

Dalla letteratura

In collaborazione con l'Associazione Alessandro Liberati – Network Italiano Cochrane
www.associali.it

Una società ipermedicalizzata?

“Perché abbiamo così tanta paura di essere normali?” Si è aperta con questa domanda la conferenza *Preventing Overdiagnosis 2018* – svolta a Copenaghen dal 20 al 22 agosto – in cui esperti provenienti da tutto il mondo hanno discusso le sfide e le possibili soluzioni al problema della sovradiagnosi. A porre la domanda è stata Iona Heath, medico di medicina generale e membro del comitato scientifico dell'evento, che nel suo discorso di apertura ha fatto riferimento alla tendenza dei medici a voler individuare la presenza di patologie quanto più precocemente possibile, a “trovare prima e fare di più”. Un'idea di medicina preventiva che in alcuni casi espone i pazienti, e prima ancora i cittadini, ad ansie e trattamenti inutili, i cui danni possono superare di gran lunga i benefici. Spesso, infatti, un approccio di questo tipo determina

soltanto un aumento del numero delle persone che possono essere considerate “malate”, senza portare a un reale beneficio clinico. Diversi studi hanno evidenziato che una diagnosi più precoce non prolunga la vita della persona, esponendola però a una cura più lunga e a una peggiore qualità di vita.

Alla sovradiagnosi si aggiunge la tendenza ad adottare criteri diagnostici sempre più ampi e test in grado di individuare segni patologici molto prima che questi si manifestino clinicamente. Questo fa sì che molti pazienti vengano considerati tali anche senza essere in una condizione di malattia sintomatica. Si pensi all'emergere di condizioni quali il pre-diabete, il pre-cancro, la pre-demenza. «Forse dovremmo tutti ricevere una diagnosi di pre-morte – scrive, sarcastica, Helen Macdonald del *BMJ* – altrimenti conosciuta come vita»¹.

Secondo Henrik Vogt della Norwegian University of Science and Tecno-

logy e Claus Ekstrøm dell'University of Copenaghen, intervenuti al convegno, parte del problema potrebbe essere ricondotto a un'eccessiva fiducia nei confronti dei big data. Questi, hanno spiegato i due ricercatori, possono sicuramente essere utili per individuare anomalie nelle persone sane, ma spesso non si hanno gli strumenti per interpretarli correttamente. «Le correlazioni tra queste varianti e le malattie non determinano un rapporto di causalità», spiega Macdonald. «C'è molto rumore di fondo ed è difficile circoscrivere i segnali. Il problema è che predire gli outcome in sistemi biologici complessi (come le persone) è difficile».

Un esempio è il genoma umano. A vent'anni dal suo sequenziamento, infatti, le informazioni ottenute non hanno ancora portato, secondo Ekstrøm, a progressi significativi per i pazienti. Per esempio, uno studio che ha utilizzato l'analisi dell'intero genoma e sofisticati sistemi di imaging per individuare condizioni patologiche in individui sani ha trovato evidenze di malattia o fattori di rischio nel 78% dei soggetti considerati². Allo stesso modo, questo tipo di dati non ha permesso, fino a oggi, di individuare eventuali elementi associati a un buono stato di salute: un'analisi del genoma di individui di età superiore ai 110 anni, per esempio, non è riuscita a circoscrivere geni associati in modo specifico alla longevità³.

«Affinché i big data possano essere utili, e non dannosi, servono pazienza e tempo», scrive Macdonald⁴. «Per poter prendere buone decisioni i *policy maker* devono comprendere cosa accade quando una persona risulta positiva a uno specifico test: sviluppa la malattia o no? Così come devono capirlo nei casi in cui l'anomalia non emerge». Secondo Michael Baum, chirurgo intervenuto alla conferenza di Copenaghen, è fondamentale che gli specialisti non perdano



Raffaele Giusti. *Il Tesoro di Teodora*. Teodora è una donna la cui immagine è stata raffigurata sull'ingresso della vecchia fornace di Marcellina, vicino Roma. Lavorava nella cava della zona di cui adesso è diventata la protettrice.

Raffaele Giusti è nato a L'Aquila nel 1982 e ha studiato Medicina e chirurgia nella sua città natale.

Specialista in Oncologia Medica presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea di Roma, dedica (o almeno prova a farlo) la maggior parte della propria attività di ricerca scientifica alla promozione e alla personalizzazione delle terapie di supporto in oncologia e al miglioramento della qualità della vita dei pazienti oncologici.

È cultore del critical appraisal e del metodo scientifico, dalla letteratura internazionale alla corsa su strada, la sua seconda passione.

di vista il disegno più grande, sia per quanto riguarda i propri pazienti sia nell'ambito dei problemi, come quello della sovradiagnosi, che costituiscono una minaccia per la medicina.

La strategia del "trovare subito, trovare finché è piccolo" è ovviamente molto attraente nel campo dell'oncologia. Tuttavia, ha sottolineato Baum, «per ogni problema complesso c'è una soluzione che è semplice, facile e sbagliata». Una possibile soluzione, quantomeno parziale, è invece stata proposta da un gruppo di ricercatori della University of Sidney, i quali hanno suggerito di smettere di utilizzare il termine "cancro" per descrivere quelle lesioni a basso rischio, come i tumori a crescita lenta o a crescita zero, che non causerebbero mai danni se non venissero diagnosticati⁵. Dal loro punto di vista, infatti, etichette come "microtumori", "cellule anormali" o "lesioni indolenti a basso potenziale di malignità" determinerebbero un livello di ansia minore nei pazienti e nei clinici, i quali potrebbero risultare meno inclini a scegliere di sottoporsi e di sottoporre a trattamenti invasivi o aggressivi.

«Nonostante l'idea di Shakespeare secondo cui le rose sono rose a prescindere dal modo in cui le si chiama, la nomenclatura conta», scrive Richard Hurley del *BMJ*⁶. Una maggiore attenzione e regolamentazione, infine, è stata sollecitata anche da Steve Woloshin e Lisa Schwartz, tra i maggiori esperti a livello mondiale nell'ambito della sovradiagnosi, per quanto riguarda le campagne informative sugli screening. Secondo i due clinici, infatti, se realizzate in modo approssimativo, queste possono finire per spaventare i pazienti e avere un paradossale effetto negativo in termini di salute pubblica. In alcuni casi, quindi, a voler "trovare prima e fare di più", si rischia di fare peggio. Soprattutto, si rischia che il concetto di medicina preventiva, se portato all'eccesso, finisca per trasformare in malati anche quelle persone che malate non sono.

Bibliografia

1. Macdonald H. Overdiagnosis and the fear of being "normal". *Blogs BMJ* 2018 20 agosto.
2. Perkins BA, Caskey CT, Brar P, et al. Precision medicine screening using whole-genome sequencing and advanced imaging to identify disease risk in adults. *PNAS* 2018; 115: 3686-91.
3. Gierman HJ, Fortney K, Roach JC, et al. Whole-genome sequencing of the world's oldest people. *PLoS One* 2014; 9: e112430.
4. Macdonald H. Big people, big data, and big problems. *Blogs BMJ* 2018 23 agosto.
5. Nickel B, Moynihan R, Barrat A, Brito JP, McCaffery K. Renaming low risk conditions labelled as cancer. *BMJ* 2018; 362: k3322.
6. Hurley R. Overdiagnosis and the cancer label. *BMJ* 2018; 362: k3528.



Raffaele Giusti. *Thai Cooking Masterclass*. Camminando a Chiang Mai, è difficile trovare una cucina così pulita e ordinata. Io ci sono riuscito.

Cancro e medicina complementare

Qual è l'associazione fra ricorso alla medicina complementare e sopravvivenza in pazienti con tumori curabili? E quali caratteristiche del paziente sono associate all'uso della medicina complementare? Questa, talvolta, è utilizzata in aggiunta alla terapia convenzionale contro il cancro e può essere utilizzata come supporto alle terapie adiuvanti¹. Sono molte le medicine complementari scelte da pazienti affetti da cancro tra cui erbe e prodotti vegetali, vitamine e minerali, medicina tradizionale cinese, omeopatia e naturopatia, nonché diete particolari, spesso proposte come direttamente mirate al controllo della patologia oncologica. I pazienti con cancro scelgono questa strada solitamente per migliorare la qualità della vita e alcune ricerche sembrano aver dimostrato che alcuni di questi trattamenti – massaggi, agopuntura, yoga o meditazione – possono promettere benefici.

Il problema nasce quando si pensa di poter sostituire le terapie adiuvanti tradizionali con quelle complementari. Circa due terzi dei pazienti con tumore ritengono che la medicina com-

plementare possa prolungare la vita e un terzo si aspetta che guarisca addirittura la malattia. Sebbene sia possibile che la medicina complementare possa aiutare i pazienti a tollerare meglio la terapia, questa scelta può comportare una sopravvivenza inferiore a causa di ritardi nell'uso di terapie appropriate o di un vero e proprio rifiuto.

Un articolo pubblicato recentemente su *JAMA*² ha evidenziato che i pazienti che avevano ricevuto qualche trattamento di medicina complementare erano più predisposti a rifiutare terapie efficaci (chirurgia, radioterapia e terapia ormonale) e, di conseguenza, presentavano un rischio di morte di due volte maggiore rispetto a chi si sottoponeva a cure mediche adiuvanti convenzionali. La buona notizia è invece che il gap in termini di sopravvivenza fra questi due gruppi può ridursi se chi in un primo momento aveva scelto terapie non convenzionali si ricrede iniziando anche successivamente a seguire le terapie oncologiche convenzionali.

Lo studio osservazionale retrospettivo ha utilizzato i dati del National Cancer Database provenienti da 1500 centri accreditati dalla Commission on cancer degli Stati Uniti: 1,9 milioni di



Raffaele Giusti. *Mind Training*. La foto ritrae il giardino del monastero dei frati cappuccini a Frascati, dove, nelle domeniche di fine ottobre, si possono effettuare visite ed eventualmente soggiornare. Ne guadagnano l'umore e lo spirito.

pazienti a cui è stato diagnosticato un tumore non metastatico al seno, alla prostata, ai polmoni o al colon-retto nel corso di un decennio, tra gennaio 2004 e dicembre 2013.

L'aspetto interessante dello studio è l'aver dimostrato che anche le persone che in un primo momento scelgono di non affrontare terapie basate sulle prove hanno speranza di invertire la rotta: la cosa fondamentale è che, una volta abbracciata una terapia oncologica validata, si attengano strettamente al protocollo. Come sottolinea Skyler Johnson, primo autore dello studio, persiste ancora «molta confusione sul ruolo delle terapie alternative. Sebbene possano essere usate per supportare i pazienti nel gestire gli effetti collaterali dei trattamenti, sembra invece che non pochi malati le intendano come efficaci trattamenti contro il cancro».

Quelli del *JAMA* sono risultati coerenti con la letteratura precedente anche in relazione all'associazione fra uso di terapie convenzionali e variabili generalmente associate a una migliore sopravvivenza, tra cui l'età più giovane, il genere femminile, disporre di un'assicurazione privata, lo stato socio-economico e il livello di istruzione più elevati.

Bibliografia

1. Bozza C, Agostinetti E, Gerratana L, Puglisi F. Le terapie alternative e complementari in oncologia. *Recenti Prog Med* 2015; 106: 601-7.
2. Johnson SB, Park HS, Gross CP, et al. Complementary medicine, refusal of conventional cancer therapy, and survival among patients with curable cancers. *JAMA Oncol* 2018 Jul 19. doi: 10.1001/jamaoncol.2018.2487.

Ricerca sulla nutrizione: prendere con le molle

Si è tenuta a Zurigo la conferenza "Food for thought", promossa dal *BMJ* e da Swiss Re, che ha fatto il punto fra le altre cose su quanto ci sia di realmente evidence-based su una serie di temi riguardanti la nutrizione¹. Temi che negli ultimi anni hanno sollevato accessi dibattiti, dentro e fuori la comunità medico-scientifica: dalla tesi secondo cui gli acidi grassi saturi sarebbero dannosi per la salute, all'importanza di ridurre la presenza di carboidrati nella "dieta perfetta".

Fiona Godlee, direttore del *BMJ*, è stata netta: non esiste una dieta miracolosa, e nonostante i dati allarmanti su obesità e diabete, in continua crescita, abbiamo ancora troppe poche certezze in materia di nutrizione. Per questo lo stesso *BMJ* da metà giugno ha predisposto una sezione all'interno del giornale, chiamata appunto "Food for thought", che contiene una serie di articoli scientifici proprio su questo tema. L'editoriale di apertura della sezione è altrettanto diretto: il numero di studi che hanno esplorato il legame tra cibo e salute è cresciuto notevolmente negli ultimi 50 anni, ma la misura in cui la crescita delle informazioni è stata accompagnata da una maggiore conoscenza è ancora discutibile².

Sul tavolo, quindi, diversi argomenti caldi della vulgata sull'alimentazione. Uno dei temi principali su cui si è discusso durante l'incontro a Zurigo è il reale valore dei carboidrati, in particolare in relazione a obesità e diabete di tipo 2. La maggior parte dei relatori presenti ritiene che l'eccesso calorico sia una delle cause di queste patologie e che qualsiasi tipo di dieta debba lavorare per invertire la tendenza, a patto che ciò si traduca in perdita di peso. Sarah Hallberg, medico presso la clinica per l'obesità dell'Indiana University Health, ha sottolineato che la prevalenza del diabete può essere ridotta in due modi, in aggiunta alla prevenzione: con la chirurgia bariatrica e diminuendo il consumo di carboidrati. Un suo ampio studio mostra infatti un'inversione del 60% del diabete a distanza di un anno avendo seguito una dieta a basso contenuto di carboidrati. Riguardo al diabete, inoltre, cresce il consenso sulla possibile reversibilità di quella che siamo abituati a considerare una condizione cronica.

Un altro punto saliente della discussione che ha registrato diversi contrasti fra gli studiosi presenti è quanto le prove fornite dall'epidemiologia nutrizionale possano essere utilizzate in modo affidabile per informare la politica e per dialogare con l'industria. A questo proposito quello su cui pare tutti concordino è la necessità di linee-guida, ma solo quando cominceremo ad ave-

re prove scientifiche più certe e studi scientifici meno confondenti.

Fino a quel momento – osserva Godlee – è meglio per i governi rimanere in silenzio. O – per lo meno – ricredersi pubblicamente quando emergono prove contrarie; cosa che non sta accadendo, spiega Salim Yusuf della McMaster's University, sul tema della riduzione di sale negli alimenti, e lo stesso vale per i grassi saturi. Il ricercatore statunitense si è soffermato su una serie di prove emerse in studi recenti, contrarie alla raccomandazione "lower is better" sul sale.

«Forse un "mea culpa" dalla comunità scientifica sarebbe doveroso – conclude Godlee – ma nessuno si decide a fare il primo passo, e questo mi sorprende». Passo che, secondo Ioannidis, dovrebbe prevedere l'avvio di studi randomizzati controllati di ampia portata, capaci di ridurre o azzerare la confusione che contraddistingue una ricerca nutrizionale che, oggi, è di qualità troppo scadente³.

Bibliografia

1. <https://www.bmj.com/food-for-thought>
2. Ladher N, Simpson P, Godlee F. Food for thought. *BMJ* 2018; 361: k2463.
3. Ioannidis JPA. The challenge of reforming nutritional epidemiologic research. *JAMA* 2018 August 23. doi:10.1001/jama.2018.11025.

Allattamento al seno

Una ricerca elaborata dalla campagna UK-wide Better Breastfeeding ha messo in luce che nel Regno Unito almeno il 44% delle autorità locali ha effettuato dei tagli ai servizi di supporto dell'allattamento al seno. Il risultato, leggiamo su *The Guardian*¹ è che solo 8 mamme inglesi su 10 hanno provato ad allattare il proprio figlio e un misero 1% dei neonati inglesi è stato nutrito esclusivamente con latte materno per i primi sei mesi di vita, nonostante lo stesso sistema sanitario britannico (NHS) raccomandi questa pratica a fronte della media mondiale del 40% dei bambini allattati unicamente al seno per i primi sei mesi, stimata dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e dall'Unicef. Una survey del 2016 aveva sottolineato che 6 mamme inglesi su 10 che avevano smesso di allattare erano arrivate a questa scelta obbligata per mancanza di supporto².

Eppure anche le Nazioni unite attraverso le agenzie Oms e Unicef incoraggiano da tempo le strutture sanitarie e le autorità locali a investire in questa direzione. La Global Breastfeeding Collective è una partnership di oltre 20 agenzie o donatori e policy maker nata appositamente con l'obiettivo di aumentare gli investimenti per

l'allattamento al seno in tutto il mondo³. Investendo 570 milioni di dollari all'anno per i prossimi 10 anni – si legge nel loro sito web – si potrebbe riuscire a portare al 50% la percentuale di bambini allattati esclusivamente al seno nei primi sei mesi di vita.

Dal punto di vista nutrizionale, ci sono diverse ragioni per le quali è fondamentale oggi implementare misure a sostegno dell'allattamento al seno. L'Oms stima che nel mondo oltre 820.000 vite di bambini con meno di cinque anni di età potrebbero essere salvate ogni anno se ogni bambino fosse adeguatamente allattato per i primi due anni di vita. Inoltre, uno studio pubblicato su *Lancet Global Health* ha evidenziato che il latte materno migliora il quoziente intellettuale e dunque i risultati scolastici, ed è correlato con redditi più alti nella vita adulta⁴.

Per questo Oms e Unicef raccomandano di iniziare l'allattamento già nella prima ora di vita del neonato e procedere con l'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi di vita, introducendo successivamente alimenti complementari (solidi), pur continuando a mantenere anche l'allattamento al seno fino a due anni. Il latte materno è infatti un'importante fonte di energia e di nutrienti nei bambini di età compresa tra sei e 23 mesi. Può fornire la metà o più del fabbisogno energetico di un bambino di età compresa tra sei e 12 mesi e un terzo del fabbisogno energetico tra i 12 e i 24 mesi.

La prima settimana di agosto si è celebrata la Breastfeeding Week, che quest'anno ha elaborato 10 step utili per supportare la neomamma nell'avvio dell'allattamento al seno a 360 gradi. Tutto ruota intorno alle politiche ospedaliere. Le strutture sanitarie dovrebbero supportare l'allattamento al seno non incoraggiando l'utilizzo di latte artificiale (step 1) e rendendo l'allattamento una prassi nei reparti. Ma anche formando adeguatamente il personale sanitario in questo senso (step 2). Importantissimo è iniziare a supportare le future mamme già durante la gravidanza, sia sui benefici dell'allattamento sia nella pratica (step 3). Una volta avvenuto il parto, il personale sanitario è chiamato a incoraggiare il contatto immediato fra il bambino e il petto nudo della madre, aiutando quest'ultima ad avvicinare il figlio al seno nel modo corretto (step 4) e supportandola nell'insorgere di eventuali difficoltà (step 5). L'Oms raccomanda agli operatori di suggerire alle madri di preferire il latte di un'altra madre rispetto a quello artificiale, qualora il proprio non fosse quantitativamente sufficiente a nutrire il bambino (step



Raffaele Giusti. *My Name is Nobody*. Tipica barca pescatore Thailandese.

6). Favorire l'intimità fra mamma e bambino sin dai primi giorni è importantissimo, e pertanto si raccomanda di lasciare che dormano insieme anche durante la notte (step 7). Gli operatori sanitari dovrebbero inoltre supportare le mamme insegnando loro a capire quando il bambino è affamato, non limitando il momento dell'allattamento a orari precisi (step 8) e sull'importanza dell'igiene di bottiglie e biberon in caso si necessiti di aggiunte (step 9). Infine, l'ultimo importantissimo step: suggerire alla madre delle figure di supporto all'allattamento una volta dimessa dall'ospedale (step 10).

E in Italia? L'ultima rilevazione del Ministero della salute sugli ospedali italiani promossa dal Tavolo tecnico "allattamento al seno" risale al 2014, e ha messo in luce un'ampia variabilità interregionale dei tassi di allattamento esclusivo per i primi sei mesi di vita del bambino. Si oscilla dal 64% della Campania all'88% della Puglia. In Veneto la media è del 70% di bambini esclusivamente allattati al seno per i primi sei mesi di vita, in Lombardia del 67,3%, in Emilia Romagna dell'82%, nel Lazio del 65% e in Toscana del 79%. Al contrario le percentuali di chi si alimenta fin dall'inizio con il solo latte artificiale variano dal 2,1% dell'Emilia Romagna al 6,8% del Friuli Venezia Giulia. Non hanno partecipato alla survey: Liguria, Abruzzo, Molise, Calabria, Basilicata, Umbria, Sicilia e Sardegna⁵.

Dal punto di vista dei progetti di promozione dell'allattamento al seno, nel quadro del programma nazionale "Insieme per l'allattamento" l'Unicef sta portando avanti quattro progetti: gli ospedali amici dei bambini, le comunità amiche dei bambini, i baby pit stop e i corsi di laurea amici dell'allattamento, di cui a oggi sono riconosciuti sul territorio nazionale 24 ospedali, sette comunità, due corsi e oltre 600 Baby Pit.

Bibliografia

1. Davis N. Breastfeeding support services 'failing mothers' due to curs. *The Guardian*, 27 luglio 2018.
2. Davis N. Low UK breastfeeding rates down to social pressure over routine and sleep. *The Guardian*, 9 settembre 2016.
3. <http://www.who.int/nutrition/topics/global-breastfeeding-collective/en/>
4. Victora CG, Horta BL, De Mola CL, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Global Health* 2015; 3: e199-205.
5. <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/allattamento/allattamento.asp>



Raffaele Giusti. *Il Paradiso è per pochi*. È la foto dell'ingresso al Tempio Bianco a Chiang Rai (Wat Rong Khun). Un'oceano di arti spettrali che spuntano da una vasca a forma circolare come fosse dall'oltretomba, immagine di quel desiderio che, secondo il pensiero buddhista, altro non è che la causa primaria di tutte le sofferenze.

Molestie sul lavoro e salute pubblica

«Il movimento #MeToo rappresenta, per chi si occupa di salute pubblica, un'opportunità per cominciare a considerare quello delle molestie sessuali come un problema sanitario, con implicazioni per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute». Non solo un problema etico, culturale e politico, quindi, ma anche medico. A dirlo, un gruppo di cinque esperti australiani, autori di un articolo di commento pubblicato da *The Lancet*, i quali sottolineano da un lato gli effetti negativi sulla salute esperiti dalle vittime di molestie sessuali e dall'altro quelli positivi emersi in contesti caratterizzati da un maggiore rispetto e parità di genere¹.

Il movimento di matrice femminista, sviluppatosi alla fine del 2017 in seguito alle accuse di stupro e molestie rivolte da diverse donne del mondo dello spettacolo al produttore hollywoodiano Harvey Weinstein, ha riportato l'attenzione dell'opinione pubblica su un problema per troppo tempo trascurato. Secondo l'Organiz-

zazione mondiale della sanità, infatti, nel mondo circa una donna su tre è vittima di molestie sessuali o di violenze², proporzione che può raggiungere il 40-60% in alcuni paesi o contesti lavorativi³. Le conseguenze a livello psicologico possono essere molto gravi, dalla depressione all'ansia e al disturbo post-traumatico da stress, a loro volta fattori di rischio per lo sviluppo di altre patologie⁴.

Ma le conseguenze, purtroppo, non si manifestano solo a livello psicologico. «Le molestie sessuali e le altre forme di violenze gender-based funzionano come tutti gli stimoli stressanti cronici e pervasivi», scrivono gli autori. «Lo stress è un fattore di rischio indipendente per molte condizioni croniche, inclusi il cancro e le malattie cardiovascolari»⁵. Ma anche obesità, ipertensione, fumo e abuso di alcol. Molto spesso, poi, l'assenza di risposte organizzative efficaci sul posto di lavoro fa sì che gli effetti in termini di salute vengano portati all'estremo.

Inoltre, come riportano gli autori dell'articolo di *The Lancet*, questi comportamenti hanno conseguenze importanti anche in termini di

produttività, assenteismo, turnover, morale e clima organizzativo. «In generale – sottolineano – le molestie sessuali impediscono alle lavoratrici di raggiungere il proprio potenziale professionale e personale, andando ad accentuare un problema di parità di genere che è già presente in quasi tutti i settori produttivi».

In alcuni paesi, tuttavia, questo gap è meno pronunciato che in altri, o persino assente. Esempi classici sono i paesi scandinavi, come Danimarca, Finlandia, Svezia e Norvegia, dove gli stipendi di uomini e donne sono simili, così come lo sono l'accesso a un'educazione superiore e i permessi parentali. In questi contesti, secondo le conclusioni di uno studio che ha analizzato i dati di 27 paesi diversi, le donne di età superiore ai 50 anni vanno incontro a un declino cognitivo minore⁶. Infine, la parità di genere in questi paesi porta – attraverso maggiore partecipazione politica, autonomia economica e diritti riproduttivi – benefici di salute anche in termini di minore incidenza di depressione⁷ e disturbi post-traumatici da stress⁸.

Sono disponibili minori evidenze, invece, in merito a un possibile effetto positivo sulla salute di iniziative finalizzate a prevenire le molestie sessuali. Inoltre, secondo gli autori di *The Lancet* rimangono ancora delle domande aperte in merito a possibili reazioni negative da parte degli uomini, come avviene ogni volta che un gruppo privilegiato rischia di perdere il suo status⁹. Per avere un'idea più chiara, saranno necessari ulteriori studi: «Il fallimento nell'investire in questo tipo di ricerca o nel riconosce-



Raffaele Giusti. *Riflessioni moderne. Selfie.*

re che l'esposizione a molestie sessuali rappresenta un problema di salute – concludono gli autori – permette di comprendere quanto gli sforzi delle iniziative come il movimento #MeToo siano utili per promuovere i diritti delle donne e per risolvere il problema della violenza».

Bibliografia

1. O'Neil A, Sojo V, Fileborn B, et al. The #MeToo movement: an opportunity in public health? *Lancet* 2018; 391: 2587-9.
2. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013.
3. Victorian Trades Hall Council. Stop gendered violence at workwomen's rights at work report. Melbourne: Victorian Trades Hall Council, 2016.
4. O'Neil A, Fisher AJ, Kibbey KJ, et al. Depression is a risk factor for incident coronary heart disease in women: a 18-year longitudinal study. *J Affect Disord* 2016; 196: 117-24.
5. Cohen S, Janicki-Daverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *JAMA* 2007; 298: 1685-7.
6. Bonsang E, Skirbekk V, Staudinger UM. As you sow, so shall you reap: gender-role attitudes and late-life cognition. *Psychol Sci* 2017; 28: 1201-13.
7. Chen YY, Subramanian SV, Acevedo-Garcia D, Kawachi I. Women's status and depressive symptoms: a multilevel analysis. *Soc Sci Med* 2005; 60: 49-60.
8. McLaughlin KA, Xuan Z, Subramanian SV, Koenen KC. State-level women's status and psychiatric disorders among US women. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 1161-71.
9. Flood M, Dragiewicz M, Pease B. Resistance and backlash to gender equality: an evidence review. Brisbane: Crime and Justice Research Centre, Queensland University of Technology (QUT), 2018.



Raffaele Giusti. *A Sicilian wedding.* Anche qui potrei avere un conflitto di interesse.