltre i MOOC: Openness per la Qualità Formativa! pubblicato negli Atti del IX Congresso Nazionale della SIE-L – Società Italiana di e-Learning. SIE-L Editore 2013.
- Garito MA. *L'università nel XXI secolo tra tradizione ed innovazione*. Milano: McGraw Hill 2017.
- ISFOL. Rapporto ISFOL 2012. *Le competenze per l'occupazione e la crescita*. Roma: ISFOL 2012.
- Kassirer JP. *Doctor discontent*. N Engl J Med 1998;339:1543-5.
- Kübler-Ross E. *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella 2015.
- Luzzatto G, Mangano S, Moscati R, et al. *Secondo rapporto – ricerca su occupazione/occupabilità dei laureati universitari*, 2011. www.cared.it/09062011IIRAPPORTODILAVOROCAR ED.pdf [3 aprile 2016].
- Manpower Group. *Soft skills for talent 2014* (www.manpowergroup.it/indagine-soft-skills-manpowegroup, 3 aprile 2016).
- Morin E. *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero nel tempo della globalizzazione*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2000.
- Murray A, Montgomery JE, Chang H, et al. *Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997*. J Gen Intern Med 2001;16:452-9.
- Recalcati M. *Il complesso di Telemaco. Genitori e figli dopo il tramonto del padre*. Milano: Feltrinelli 2013.
- Recalcati M. *L'ora di lezione. Per un'eroticità dell'insegnamento*. Torino: Einaudi 2014.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Competenze per comunicare*. Padova: Piccin 2015.
- Smith R. *Why are doctors so unhappy?* BMJ 2001;322:1073-4.
- Turner TL, Palazzi DL, Ward MA. *The clinician-educator's*. Houston: Handbook 2008:131-53.

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

Bioetica per tutti

RAMÓN LUCAS LUCAS

San Paolo, Cinisello Balsamo 2014

Si tratta dell'edizione ampliata e aggiornata di un volume apparso nel 2002, che intende presentare in modo chiaro e accessibile le grandi questioni della bioetica, partendo dal presupposto che, essendo ormai uscite dall'ambito più strettamente specialistico per passare a quello dei media, della politica e addirittura della vita quotidiana, esse esigono anche dai non addetti ai lavori una conoscenza perlomeno generale. Le cinque parti del volume trattano sia i temi bioetici legati alla procreazione e alla nascita, sia quelli relativi al rapporto tra tecnologie biomediche e genetica, sia quelli connessi con il fine vita.

La prima parte rappresenta una necessaria premessa, in quanto approfondisce non soltanto la definizione, gli ambiti e i principi generali della bioetica, ma anche la categoria di persona umana, fornendo così al ragionamento bioetico l'indispensabile fondamento antropologico. Una breve bibliografia chiude ogni capitolo, in cui l'esposizione analitica di ciascuna questione è seguita da una lettura che ha come filo

conduttore il principio personalistico dell'inviolabilità e della dignità della vita umana. In alcuni casi, proprio in ragione della finalità del manuale che si rivolge a tutti, sarebbe stato più efficace evidenziare le criticità di certe questioni alla luce della ragione naturale, piuttosto che menzionare il giudizio d'illiceità da parte del Magistero della Chiesa.

Particolarmente utile dal punto di vista didattico il corredo iconografico che, se si esclude qualche immagine meno indovinata o puerile, risulta un complemento importante per rendere più accessibile la spiegazione dei processi biologici e per favorire la comprensione dei concetti filosofici.

In definitiva, uno strumento agile e chiaro per tutti coloro che, pur non possedendo una specifica preparazione, vogliano documentarsi su temi di grande attualità, evitando le letture superficiali o approssimative spesso presenti in tanti mezzi di comunicazione.

Maria Teresa Russo

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

Maria Teresa Russo
Università degli Studi di Roma Tre
Dipartimento di Scienze della Formazione
via Milazzo 11/B, 00185 Roma
e-mail: mariateresa.russo@uniroma3.it

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

I quattro codici della vita umana. Filialità, maternità, paternità, fraternità

IGNAZIO PUNZI

Edizioni S. Paolo, Cinisello Balsamo 2018

Questo libro propone un percorso riflessivo ma in parte anche biografico su quella che viene definita come una delle questioni fondamentali della contemporaneità: lo smarrimento dell'uomo davanti al senso di solitudine e di abbandono che spesso si trova a sperimentare e che si traduce in insensato dolore. È possibile trarre la persona fuori dal baratro di questa solitudine?

L'autore propone di provare ad affrontare questa profonda questione esistenziale partendo da quel punto di accesso che a suo avviso meglio si presta a interpretare l'umano: l'antropologia, o meglio un'antropologia che aiuti a inabissarsi nelle radici relazionali della persona per comprenderne la struttura portante, partendo dalle due domande esistenziali per eccellenza: "chi è l'uomo" e "chi è l'altro per me".

L'antropologia della relazionalità è quindi il fondale ermeneutico scelto dall'autore per guidare il lettore nell'interpretazione delle questioni dell'uomo contemporaneo. In particolare egli individua cinque presupposti di fondo (o cornici di senso) che si muovono all'interno dei quattro paradigmi originari, paradigmi assunti come modelli per descrivere la relazione tra identità (chi è l'uomo) e relazione (chi è l'altro per me): filialità, maternità, paternità, fraternità. In definitiva è attraverso le relazioni umane fondamentali (quelle familiari e comunitarie) che è possibile imparare "la grammatica e la semantica della vita stessa".

Attraverso i cinque presupposti viene recuperato l'orizzonte di senso e la natura relazionale di ogni esistenza umana: in principio c'è la relazione e l'universo è relazionale, la

persona è una creatura ospitale, cresciamo interiorizzando gli altri e i loro doni, noi non siamo già ma stiamo diventando, dal bisogno al desiderio. Questi sono i dinamismi fondativi a partire dai quali la persona organizza le relazioni con cui si muoverà nel mondo della vita.

Per questo motivo, per descrivere i quattro codici della vita, l'autore sceglie di partire da quello filiale, che costituisce la relazione primaria con cui veniamo al mondo e in ragione di cui siamo al mondo. Paradossalmente, la filialità è anche il punto di arrivo di ogni cammino umano, poiché richiede la capacità e la consapevolezza di riconoscersi esseri del bisogno, impossibilitati ad autogenerarsi: "il gesto del figlio è sempre una risposta che gradualmente si struttura in attitudine, in sguardo".

L'origine dell'esistenza, la radice, la fonte, il legame: tutto questo è contenuto nel secondo codice, quello materno. Per realizzare l'esistenza dell'altro occorre un atto di ospitalità e di disponibilità all'appello dell'altro: "la gravidanza è l'unica condizione umana in cui il corpo umano sospende la biologia dell'ostilità verso un corpo che gli è estraneo". Il codice materno descrive la possibilità per "l'uomo" di farsi ospite di un corpo estraneo alla sola condizione di perdere il possesso di colui che accoglie, per generarlo a una vita non propria ma dell'altro.

Una volta venuta al mondo, la persona ha bisogno dello sguardo paterno, quello della possibilità, per imparare a scegliere il modo di sostanzare le sue possibilità d'essere. Allo stesso tempo anche il padre, agendo la sua paternità, impara ad accogliere la novità che entra nella sua vita nel segno della discontinuità e quindi della possibilità nuova.

Il padre in definitiva "espone alla vita", preparando il figlio alla cura reciproca nella relazionalità del quarto paradigma: quello fraterno, che l'autore definisce la radice stessa dell'umano. Il primo atto della fraternità è il "vedere" l'altro da me attivando la disposizione interiore all'apertura e realizzando un contatto tra la propria vulnerabilità e la capacità che questa venga percepita da altri: è la realizzazione della

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

Raffaella Esposito
Centro Studi della Caritas diocesana di Roma
e-mail: raffaella.esposito@caritasroma.it

consegna della custodia dell'altro (a partire dalla domanda rivolta a Caino: "dov'è tuo fratello?").

Nella sua proposta interpretativa l'autore rimane sempre in dialogo con le sue esperienze di vita e professionali, mantenendo così uno stretto legame con il mondo della vita concreta e costruendo un discorso che si avvicina più a un

dialogo maieutico autoriflessivo che a un impianto teorico: il lettore si troverà quindi spesso sollecitato ad attingere a sua volta alle proprie esperienze di vita e a rileggerle alla luce delle considerazioni svolte.

Raffaella Esposito

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

La natura dell'umana generazione

EUGENIA SCABINI, GIOVANNA ROSSI (A CURA DI)

Vita e Pensiero, Milano 2017

Il volume curato dalla psicologa Eugenia Scabini e dalla sociologa Giovanna Rossi, entrambe del Centro di Ateneo Studi e Ricerche sulla Famiglia (CASRF) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, fa parte della collana "Studi interdisciplinari sulla famiglia", strumento divulgativo delle indagini del Centro, in cui collaborano studiosi di diverse discipline. La questione affrontata è di grande attualità e rappresenta il crocevia di quel rapporto tra natura, tecnologia, etica e cultura che sta profondamente modificando i significati delle esperienze umane e alterando le certezze del senso comune.

Nella prefazione le curatrici pongono in evidenza due slittamenti apparentemente solo lessicali, ma in realtà semantici e simbolici: da un lato il passaggio dal termine "famiglia" a quello plurale di "famiglie", dall'altro quello da "generazione" a "riproduzione". L'orizzonte di riferimento oggi si presenta dunque strutturato attorno all'indeterminatezza circa l'identità e l'origine, nonché strettamente dipendente dall'apparato biotecnologico. È proprio da questa ambiguità di fondo che il volume prende le mosse, per avviare una riflessione che consenta di recuperare i significati fondamentali dell'esperienza della generazione umana, in un confronto tra vari livelli disciplinari: antropologico, bioetico, teologico, giuridico, psicologico.

Il contributo di Angelo Scola, "Identità, differenza sessuale e genealogia del figlio", parte dall'analisi antropologica di due binomi. Il primo è *identità-differenza*, per sottolineare come la differenza uomo-donna, al contrario della diversità, esprima un'unità al cui interno permane una polarità, intesa come apertura e relazione, in una reciprocità asimmetrica. Il

secondo binomio, definito da Romano Guardini con il termine *opposizione polare*, è quello tra la dimensione corporea e la dimensione spirituale, essenziali nell'essere umano. Si tratta di due binomi dai quali non si può prescindere, se s'intende evitare da un lato l'omologazione tra i sessi, dall'altro il riduzionismo di concepire corpi senza anime o, al contrario anime senza corpi. È in quest'orizzonte che s'inscrive la genealogia del figlio, la cui generazione non è mai assimilabile alla riproduzione e si radica, alla luce dell'antropologia teologica, nel mistero nuziale.

Francesco Botturi e Pierpaolo Donati analizzano nei rispettivi saggi il tema della relazione generativa, dal punto di vista filosofico e sociologico. Il primo, opponendosi alla sensibilità nichilista, considera la generatività come cifra antropologica fondamentale connessa all'identità dei soggetti: quindi generare ed essere generati coinvolge la persona nella sua interezza, nei suoi vissuti e nella qualità del suo agire. Donati, della generatività mette in risalto la struttura relazionale fra generante e generato, che, in quanto di carattere intersoggettivo, è il fondamento dell'umano ed è invece radicalmente modificata nella sua natura con l'intervento della tecnologia, che la rende virtuale.

Eugenia Scabini e Vittorio Cigoli collocano il tema all'interno della categoria da tempo analizzata dai due studiosi: quella del "famigliare", intesa come il modello relazionale-simbolico centrato sull'atto generativo che contraddistingue l'identità della famiglia – il suo genoma –, e ne organizza le relazioni strutturandole attorno alla triplice differenza di genere, di generazione, di stirpe. La tecnica biomedica applicata alla generazione, in particolare la maternità surrogata, frantumando questa struttura, operando una serie di scissioni che aprono la strada a nuove "costellazioni affettive": queste, non garantendo né la differenza di genere né la generatività, mettono a rischio la stessa identità del generato.

Carlo Bellieni e Paolo Gomasasca inquadrano la questione dal punto di vista del figlio. Bellieni esamina i dati della letteratura scientifica, finora non abbondanti, sui nati da fecondazione assistita. Dai dati emersi, non sono indifferenti i rischi per la loro salute, come la nascita prematura, il basso

Address for correspondence

Indirizzo per la corrispondenza

Maria Teresa Russo

Università degli Studi di Roma Tre

Dipartimento di Scienze della Formazione

via Milazzo 11/B, 00185 Roma

e-mail: mariateresa.russo@uniroma3.it

peso alla nascita, lo sviluppo di alcune malattie da adulto. Tutto ciò dovrebbe spingere la medicina da un lato a una maggiore cautela nel proporre soluzioni rischiose, dall'altro a un impegno crescente nella ricerca di frontiere più sicure per la cura dell'infertilità. Gomarasca analizza i diritti del figlio a conoscere le proprie origini all'interno della problematica della genitorialità omosessuale, nella cornice del dibattito filosofico e giuridico che ha avuto luogo in area statunitense.

La prospettiva giuridica è sviluppata da Laura Palazzani e Andrea Nicolussi, che trattano il tema delle tensioni che scaturiscono dalle tecnologie riproduttive, sia dal punto di vista della donna che della genitorialità. Palazzani rileva la tensione all'interno del pensiero femminile tra femminismo tecnofilo, che ha visto nelle nuove frontiere della medicina riproduttiva un fattore di liberazione, e femminismo tecnofobo, che invece ne ha respinto le nuove forme di oggettivazione del corpo femminile. Nicolussi coglie la tensione all'in-

terno dello stesso paradigma della genitorialità: accanto a quello costituzionale, fondato sulla responsabilità derivante dal fatto generativo, si colloca quello volontaristico, che invece si basa sulla scelta frutto di un atto di autodeterminazione. Questo slittamento di senso della filiazione, che assegna la genitorialità alla biografia più che alla biologia, agli affetti più che all'atto procreativo, conduce a una nuova tensione dagli esiti difficilmente prevedibili: quella tra volontà dei genitori e interesse del figlio.

Si tratta dunque di un testo che costituisce uno strumento prezioso per chiunque intenda condurre un approfondimento serio sul tema: la prospettiva interdisciplinare consente di valutare tutte le dimensioni e le ricadute di questioni in cui è in gioco il presente e il futuro del generare, relazione ed esperienza fondante dell'umano.

Maria Teresa Russo

Finito di stampare nel mese di luglio 2018
presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore Srl
Via A. Gherardesca • 56121 Ospedaletto • Pisa
Telefono 050 313011 • Telefax 050 3130300
www.pacinimedicina.it



**51 Fake news e comportamenti alimentari. Educare ai media per promuovere stili di vita salutari***Fake news and food behavior. Health promoting media literacy education***MARIA CINQUE, ELISA MESSA****EDUCAZIONE MEDICA***MEDICAL EDUCATION***58 Care pathways and management: a health education program for family caregivers***Il ruolo e il valore dell'educazione alla salute per il caregiver nel percorso di cura e assistenza***CLAUDIA CIANFROCCA, ANTONELLA SISTO, FLAVIA VICINANZA, LIVIA QUINTILIANI, ILARIA QUAGLIA, DANIELA TARTAGLINI****63 Di formazione e di felicità: riflessioni sul percorso formativo di medicina***On education and happiness: reflections on medical training***PAOLA MANFREDI****RECENSIONI***BOOK REVIEWS*
