
Risultati da Laboratorio

Comunicazione e promozione della salute nelle Aziende sanitarie

Organizzazione, profilo professionale
ed esperienze sul campo

Settembre 2015



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



Realizzazione e impaginazione:
KOS Comunicazione e Servizi s.r.l.
Via Junio Bazzoni n. 1 - 00195 Roma

SOMMARIO

RAGIONI DELLA RICERCA E PREMESSA METODOLOGICA <i>di Giuseppe Fattori e Nicola Pinelli</i>	pag.	9
PROTAGONISTI DELLA RICERCA E RINGRAZIAMENTI	«	21
1. SALUTE PUBBLICA E PREVENZIONE: LA SITUAZIONE ITALIANA		
<i>di Michaela Liuccio</i>	«	23
1.1. Le malattie non trasmissibili: la nuova epidemia globale	«	23
1.2. Lo scenario epidemiologico	«	24
- <i>L'alcol</i>	«	24
- <i>Attività fisica e alimentazione</i>	«	37
1.3. Per un nuovo welfare	«	48
2. LE POLITICHE SANITARIE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE DELLA SALUTE: LE NORMATIVE DI RIFERIMENTO		
<i>di Michaela Liuccio e Anna Maria Colacchi</i>	«	53
2.1. Presentazione dell'attività di ricerca	«	53
2.2. La prevenzione della salute e le normative territoriali	«	55
2.2.1 <i>Le differenze tra le ASL</i>	«	55
2.2.2 <i>I documenti normativi</i>	«	56
3. LA FIGURA PROFESSIONALE DEL COMUNICATORE E DEL PROMOTORE DELLA SALUTE ALL'INTERNO DELLE AZIENDE SANITARIE		
<i>di Michaela Liuccio e Anna Maria Colacchi</i>	«	59
3.1. Le ASL tra strategie e deficit di comunicazione	«	59
3.2. L'indice di attività delle ASL	«	66

4. PREVENZIONE E COMUNICAZIONE	
di Michaela Liuccio	« 71
4.1. <i>Public health</i> e <i>health literacy</i>	« 71
4.2. La comunicazione in ambito sanitario.....	« 75
4.3. Promuovere stili di vita sani.....	« 79
4.4. <i>E-Health promotion</i>	« 83
5. ANALISI DELLE CAMPAGNE DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA PREVENZIONE SUL TERRITORIO NAZIONALE	
di Michaela Liuccio, Antonio Di Stefano e Anna Maria Colacchi	« 87
5.1. Analisi delle campagne.....	« 87
5.2. Stili, strumenti e strategie di comunicazione nell'ambito della prevenzione e degli stili di vita salutari.....	« 90
5.3. Un'analisi critica delle strategie di comunicazione per la prevenzione utilizzate, secondo le tecniche del marketing sociale.....	« 94
- <i>Alimentazione</i>	« 95
- <i>Movimento</i>	« 101
- <i>Alcol</i>	« 104
- <i>Fumo</i>	« 105
- <i>MST</i>	« 106
6. UNO SGUARDO ALL'ESTERO. INIZIATIVE E PROGETTI PER LA PREVENZIONE E LA DIFFUSIONE DI STILI DI VITA SANI IN EUROPA E NEL MONDO	
di Michaela Liuccio e Anna Maria Colacchi	« 109
6.1. Alimentazione e movimento.....	« 109
6.2. Fumo e alcol.....	« 115
6.3. HIV e MST.....	« 131

7. STRATEGIE DI VALUTAZIONE DELLE CAMPAGNE DI PREVENZIONE E LINEE GUIDA	
<i>di Michaela Liuccio</i>	« 137
7.1. Fumo e alcol	« 139
7.2. Alimentazione e attività fisica	« 140
7.3. Malattie sessualmente trasmissibili	« 141
7.4. Prevenzione e screening dei tumori	« 142
7.5. Linee guida essenziali per la comunicazione della salute	« 143
7.6. Marketing sociale e salute pubblica: alcuni spunti per il futuro	« 144
8. CONCLUSIONI	
<i>di Walter Giacomo Locatelli</i>	« 147
9. BIBLIOGRAFIA	« 151

RAGIONI DELLA RICERCA E PREMESSA METODOLOGICA

di Giuseppe Fattori e Nicola Pinelli

1. COMUNICAZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, in Europa l'86% dei decessi e il 77% della perdita di anni di vita in buona salute sono provocati da patologie croniche: tutte condizioni che hanno in comune fattori di rischio modificabili. Le patologie croniche sono legate, oltre che ad aspetti propriamente clinici, anche a una serie di determinanti riflesso delle condizioni sociali, economiche e culturali (urbanizzazione, invecchiamento progressivo della popolazione, politiche ambientali, povertà, etc.).

In Italia i fattori di rischio modificabili si distribuiscono in maniera molto differente tra la popolazione, vale a dire sono molto più diffusi nelle classi socioeconomiche più deboli. Questi fattori di rischio sono causati da comportamenti che dipendono solo in parte da scelte individuali: l'ambiente fisico e sociale può esercitare una forte pressione e facilita l'adozione di stili di vita nocivi per la salute.

Ogni intervento di prevenzione e promozione della salute deve quindi tener conto, come espresso nel 2008 dall'OMS, che la nuova sfida per la sanità pubblica è "colmare il divario" (*closing the gap*), cioè ridurre le disparità di salute all'interno delle fasce di popolazione dei singoli paesi e, globalmente, tra paesi e paesi. Per questo i sistemi sanitari nazionali e locali sono alla ricerca di interventi e politiche idonee per ridurre le disuguaglianze provocate dai cosiddetti "determinanti sociali", cioè le condizioni sociali, culturali ed economiche che possono influire sulla salute dei cittadini. Se gli esiti sanitari, soprattutto quelli legati alle malattie croniche, sono legati ad alcuni specifici fattori di rischio e se i determinanti sociali possono essere le "cause delle cause", è cruciale per gli operatori coinvolti avere informazioni sia sulla cause (fattori di rischio) sia sulle cause delle cause (determinanti sociali).

In questo processo riveste un ruolo strategico la valutazione. Nella ricerca di una sanità pubblica basata sull'evidenza, gli operatori e i decisori impegnati sul fronte della promozione della salute spesso faticano a trovare informazioni adeguate per valutare l'efficacia del loro lavoro. Per fortuna, ci vengono in aiuto le sorveglianze: i dati provenienti da questi sistemi rappresentano infatti una fonte fondamentale e unica per pianificare, monitorare e valutare gli interventi e le politiche volte a ridurre l'effetto dei determinanti sociali sulle disparità di salute.

Promuovere la salute significa mettere in atto politiche che mirino al benessere individuale e collettivo. In questo contesto, è necessario un ruolo attivo delle Aziende sani-

tarie, che pianifichino e realizzino progetti a sostegno dell'adozione di sani stili di vita. L'estensione del numero e della tipologia degli interlocutori aziendali (*stakeholder*) e l'esigenza di veder collaborare, all'interno dell'Azienda, un sempre più variegato insieme di risorse professionali, afferenti a diverse discipline, ha portato a una costante e rapida crescita dell'importanza della comunicazione in sanità.

La **comunicazione**, che consente il coordinamento e la realizzazione di azioni interdisciplinari nei diversi contesti sociali (mercati, piazze, centri commerciali, eventi territoriali, scuole, etc.), rappresenta una leva strategica nella promozione della salute in quanto "strumento" di condivisione di **obiettivi** e strategie tra i soggetti impegnati nel miglioramento dello stato di salute.

Nell'Azienda sanitaria si possono individuare alcune tipologie di comunicazione con processi comunicativi distinti tra loro, ma con profonde aree d'integrazione e sinergia:

- comunicazione per la salute: dalla tradizionale attività di educazione sanitaria, ne trasforma l'approccio come elemento strategico per la prevenzione primaria e la promozione di comportamenti di salute (risultato autonomo e indipendente rispetto ai processi sanitari);
- comunicazione sanitaria: accompagnando i processi sanitari di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, assume come interlocutori i soggetti portatori della domanda e può focalizzarsi sul posizionamento di prodotti e servizi oppure mirare a sviluppare l'*empowerment* dell'utente;
- Comunicazione istituzionale (*corporate identity*) che, a livello di azienda e/o sistema, ne favorisce la legittimazione nel rapporto con i diversi portatori di interesse e con i differenti pubblici di riferimento.

La comunicazione per la salute è elemento costitutivo e leva strategica delle politiche di prevenzione e promozione della salute, come viene sostenuto già dal Piano sanitario nazionale 2003-2005 che al capitolo 2.9 inserisce "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" tra i 10 progetti strategici, nonché dalle Linee generali del Piano sanitario nazionale e dal Programma "Guadagnare salute".

Nella comunicazione per la salute i protagonisti sono i diversi settori della società: enti, istituzioni, Aziende sanitarie, associazioni del terzo settore e cittadini, interlocutori attivi e consapevoli di un percorso di "costruzione sociale della salute" che trova nella partecipazione e nella condivisione di obiettivi, strategie e attività i suoi punti di forza. Gli ambiti d'intervento riguardano tutti i fattori che influiscono sulla salute (i cosiddetti "determinanti di salute") e che possono schematicamente essere distinti in ambientali, sociali, economici, relativi agli stili di vita e all'accesso ai servizi non solo sanitari, ma anche sociali, scolastici, ricreativi e di trasporto. Sotto questo profilo, la comunicazione per la salute diventa strumento innovativo che consente alle Aziende sanitarie di mettersi in rete con gli altri attori sociali per costruire strategie integrate ed efficaci nel migliorare la salute della popolazione, agendo su tutti i suoi determinanti.

2. IL LABORATORIO FIASO

Prendendo le mosse da queste considerazioni, nel 2010 la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere ha dato vita al Laboratorio “Comunicazione e promozione della salute”, luogo di confronto tra le Aziende sanitarie associate utile al superamento della tradizionale gestione organizzativa dipartimentale e allo sviluppo di una gestione per processi interaziendali che, partendo dall’analisi del contesto e dei dati, arrivi a definire politiche efficaci e condivise.

Il Laboratorio FIASO Comunicazione e promozione della salute ha inteso innanzitutto analizzare i modelli organizzativi e le strategie poste in essere dalle Aziende sanitarie italiane nel campo dell’educazione, comunicazione e promozione della salute. Pur nella consapevolezza delle differenze regionali, il Laboratorio ha avuto lo scopo di definire linee di azione condivise per favorire una gestione per processi che consentisse di affrontare in modo integrato e unitario le tematiche inerenti gli stili di vita.

Gli obiettivi fondanti della istituzione del Laboratorio sono stati pertanto così definiti:

- realizzare una mappatura e un’analisi delle diverse modalità organizzative per la comunicazione, l’educazione e la promozione della salute nelle Aziende sanitarie rispetto agli obiettivi assegnati;
- definire linee di gestione condivise per processi che affrontino in modo integrato e unitario le tematiche inerenti gli stili di vita;
- condividere i materiali di comunicazione, educazione e promozione della salute tra le Aziende sanitarie e ospedaliere;
- favorire la collaborazione tra i diversi attori e settori impegnati nella promozione della salute e contribuire a posizionare le Aziende Sanitarie in tale contesto;
- selezionare le migliori pratiche per valorizzare le esperienze e renderle patrimonio comune.

Le attività del Laboratorio hanno preso avvio nel giugno 2010 con la costituzione del Comitato strategico e la definizione degli obiettivi progettuali. Nel progetto sono state coinvolte l’Azienda USL di Modena (Capofila) e l’Associazione “Marketing sociale e comunicazione per la salute”.

Dall’iniziale obiettivo di partenza (10 ASL “pilota”), FIASO ha visto sensibilmente ampliarsi il gruppo di Aziende sanitarie intenzionate a partecipare al Laboratorio, segno dell’interesse per l’argomento e della necessità di approfondimento. Il Laboratorio ha, in poche settimane, ricevuto le adesioni di 16 Aziende sanitarie, individuate anche tenendo conto della più ampia rappresentatività geografica.

Le Aziende partecipanti sono state le seguenti:

1. Emilia-Romagna – AUSL Piacenza
2. Emilia-Romagna – AUSL Modena
3. Emilia-Romagna – AUSL Parma
4. Emilia-Romagna – AUSL Ferrara
5. Friuli-Venezia Giulia – AAS 1 Triestina
6. Lazio – ASL Roma B

7. Lazio –ASL Roma D
8. Liguria –ASL 2 Savonese
9. Lombardia –ASL di Milano
10. Piemonte –ASL To2
11. Provincia autonoma di Trento –APSS Trento
12. Puglia –ASL BT
13. Sardegna –ASL Nuoro
14. Toscana –ASL 4 Prato
15. Veneto – ULSS 3 Bassano del Grappa
16. Veneto – ULSS 21 Legnago

Il Comitato tecnico del Laboratorio è risultato composto dai Responsabili comunicazione e dai Responsabili dell'educazione e promozione della salute delle Aziende sanitarie aderenti.

3. SVILUPPO METODOLOGICO PER LA RILEVAZIONE DI ORGANIZZAZIONE E PROFILI PROFESSIONALI

Come primo passaggio operativo e sulla base della metodologia sviluppata all'interno dell'Osservatorio FIASO "Buona Sanità", sono state raccolte le principali esperienze aziendali realizzate per la promozione di sani stili di vita.

In particolare, sono state individuate cinque aree tematiche relative ad altrettanti fattori di rischio per gli stili di vita:

- alimentazione
- attività motoria
- fumo
- alcool
- malattie sessualmente trasmissibili (MST).

Di seguito, viene riportata la griglia con alcuni dati sulle esperienze raccolte e selezionate per ciascun fattore di rischio:

AREE	ESPERIENZE RACCOLTE
Alimentazione	16
Attività motoria	14
Fumo	9
Alcool	10
MST	13
Totale	62

Per il raggiungimento dei propri obiettivi, il Laboratorio è stato coinvolto nella predisposizione di una scheda di rilevazione condivisa all'interno del Comitato tecnico.

La scheda di rilevazione è risultata così composta:

- **Contesto di riferimento** (nazionale, regionale, aziendale);
- **Organizzazione** (attività e posizionamento);
- **Competenze** (profilo formativo, competenze, curriculum vitae).

Nella prima sezione di tale strumento (contesto di riferimento) si è inteso avviare una ricognizione sulla valorizzazione della comunicazione per la salute come elemento strategico per le attività di promozione della salute con riferimenti puntuali presenti nei:

- documenti normativi regionali (Piano sociale e sanitario, Piano della prevenzione, Delibere, etc.) e/o provinciali nei quali è valorizzata la comunicazione;
- documenti aziendali (Atto aziendale, Manuale organizzativo, Delibere).

La normativa regionale e provinciale e i documenti aziendali contengono, infatti, informazioni utili a fotografare l'orientamento dell'Azienda rispetto alle attività di comunicazione e di promozione della salute.

La seconda sezione della scheda di rilevazione ha approfondito le caratteristiche dell'organizzazione per fare chiarezza sull'intero assetto aziendale, partendo dalla descrizione delle attività svolte alle risorse per unità organizzativa fino all'individuazione del budget previsto per lo svolgimento delle attività di comunicazione e promozione della salute.

Le attività di comunicazione all'interno dell'Azienda sanitaria possono essere svolte da differenti servizi preposti (ad es. Ufficio stampa, URP, Relazioni esterne) così come quelle di promozione della salute (ad es. Dipartimento di prevenzione, Sanità pubblica, Educazione alla salute). Tale rilevazione ha permesso di chiarire le modalità organizzative in cui viene declinata la comunicazione e la promozione della salute anche in relazione alle indicazioni normative rilevate nella prima sezione della scheda di rilevazione.

Comunicazione

ATTIVITÀ SVOLTE	DENOMINAZIONE
• Cura del rapporto coi media.	Ufficio stampa (esempio)
• Cura della rassegna stampa giornaliera, selezionando dai quotidiani locali e nazionali gli articoli più significativi inerenti la salute e la sanità.	
• Cura della pubblicazione dei comunicati stampa.	
• Organizzazione conferenze stampa.	
• Cura della redazione di una (o più) newsletter.	
• Gestione e coordinamento degli eventi pubblici più importanti.	
• Supporto tecnico e consulenza sulla comunicazione massmediale.	
• Responsabilità editoriale del sito internet aziendale.	
• Responsabilità dell'immagine coordinata dell'azienda e dell'uso del logo Aziendale.	
• Informazione e orientamento del cittadino sui servizi, sui percorsi, sulle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni al fine di garantire la tutela dei diritti riconosciuti ai cittadini.	
• Gestione reclami, suggerimenti, segnalazioni.	
• Comunicazione con Comitati consultivi misti, associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini.	
• Raccolta delle dichiarazioni di volontà a donare gli organi	
• Gestione delle relazioni esterne dell'Azienda	
• Promozione dell'immagine del servizio sanitario pubblico	
• Promozione dell'alfabetizzazione sanitaria (<i>health literacy</i>) e dell' <i>empowerment</i> del cittadino (acquisizione di competenza e consapevolezza)	

segue a pagina seguente

segue tabella da pagina 13

ATTIVITÀ SVOLTE	DENOMINAZIONE
• Coinvolgimento diretto dei cittadini (singoli, rappresentanti di associazioni di volontariato, gruppi di pazienti) nella costruzione responsabile e partecipata di strategie per la salute	
• Governo della progettazione dei portali internet e intranet aziendali e pianificazione della tempistica degli interventi necessari	
• Supporto alla realizzazione di nuovi progetti web e di siti collegati al portale aziendale.	
• Supervisione dell'attività di formazione dei referenti delle macrostrutture aziendali.	
• Supporto per la produzione di materiali istituzionali e informativi	
• Altro. Indicare _____	

Promozione della salute

ATTIVITÀ SVOLTE	DENOMINAZIONE
• Prevenzione e profilassi delle malattie infettive e diffuse della collettività	Dipartimento di prevenzione/ sanità pubblica (Esempio)
• Prevenzione dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di vita ed alle attività lavorative	
• Sorveglianza e controllo sulla produzione di alimenti in tutte le fasi della filiera produttiva	
• Promozione della salute e del benessere animale	
• Tutela dell'attività sportiva	
• Contributo allo sviluppo della strategia di promozione della salute	
• Coordinamento delle attività di promozione della salute in ambito scolastico	
• Sviluppo delle attività con il supporto dei professionisti sanitari che operano nella scuola, negli ambienti di lavoro e in altri contesti di rilevante aggregazione sociale	
• Coordinamento delle attività su tutto il territorio provinciale	
• Altro. Indicare _____	

Inoltre, in merito ai differenti servizi preposti alle funzioni di comunicazione e promozione della salute, il Laboratorio ha inteso analizzare il posizionamento nell'organigramma aziendale, anche per cogliere eventuali elementi di trasversalità delle funzioni, il budget disponibile, i fornitori di riferimento (es: grafica, stampa, servizi radiotelevisivi, web, gestione della pubblicità, etc.).

È stato inoltre richiesto che fosse indicato il personale addetto alla comunicazione e alla promozione della salute con la relativa posizione lavorativa (dirigente, collaboratore amministrativo professionale, giornalista, etc.) e il relativo percorso di formazione (laurea in scienze della comunicazione, marketing, psicologia, medicina, etc.). Tali aspetti hanno permesso di valutare la coerenza della competenza specifica dei responsabili designati rispetto alle posizioni occupate. Sotto questo profilo, sono stati presi in analisi anche i curriculum vitae dei responsabili.

Servizio/Area (comunicazione o promozione salute)	Struttura (semplice o complessa)	Direttore/ Responsabile	Personale assegnato dipendente (n. unità)	Personale assegnato non dipendente (n. unità)	Budget anno 2011	Budget anno 2012
_____	<input type="checkbox"/> semplice <input type="checkbox"/> complessa					
_____	<input type="checkbox"/> semplice <input type="checkbox"/> complessa					
_____	<input type="checkbox"/> semplice <input type="checkbox"/> complessa					
_____	<input type="checkbox"/> semplice <input type="checkbox"/> complessa					

La ricerca ha poi analizzato i gap di competenze tra i dirigenti delle funzioni e cercato di analizzare quali fossero gli attuali percorsi e processi di sviluppo professionale in essere, in modo da rilevare l'efficacia degli strumenti attualmente utilizzati ed, eventualmente, ipotizzare possibili politiche alternative di sviluppo delle conoscenze e delle capacità delle risorse umane, con un'attenzione agli elementi che vengono evidenziati come importanti per rispondere alle evoluzioni future e oggi non disponibili. L'efficacia degli strumenti e dei processi di sviluppo professionale viene sempre valutata in relazione agli obiettivi di fondo che i Sistemi sanitari regionali e le organizzazioni che li compongono perseguono: obiettivo fondamentale, quindi, dell'azione di sviluppo è l'adeguamento delle risorse umane ad un preciso programma, in linea con gli orientamenti strategici di sistema rilevati nella prima sezione della scheda.

Le Aziende del SSN hanno negli ultimi anni rivisto in profondità l'organizzazione delle attività direzionali, amministrative e di supporto. Tale evoluzione è stata accompagnata all'emergere di ruoli organizzativi nuovi, in posizioni di staff con lo sviluppo di competenze manageriali. In particolare si è trattato di:

- valutare lo stato di sviluppo attuale e le prospettive future delle due funzioni;
- individuare le competenze necessarie ad accompagnare il responsabile nelle future fasi evolutive di ciascuna funzione;
- offrire spunti di riflessione sui fabbisogni formativi per lo sviluppo delle competenze.

La scelta metodologica effettuata è stata quella di acquisire il punto di vista degli interessati in relazione alle attività di sviluppo delle proprie competenze, effettuate o ritenute necessarie, al ruolo dell'esperienza professionale pregressa, alle aspettative sul proprio ruolo, alle evoluzioni attese.

Sono state quindi individuati tre livelli di competenza utili allo svolgimento della professione di comunicazione e di promozione della salute:

- Competenze trasversali
 - Diritto e amministrazione
 - Organizzazione
 - Informatica

- Lingue straniere
- Competenze tecnico-professionali
 - Gestione di strumenti ed eventi comunicativi
 - Ideazione grafica e realizzazioni editoriali
- Competenze relazionali ed organizzative

Per ciascuna di esse è stato richiesto rispettivamente ai responsabili per la comunicazione e la promozione della salute di indicare, in un scala (1: min. 10: max), la rilevanza attuale e quella prospettica della competenza/conoscenza indicata.

AREA	COMPETENZE TRASVERSALI
DIRITTO E AMMINISTRAZIONE	Gestire procedimenti amministrativi
	Redigere atti amministrativi
	Garantire l'applicazione dei principi fondamentali della normativa sulla privacy nei procedimenti amministrativi seguiti
	Altro. Specificare
ORGANIZZAZIONE	Orientare il proprio lavoro nell'ambito del sistema organizzativo dell'Ente
	Promuovere comportamenti organizzativi coerenti con i valori e i principi del codice di comportamento
	Altro. Specificare
INFORMATICA/TELEMATICA	Utilizzare il computer e la gestione dei file (Windows XP, Word, Excel, Power-Point, internet e posta elettronica) e gli applicativi specifici in uso nel proprio ambito lavorativo
	Altro. Specificare
LINGUE STRANIERE	Leggere testi
	Scrivere documenti
	Altro. Specificare

AMBITI OPERATIVI	COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI
GESTIONE DI STRUMENTI ED EVENTI COMUNICATIVI	Analizzare il fabbisogno comunicativo e identificare gli obiettivi da perseguire
	Progettare piani di comunicazione
	Gestire piani e progetti di comunicazione e le conseguenti attività di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni intraprese.
	Redigere i contenuti comunicativi
	Predisporre la raccolta e l'organizzazione delle informazioni attraverso reti e strumentazioni informative
	Normativa e codici relativi alla comunicazione (diritto d'autore, pubblicità ingannevole, proprietà industriale, ecc)
	Principi, metodologie e tecniche di comunicazione (scritta, verbale, telefonica, on line, visiva)
	Sistema dei media e regole della comunicazione
	Metodologie, tecniche e strumenti di ascolto, partecipazione
	Metodologie di controllo qualità nella comunicazione
	Elementi di statistica e metodologia di ricerca di mercato
	Tecnologie informatiche e telematiche per la comunicazione pubblica (applicativi web e sistemi informativi)
	Project e time management
	Problem solving
	Altro. Specificare

AREA	COMPETENZE TRASVERSALI
IDEAZIONE GRAFICA E REALIZZAZIONI EDITORIALI	Studiare e analizzare il prodotto da rappresentare
	Elaborare un progetto grafico
	Ideare un progetto multimediale
	Monitorare lo stato di avanzamento del progetto e verificandone anche la qualità.
	Predisporre contenuti di pagine web
Altro. Specificare	

COMPETENZE	COMPETENZE RELAZIONALI ED ORGANIZZATIVE
COMPETENZE RELAZIONALI	Costruire e mantenere reti di relazioni, interne ed esterne alla struttura, finalizzate allo scambio di informazioni e al trasferimento di esperienze
	Produrre lavoro integrato o di gruppo anche al di fuori della propria struttura
	Rappresentare l'Ente verso l'esterno, mediante la partecipazione ad esempio a comitati, organismi, eventi pubblici
	Identificare ambiti e strumenti di mediazione e adottare modalità negoziali
	Indirizzare gli altri e fornire supporto in chiave di trasferimento di know-how
	Garantire la trasparenza nel rapporto con l'utenza
	Analizzare e comprendere le richieste dell'utenza, al fine di rispondere efficacemente, valorizzando il proprio know-how tecnico
Altro. Specificare	
COMPETENZE ORGANIZZATIVE	Modificare autonomamente la propria disponibilità operativa in relazione alle esigenze o emergenze del proprio ambito di responsabilità
	Mantenere un costante e tempestivo aggiornamento in ambito normativo, metodologico e tecnologico per quanto concerne il proprio specifico ambito di attività
	Proporre innovazioni operative, tecnologiche e informatiche e contribuire alla loro attuazione
	Pianificare le attività, i modi e i tempi di lavoro e controllare in modo sistematico i risultati
	Identificare le soluzioni possibili ai problemi attraverso l'esercizio di discrezionalità e iniziativa, nell'ambito della propria sfera di autonomia
	Semplificare e snellire le procedure
	Altro. Specificare

La valutazione delle attività e la formazione promossa a sostegno dei progetti di comunicazione per la promozione della salute hanno rappresentato, infine, due ulteriori campi strategici sui quali il Laboratorio si è proposto di raccogliere esperienze, contributi, esigenze.

4. GLI STRUMENTI DELLA COMUNICAZIONE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Più avanti è stato avviato un approfondimento su un particolare aspetto gestionale nel campo delle attività di comunicazione delle Aziende: *la web strategy* delle Aziende sanitarie. È seguita poi una proposta di metodologia di valutazione delle esperienze aziendali realizzate per la promozione di sani stili di vita e la condivisione dei passaggi successivi.

È stata quindi avviata la mappatura (resa disponibile online nell'area del sito internet FIASO ad accesso riservato) dei materiali di comunicazione, educazione e promozione della salute realizzati.

Relativamente ai materiali prodotti, sono stati suddivisi per “strumento” di comunicazione, tra i seguenti:

- poster e locandine;
- brochure;
- contenuti radiofonici;
- contenuti televisivi;
- contenuti su supporti digitali (cd, dvd, ...);
- web (siti, video online, podcast, ...);
- gadget, materiale promozionale;
- altro.

Incrociando i dati dei tipi di strumento prodotti per ciascun argomento, il Laboratorio FIASO ha collazionato un vasto archivio inerente le campagne di promozione della salute messe in atto dalle Aziende sanitarie.

5. PROSPETTIVE E RIFLESSIONI INTRODUTTIVE

Scorrere queste pagine che raccolgono il lavoro svolto dal Laboratorio dal 2010 ad oggi non solo è motivo di grande soddisfazione e gratitudine verso coloro che vi hanno partecipato, ma anche motivo di profonda riflessione. I capitoli del libro descrivendo i contenuti/risultati del Laboratorio sui temi inerenti salute pubblica e prevenzione in Italia, politiche sanitarie e territoriali, figure professionali, nesso fra prevenzione e comunicazione, campagne aziendali e relative strategie di valutazione, disegnano il quadro complesso ed eterogeneo di come vengono utilizzati i diversi media/canali di comunicazione e, implicitamente, come viene intesa/organizzata la promozione della salute dalle Aziende sanitarie che hanno partecipato ai lavori.

Acquisito che la comunicazione, pietra miliare della sanità pubblica, è essenziale per promuovere e tutelare la salute dei cittadini, rimane aperto il dilemma sul come fronteggiare i competitor profit che, per esempio, su due temi forti di prevenzione,

alcol e dieta, riescono a indurre un cambio di comportamento attraverso l'uso di messaggi seduttivi, evocativi, che rinforzano insani stili di vita (Hastings, 2012).

Ancora, rimanendo in ambito sanitario, la ricerca di informazioni che riguardano la salute da parte dei cittadini/pazienti avviene sempre più attraverso il web: "Internet è di fatto il luogo in cui si cerca la seconda opinione e, forse, la prima opinione per molte persone". Il paziente equiparato al *consumer* che si affaccia, usando il web, sui diversi mercati sanitari (farmaci, devices, prestazioni sanitarie, etc.) per trovare l'occasione migliore, scopre, casualmente, nuove malattie (*disease mongering*) di cui, inconsapevolmente, potrebbe essere affetto e per cui si deve curare. Ma la focalizzazione della ricerca sul web sulle malattie da parte dei cittadini/pazienti, si sta oggi allargando alla promozione di sani stili di vita, quello dell'attività fisica ne è un esempio eclatante.

Pensare al futuro del Laboratorio, nell'ottica di una problematizzazione della frammentarietà, potrebbe richiedere un approfondimento su che cosa comporti per un'Azienda sanitaria costruire un framework per la promozione della salute, che si muova nella prospettiva di una condivisione di regole su cui poggiare le alleanze interne (superando antagonismi di "disciplina") ed esterne (intersettorialità/integrazione), necessarie per raggiungere obiettivi comuni. A fronte di una teorica definizione di bene comune, nella pratica la riflessione sulle competenze, *ability/expertise* e l'organizzazione interna andrebbe ipotizzata per tracciare i livelli di responsabilità (chi risponde di che cosa).

In questi termini la costruzione sociale della salute, oltre ad essere la finalità della promozione della salute, ne è anche mezzo in quanto, favorendo la crescita della consapevolezza dei diversi partner, dà maggiore forza alle progettualità che vengono agite.

L'uso dei nuovi media può essere "l'altro luogo" in cui coinvolgere la popolazione su progetti di promozione della salute. Lavorare su indicatori condivisi può essere una modalità per misurare la partecipazione. Nell'epoca dei nativi digitali e del "cervello a calamaro", per i migranti digitali la sfida è quella di costruire ponti che rendano possibile la comunicazione.

Protagonisti della ricerca e ringraziamenti

COMITATO STRATEGICO



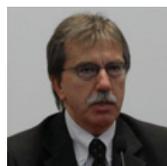
Claudia Agosti
già Direttore sanitario ASL
2 Savonese



Walter G. Locatelli
Vice Presidente FIASO
e Responsabile Laboratorio
FIASO "Comunicazione
e promozione della salute",
Direttore generale ASL Milano



Giuseppe Caroli
Direttore generale ASL
ROMA G, già Direttore
generale AUSL Modena



Flavio Neirotti
Direttore generale
ASL 2 Savonese



Massimo Fabi
Direttore generale AOU
Parma, già Direttore
generale AUSL Parma



Nicola Pinelli
Direttore FIASO



Giuseppe Fattori
Direttore del Programma
"Promozione della Salute"
AUSL Modena, Responsa-
bile tecnico Laboratorio
FIASO "Comunicazione e
promozione della salute"



Fabio Samani
già Direttore
generale ASS1 Triestina

Protagonisti della ricerca e ringraziamenti

COMITATO TECNICO INTERAZIENDALE

Silvia Barbieri, Elisabetta Borciani	AUSL Piacenza
Manuela Carobbi, Alessia Canale, Simona Giuliano, Marco Vanoli	AUSL Modena
Orazio Buriani, Aldo De Togni	AUSL Ferrara
Silvana Basso Ricci, Alberto Nico	AUSL Parma
Marco Braida, Roberta Fedele, Sara Sanson, Marco Spanò	AAS1 Triestina
Cristina Sopranzi	ASL Roma B
Antonio Fortino, Gianni Valeri	ASL Roma D
Roberto Carrozzino, Marina Scotto	ASL 2 Savonese
Roberto Donzelli, Gianluca Mattei, Silvia Sacchi	ASL Milano
Alessandra D'Alfonso	ASL To2
Alberto Betta, Sandra Chighizola, Martina Liber, Anna Maria Moretti	APSS Trento
Maria Micaela Abbinante	ASL Bt
Giovanni Salis	ASL Nuoro
Marco Bracciotti, Lucia Carollo, Lucia Livatino, Claudio Sarti	ASL 4 Prato
Marzia Martignon, Annacatia Miola	ULSS 3 Bassano del Grappa
Paolo Coin, Miche Triglione	ULSS 21 Legnago



Si ringrazia il Gruppo di lavoro del CORIS
Dipartimento di Comunicazione e ricerca sociale della
Università “La Sapienza” di Roma che ha curato i contenuti del libro
e analizzato il materiale fornito dalle Aziende sanitarie coinvolte
nel Laboratorio FIASO “Comunicazione e promozione della salute”.

Prof.ssa **Michaela Liuccio**
Dott.ssa **Anna Maria Colacchi**
Dott. **Antonio Di Stefano**

1. SALUTE PUBBLICA E PREVENZIONE: LA SITUAZIONE ITALIANA

di *Michaela Liuccio*

1.1.LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI: LA NUOVA EPIDEMIA GLOBALE

Negli ultimi cinquant'anni è stato sperimentato e dimostrato che gli stili di vita corretti e salutari e la diagnosi precoce sono gli strumenti più efficaci per ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie gravi e diffuse, tra cui il cancro. Arrivare prima della malattia è la grande sfida della medicina moderna e della società più in generale, che ha la responsabilità di far prendere coscienza ai cittadini del potenziale della prevenzione e dei suoi strumenti. I vaccini sono stati nel secolo scorso il primo grande passo verso la medicina preventiva. Oggi ci sono anche altri strumenti, quali la lotta al fumo, responsabile dimostrato di molti tumori, primo fra tutti quello polmonare, e delle malattie cardiovascolari; il controllo dell'alimentazione, che è all'origine di molte forme di cancro¹; l'anticipazione diagnostica che, se associata a comportamenti corretti, potrebbe trasformare in malattie rare i *big killer* come il tumore del seno, del colon, del polmone e della prostata. In questo senso possiamo dire che l'informazione, l'educazione e, conseguentemente, la consapevolezza rappresentano oggi strumenti molto utili per combattere le malattie.

La salute è oggi un problema sociale che accorpa più competenze abbracciando anche la dimensione psicologica, la sessualità, l'alimentazione, l'adattamento e la devianza sociale, il lavoro, il tempo libero, il ciclo sonno/veglia, l'educazione, spingendosi fino alla soglia del morire (Zamperini, 2010). Il punto di partenza fondamentale di tale evoluzione è costituito dalla ben nota definizione di salute già contenuta nella costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità del 1946 come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia o di infermità" (WHO, 2006). "Cominciamo a capire sulla base delle attuali conoscenze scientifiche che i geni fanno quello che possono, che non determinano in modo predittivo le nostre malattie (salvo quelle ereditarie), dovendo trovare nell'ambiente sociale o nello stile di vita del soggetto in questione, vari rinforzi o spinte onde potersi manifestare come tali" (Cipolla, 2009).

Il sistema del welfare tradizionale è in crisi perché non è utile intervenire a posteriori, per esempio per limitare gli effetti negativi dell'insorgere di una patologia; perché non è utile avere un approccio "paternalista", ovvero erogare il servizio dall'alto in maniera standardizzata; perché è necessario prestare più attenzione agli stili di vita. Il nuovo welfare, infatti, deve puntare soprattutto alla prevenzione e alla promozione di stili di vita più

¹http://www.lsw.n.it/comunicati/stampa/2012/mettere_a_dieta_il_cancro

salutari, intervenendo prima del manifestarsi di eventi negativi, come "investimento sociale" attraverso l'informazione e l'educazione diretta o mediata.

Le priorità sanitarie del mondo sono cambiate, la nuova emergenza è quella delle malattie non trasmissibili, legate allo stile di vita, ovvero diabete (spesso dovuto all'obesità), patologie cardiovascolari, cancro, malattie respiratorie indotte dal fumo o dall'inquinamento. Si tratta di patologie originate in gran parte dall'alimentazione poco sana, dalla scarsa attività fisica e dal consumo di alcol e tabacco, abitudini che dall'Occidente si stanno diffondendo sempre più anche nel Terzo mondo che aspira ai modelli di consumo dei paesi ricchi. Nell'Assemblea generale del 19 settembre del 2011 l'OMS (l'Organizzazione mondiale della sanità/ World Health Organization-WHO) ha dichiarato che le malattie non trasmissibili sono una delle principali sfide della salute del XXI secolo e che delle circa 57 milioni di morti a livello mondiale nel 2008, 36 milioni (il 63%) erano dovute a malattie non trasmissibili (MNT). Come conseguenza di tali andamenti, il numero totale di decessi annuali per MNT è stimato raggiungere i 55 milioni entro il 2030, mentre per le morti annuali per malattie infettive si prevede un calo nei prossimi 20 anni. L'OMS ha inoltre messo in evidenza la rapida crescita delle MNT nei paesi in via di sviluppo e le riconosce come un fattore che contribuisce all'incremento di povertà e fame in questi luoghi. Azioni mirate dei governi per spingere i cittadini a fumare meno e a ridurre i consumi di sale e grassi "trans", per l'OMS, non costerebbero più di 11 miliardi di dollari l'anno e arginebbero in misura significativa la diffusione di queste malattie. Ma intervenire dall'alto sulle diete e lo stile di vita della persone spesso solleva diffidenza e accuse di "dirigismo" o "paternalismo".

1.2. LO SCENARIO EPIDEMIOLOGICO

Anche in Italia le malattie del sistema cardiocircolatorio, i tumori e le malattie del sistema respiratorio sono le prime tre cause di morte. Per dati più specifici, facciamo riferimento all'ultimo rapporto del sistema di sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia)², attivo dal gennaio 2007 con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta (18-69 anni) italiana, attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento che il paese sta realizzando per modificare i comportamenti a rischio. Aggiungiamo a questi dati anche i primi risultati del Passi d'Argento (PdA)³, che completa il quadro offerto dalla sorveglianza Passi comprendendo le condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione con 65 e più anni del nostro paese. Infine includiamo anche i dati offerti da Okkio alla Salute⁴, un sistema di sorveglianza, nato sempre nel 2007, sul sovrappeso e l'obesità nei bambini delle scuole primarie (6-10 anni) e i fattori di rischio correlati.

L'Alcol

Nell'ambito della promozione di stili di vita sani, il consumo di alcol ha assunto un'importanza sempre maggiore, perché è associato a numerose malattie: cirrosi del fegato, malat-

² <http://www.epicentro.iss.it/passi/SistemaPassi.asp>

³ <http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>

⁴ <http://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

tie cardiovascolari e tumori, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile, etc. Inoltre, il consumo di alcol può creare dipendenza e provoca, come effetto immediato, alterazioni psicomotorie che espongono a un aumentato rischio di incidenti stradali, comportamenti sessuali a rischio, infortuni sul lavoro, episodi di violenza. Il danno causato dall'alcol, oltre che alla persona che beve, può estendersi quindi alle famiglie e alla collettività, gravando sull'intera società. Anche l'impatto economico è notevole: si stima che i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontino a più dell'1% del Prodotto interno lordo.

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori: la quantità complessiva di alcol bevuta abitualmente; la quantità di alcol assunta in una singola occasione; le modalità e il contesto di assunzione dell'alcol; le caratteristiche individuali, come età, sesso, condizioni patologiche preesistenti, etc., che determinano una differente suscettibilità agli effetti nocivi dell'alcol.

L'unico modo per annullare completamente i rischi legati al consumo di alcol è l'astensione. Tuttavia sono stati individuati livelli e modalità di consumo che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili. Perciò molti istituzioni sanitarie internazionali e nazionali hanno formulato raccomandazioni per chi desidera assumere bevande alcoliche, specificando i limiti da non superare. A differenza di altri fattori di rischio, per l'alcol è appropriato formulare raccomandazioni multiple, articolandole in base alle diverse soglie di consumo accettabile. In confronto con gli altri paesi europei, l'Italia presenta bassi valori di consumo annuo pro-capite di alcol puro (consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche); nel 2006 è stato in media di 8 litri, mentre negli altri paesi era di 11 litri. Secondo i dati dell'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) in Italia si è verificato negli ultimi trent'anni un notevole calo del consumo pro-capite di alcol (-50%), mentre nello stesso periodo è sensibilmente aumentato in altri paesi. L'evoluzione favorevole della situazione in Italia incoraggia dunque a proseguire nelle politiche di contenimento del consumo nocivo di alcol.

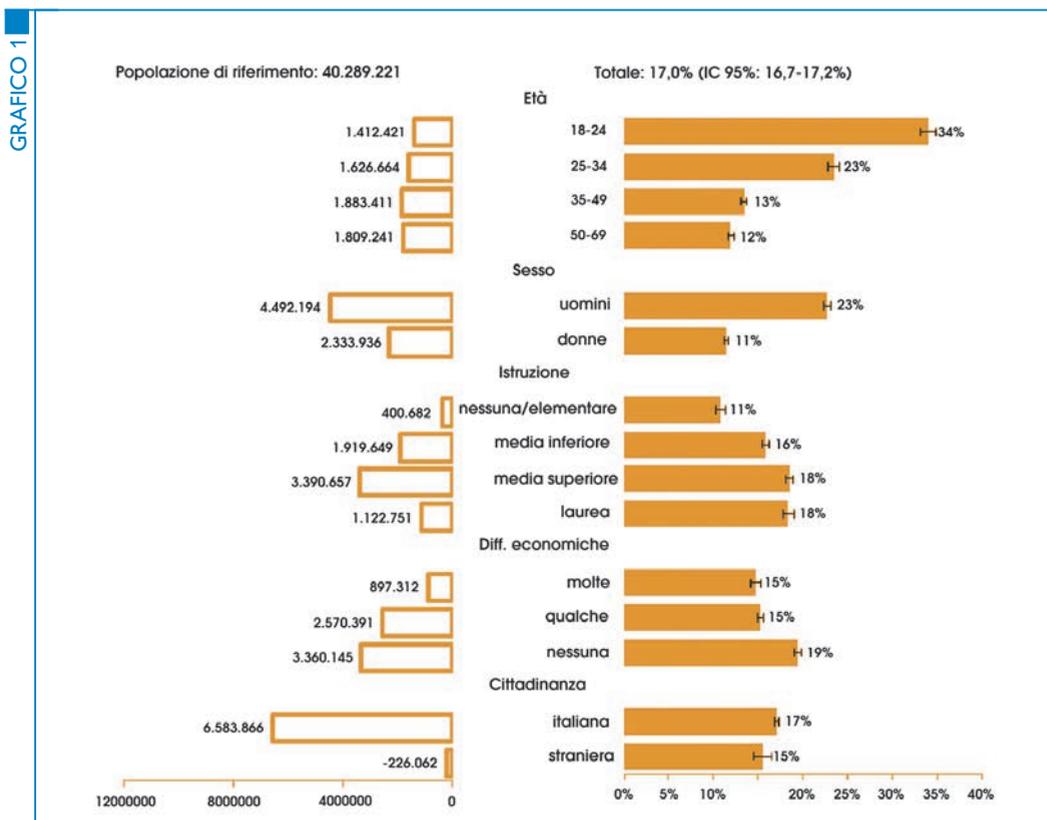
Gli indicatori Passi⁵ consentono di monitorare: il consumo di alcol nella popolazione adulta; l'assunzione di alcol in condizioni nelle quali è controindicato; le modalità di consumo che comportano un maggior rischio per la salute; la consapevolezza e l'attenzione degli operatori sanitari. In sintesi, i dati Passi 2010-2013 registrano che poco meno della metà della popolazione adulta italiana (45%) non consuma bevande alcoliche, il 38% beve moderatamente, mentre il 17% ha un consumo di alcol a "maggior rischio" per quantità o modalità di assunzione. La proporzione di consumatori di alcol a maggior rischio è significativamente più elevata fra i giovani (18-24 anni, 34%) e gli uomini (23%), fra le persone

⁵ Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). Una UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande. Il consumo alcolico individuale viene stimato tramite domande che indagano il numero di giorni (negli ultimi 30) in cui sono state consumate bevande alcoliche e il numero medio di UA assunte. Questo approccio (detto quantità/frequenza) è ampiamente utilizzato nelle indagini di popolazione, come il Brfss americano, perché semplice e accettabile. Tuttavia, bisogna tener presente che tende a sottostimare l'effettivo consumo di alcol. Viene inoltre richiesto il numero massimo di UA consumate in una singola occasione, sempre negli ultimi 30 giorni.

senza difficoltà economiche (19%) e fra quelle con un titolo di studio più elevato (19%). L'analisi multivariata conferma queste associazioni, ma se condotta separatamente per genere consente di mettere in evidenza che fra gli uomini non esiste differenza per i diversi livelli di istruzione mentre per le donne è significativa la differenza per cittadinanza, a sfavore delle italiane. Nel periodo 2010-2013 risulta decisamente alta la proporzione di persone che assumono alcol pur avendo una controindicazione assoluta: ben il 46% dei pazienti con malattie del fegato e il 28% delle donne in gravidanza consumano alcol nonostante le avvertenze. La distribuzione del consumo alcolico a maggior rischio disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni settentrionali (Bolzano, con il 40%, e Friuli-Venezia Giulia con il 29%, sono i luoghi in cui la prevalenza di consumo a maggior rischio è più elevata). In questo panorama, tuttavia, anche due realtà centro-meridionali, Molise (28%) e Sardegna (21%), fanno registrare consumi superiori alla media nazionale. Anche la prevalenza del *binge drinking*, nel 2010-2013, è sensibilmente più elevata nella macro-area del Nord, la Provincia autonoma di Bolzano presenta i valori più alti (21%), ma anche in alcune Regioni meridionali, come il Molise (17%). La Sicilia registra quelli più bassi (3%). Ancora troppo bassa appare l'attenzione degli opera-

Consumo alcolico a maggior rischio

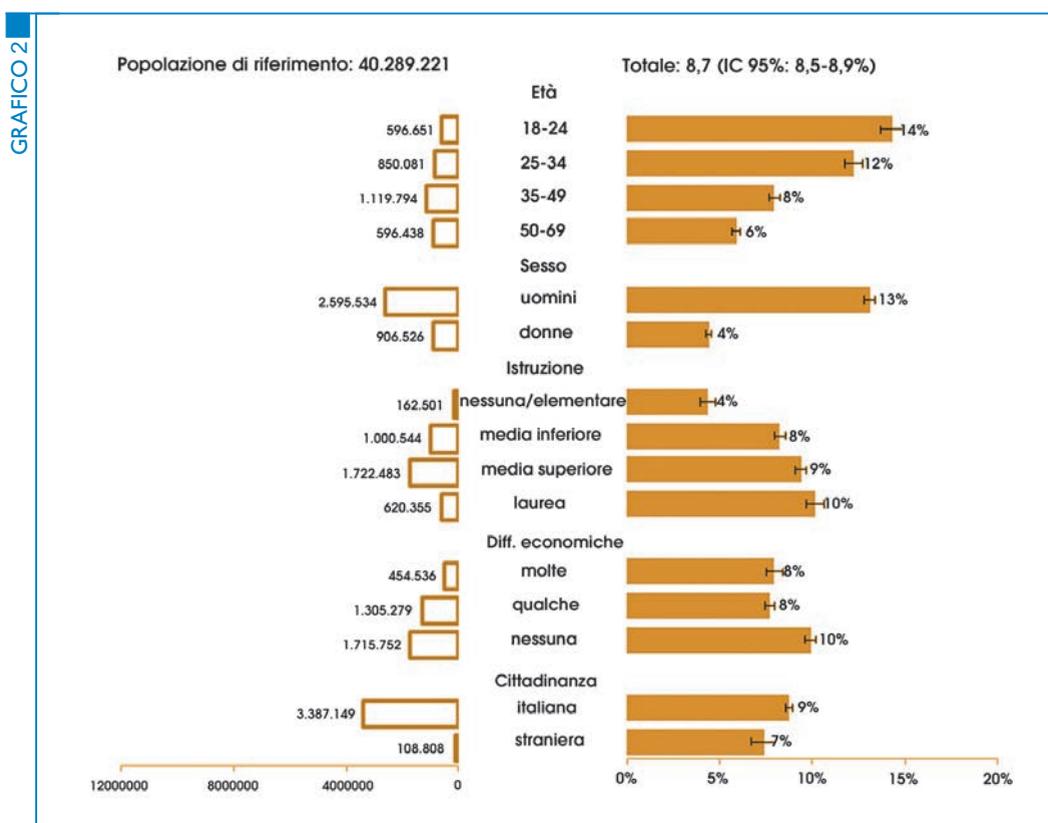
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Passi 2010-2013 (n=148.846)



tori sanitari al problema dell'abuso di alcol: nel periodo 2010-2013, solo il 15% degli intervistati riferisce che un operatore sanitario si è informato sul consumo alcolico e solo il 6% di coloro che sono considerati a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto un consiglio di ridurre il consumo. La distribuzione geografica dell'attenzione degli operatori riflette la distribuzione delle prevalenze di consumatori a maggior rischio. La Sardegna registra il valore più alto (25%) e la Basilicata ha la percentuale più bassa (8%). Nel periodo 2008-2013 si è ridotta in modo significativo la quota di persone che ha riferito di aver ricevuto attenzione da parte di un operatore sanitario su questo tema, specialmente fra i più giovani (18-34 anni) (Grafico 1, 2 e 3).

Consumo binge

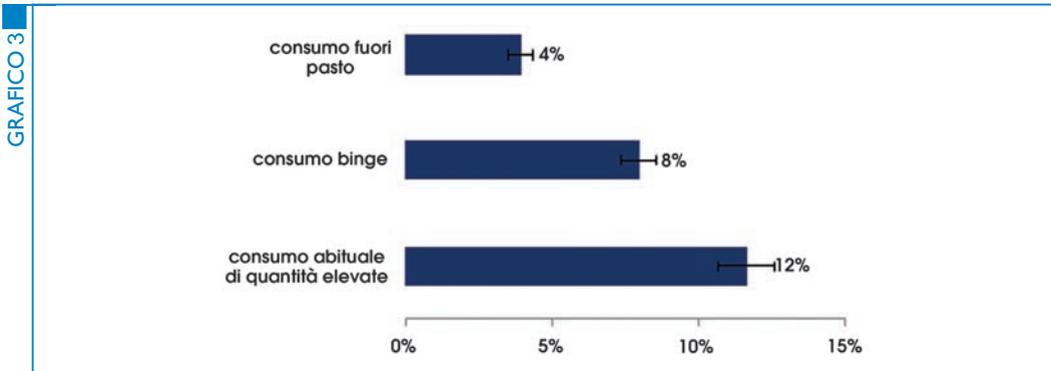
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Passi 2010-2013 (n=148.523)



Il fumo

Il fumo di tabacco è un'abitudine che provoca dipendenza (legata alla nicotina) e causa l'insorgenza di numerose patologie croniche, in particolare oncologiche, cardiovascolari e respiratorie, e numerosi altri disturbi. Il tabacco ha inoltre conseguenze sulla salute delle persone esposte passivamente al fumo, un impatto negativo per la società in termini

Categorie di persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario
Prevalenze per categoria di consumo - Pool Asl - Passi 2010-2013



economici e un impatto negativo per l'ambiente. Il fumo di tabacco, oggi in Italia, costituisce la prima causa evitabile di morte prematura. L'OMS, basandosi sui dati del 2004, ha stimato che nella popolazione di 30 anni e più il fumo provoca oltre 80.000 decessi all'anno: il 24% di tutti i decessi tra gli uomini e il 7% dei decessi tra le donne. Esistono diversi metodi per effettuare tale stima e, a seconda del metodo applicato, in Italia si ottengono risultati variabili fra i 70 e gli 85 mila decessi all'anno, con oltre un milione di anni di vita potenziale persi. Il mercato mondiale delle sigarette, nell'arco di cento anni, è aumentato di cento volte: nel 2009 ne sono state consumate 5,9 trilioni, 43 pacchetti per ogni abitante del pianeta, ma la distribuzione è ineguale, con i valori più elevati in Russia e altri paesi dell'est Europa, in Cina e altri paesi dell'estremo oriente. In questi stessi paesi la prevalenza di fumo è molto elevata tra gli uomini, mentre nei paesi ad alto reddito, in cui l'epidemia di fumo ha raggiunto il suo acme negli anni successivi alla seconda guerra mondiale, è cominciata a declinare, fino a raggiungere prevalenze del 15% o meno in paesi come il Canada, gli Stati Uniti, la Svezia, l'Australia e il Regno Unito. Anche tra le donne dei paesi ad alto reddito l'epidemia di fumo è in una fase di ritiro, nonostante il quadro sia reso di più difficile interpretazione dal momento che la prevalenza varia anche in relazione al ruolo sociale della donna e alle strategie di marketing dell'industria del tabacco. Quest'ultima, posta in difensiva nei paesi più ricchi, esplora nuovi mercati tra le donne, i giovani e gli Stati a basso e medio reddito in Africa, America e Asia.

La maggioranza degli adulti in Italia non fuma o ha smesso di fumare: meno di tre adulti su dieci hanno questa abitudine, che è più frequente tra gli uomini (uno su tre) rispetto alle donne (una su quattro), tra i giovani adulti di 25-34 anni e nella popolazione più svantaggiata dal punto di vista socioeconomico. Il trend della prevalenza di fumatori è in lenta diminuzione al Nord, al Centro e al Sud sia tra gli uomini che tra le donne. Queste incoraggianti tendenze sono in linea con quanto avviene nei paesi simili e vicini, ma a un livello ancora lontano dalle migliori performance.

Il fumo emesso dalla sigaretta o espirato dal fumatore nell'aria attorno a lui immette, inquinandola, ossidi di carbonio e di azoto, una gran quantità di microparticelle, diversi carcinogeni umani e piridina, che produce cattivo odore e sostanze irritanti per le mucose. Le sostan-

ze emesse vengono assorbite anche dagli arredi che le rilasciano lentamente, cosicché l'esposizione al fumo passivo dura per molto tempo dopo che il fumatore ha lasciato la stanza. Non esiste un livello soglia al di sotto del quale il fumo di tabacco ambientale sia innocuo. Così, a causa della sua tossicità e della sua diffusione, il fumo di tabacco rappresenta il principale inquinante degli ambienti confinati. Per le persone esposte al fumo passivo aumenta il rischio di gravi patologie. Nei bambini che hanno almeno uno dei genitori che fuma si registrano infezioni delle basse vie respiratorie, induzione di asma bronchiale e otite media; negli adulti esposti al fumo in casa e/o sul lavoro possono comparire malattie ischemiche del cuore, cancro del polmone, esacerbazione di asma bronchiale e sintomi respiratori. Nel mondo il 40% dei bambini, il 33% degli uomini non fumatori e il 35% delle donne non fumatrici sono esposti al fumo passivo e a questo fattore di rischio vengono attribuiti, secondo le migliori stime, 600.000 decessi causati da malattie ischemiche del cuore, infezioni delle basse vie aeree, asma e cancro del polmone. I bambini sono esposti a fumo passivo più pesantemente degli adulti perché non possono evitare la principale fonte di esposizione rappresentata dai loro genitori e dai parenti che fumano in casa.

Negli ultimi 20 anni diversi paesi, tra cui l'Italia, hanno approvato legislazioni mirate alla protezione della salute dei non fumatori, attraverso il divieto di fumare in locali aperti al pubblico, come bar, cinema, ristoranti, alberghi e sui luoghi di lavoro. Circa nove persone su dieci dichiarano che il divieto di fumare, nei locali pubblici chiusi che hanno frequentato negli ultimi 30 giorni, è rispettato sempre o quasi sempre. Anche tra gli adulti che lavorano in ambienti chiusi, circa nove persone su dieci riferiscono che il divieto di fumare è rispettato sempre o quasi sempre sul loro luogo di lavoro. Per quanto riguarda invece le abitazioni private, il 75% degli intervistati dichiara che nella propria abitazione il fumo è vietato completamente; nelle case in cui vivono minori l'82% dei rispondenti riferisce che il fumo è vietato completamente. In tutti e quattro i casi, la geografia dell'esposizione al fumo passivo disegna un chiaro gradiente Nord-Sud: i divieti di fumare nei luoghi aperti al pubblico, sui luoghi di lavoro e nelle abitazioni private sono più frequenti nelle Regioni del Nord e meno in quelle del Centro e soprattutto del Sud. Il trend del rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro è tuttavia in aumento, in tutte le macro-aree del paese.

Tra i fumatori che hanno da 18 a 69 anni, nel 2012 il 40% (circa 4,5 milioni) riferisce di aver effettuato, nei dodici mesi precedenti, un tentativo di smettere, restando 24 ore senza fumare. Il 94% di coloro che tentano di smettere conta solo sulla forza di volontà, nel 2,4% dei casi usa farmaci o cerotti sostitutivi e solo nell'1,1% si rivolge a un centro antifumo. Alla fine, circa il 17% di coloro che hanno tentato, si dichiara astinente dal fumo al momento dell'intervista: il 9% da meno di 6 mesi (fumatori in astensione) e l'8% da più di 6 mesi (ex fumatori). La percentuale di fumatori che tentano di smettere negli ultimi anni si sta lievemente riducendo, al Nord, al Centro e al Sud dell'Italia.

Passi misura la prevalenza di non fumatori, fumatori ed ex fumatori, utilizzando le definizioni operative dell'OMS⁶. Inoltre, misura l'applicazione effettiva dei divieti di fumare negli

⁶ Coloro che non hanno avuto un contatto importante col fumo di sigarette, cioè chi dichiara di aver fumato meno di 100 sigarette nella propria vita, sono classificati come non-fumatori; gli individui che hanno fumato più di 100 sigarette nella vita, se dichiarano di fumare attualmente (o di aver smesso di fumare da meno di 6 mesi), sono classificati come fumatori, se invece dichiarano di non fumare al momento dell'intervista e di aver smesso da più di sei mesi sono classificati come ex fumatori.

ambienti confinati attraverso indicatori che consentono di valutare se gli specifici ambienti sotto sorveglianza sono affrancati dal fumo di tabacco⁷. Infine, classifica come tentativo di smettere quello effettuato da un fumatore che, con l'intenzione di smettere di fumare, è rimasto senza fumare per almeno 24 ore di seguito nell'anno precedente l'intervista. I fumatori che hanno smesso da meno di 6 mesi sono classificati come "fumatori in astensione", quelli che hanno smesso da più di 6 mesi sono classificati come ex fumatori. In tal modo è possibile stimare la prevalenza di fumatori che hanno tentato di smettere, quella di fumatori in astensione e quella di ex fumatori. La maggioranza degli adulti in Italia non fuma (54%) o ha smesso di fumare (18%); la prevalenza di fumatori è pari al 28% e tra questi uno su quattro (pari al 7% della popolazione generale) fuma più di un pacchetto di sigarette al giorno, come emerge dai dati Passi 2010-2013. La prevalenza di fumatori è più alta fra le persone che riferiscono maggiori difficoltà economiche (37%), è maggiore fra gli uomini (33%) rispetto alle donne (23%) ed è minore fra i laureati (21%). L'analisi multivariata conferma queste associazioni e, condotta separatamente fra uomini e donne, mette in evidenza che tra i primi l'abitudine al fumo è più frequente tra i 25-34enni e tra le seconde è più frequente tra le italiane.

Umbria, Lazio e Campania si caratterizzano come le Regioni con la più alta prevalenza di fumatori, pari al 31%, mentre Veneto (24%), Provincia autonoma di Trento e Valle D'Aosta (25%), Marche, Calabria, Basilicata e Provincia autonoma di Bolzano (26%) sono le Regioni con valori significativamente più bassi della media nazionale. In ogni caso la variabilità geografica è contenuta e non si osserva un chiaro gradiente. Nel quinquennio 2008-2012 la prevalenza di fumatori si riduce significativamente di 3 punti percentuali passando dal 30% al 27% (-3,4% nel Nord, -3,1% al Centro e -3,5 % nel Sud). Non varia, tuttavia, la distanza fra le tre macro aree e, per l'intero periodo, le prevalenze più basse si osservano nell'Italia settentrionale, mentre quelle più alte nelle Regioni centrali e meridionali. La prevalenza di ex fumatori (complessivamente pari al 18% degli intervistati nel periodo 2010-2013) è significativamente più alta fra i più anziani (50-69enni: 27%), fra gli uomini (23%), fra i cittadini italiani rispetto agli stranieri (18% vs 13%) e per coloro che dichiarano di non avere difficoltà economiche (20%). L'analisi multivariata conferma queste associazioni ed evidenzia anche l'associazione positiva con il livello di istruzione. La distribuzione geografica mostra un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali in cui si registrano le prevalenze più basse di ex fumatori (9% in Basilicata), con l'eccezione della Sardegna che presenta il valore più alto (27%).

Complessivamente quattro persone su dieci, fra quelle che si sono rivolte a un medico o a un operatore sanitario nei dodici mesi precedenti l'intervista, dichiarano di aver ricevuto domande sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo. L'attenzione degli operatori sanitari a questa abitudine sembra essere maggiore nelle Regioni settentrionali (Friuli-Venezia Giulia, 47%) e minore nelle Regioni del Sud Italia (Basilicata, 26%) a ecce-

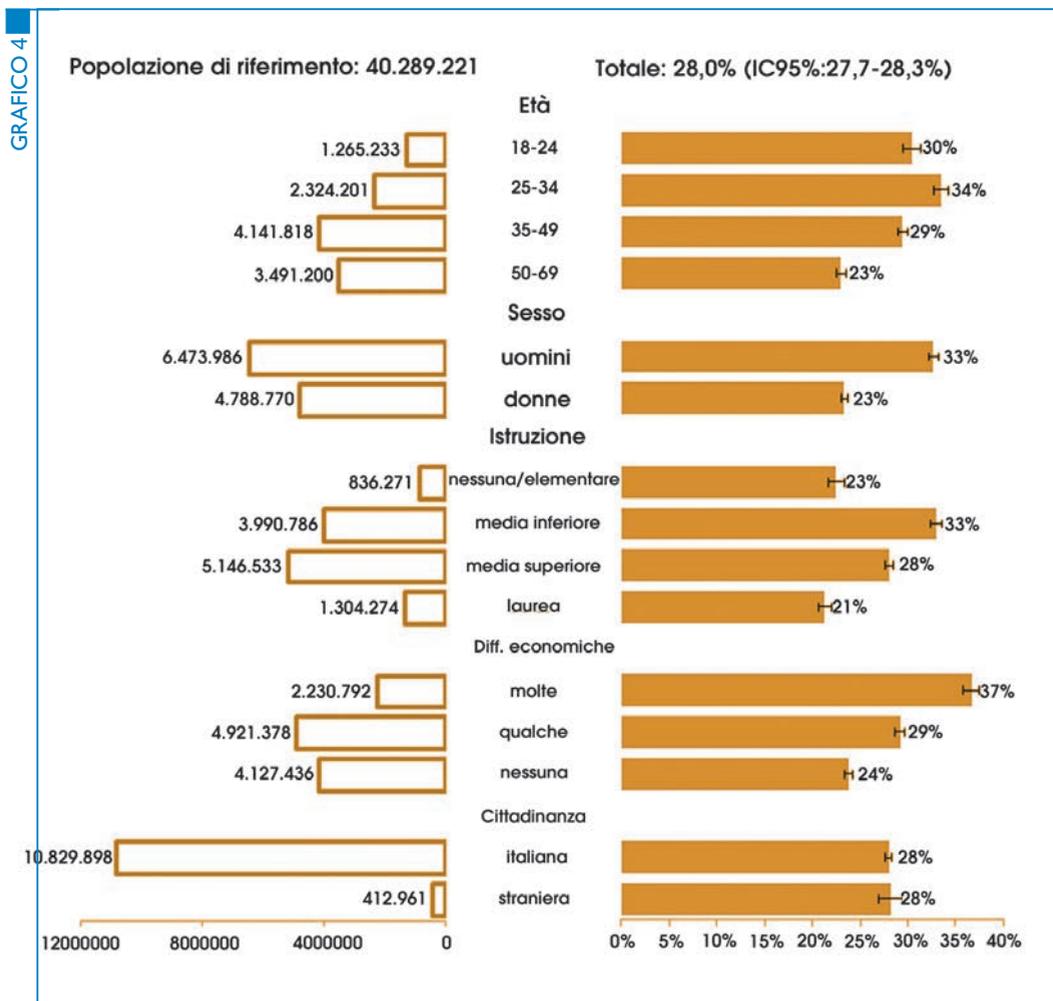
⁷ Gli ambienti sotto sorveglianza sono le abitazioni private, i locali aperti al pubblico e i luoghi di lavoro in cui vige il divieto. I rispettivi indicatori sono: la percentuale di intervistati che dichiarano che nella propria abitazione non è permesso fumare, senza deroghe, in nessuna stanza; la percentuale di intervistati che dichiarano che nei locali aperti al pubblico frequentati negli ultimi 30 giorni, il divieto di fumo era rispettato; la percentuale di intervistati che lavorano in locali chiusi in cui il divieto di fumo è rispettato.

zione della Sardegna (59%) in cui si registra la percentuale più alta. Nel 2010-2013 oltre la metà dei fumatori ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare. Non c'è un chiaro gradiente geografico. La più alta percentuale di fumatori che ha ricevuto il consiglio di smettere si osserva in Sardegna (64%) la più bassa nella Provincia autonoma di Bolzano (36%) (Grafico 4 e 5).

Nel nostro paese, nel periodo 2010-2013, la percezione del rispetto della legge sul divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro sembra abbastanza alta: l'89% degli adulti intervistati riferisce che il divieto di fumo nei locali pubblici, da loro frequentati nei

Fumatori

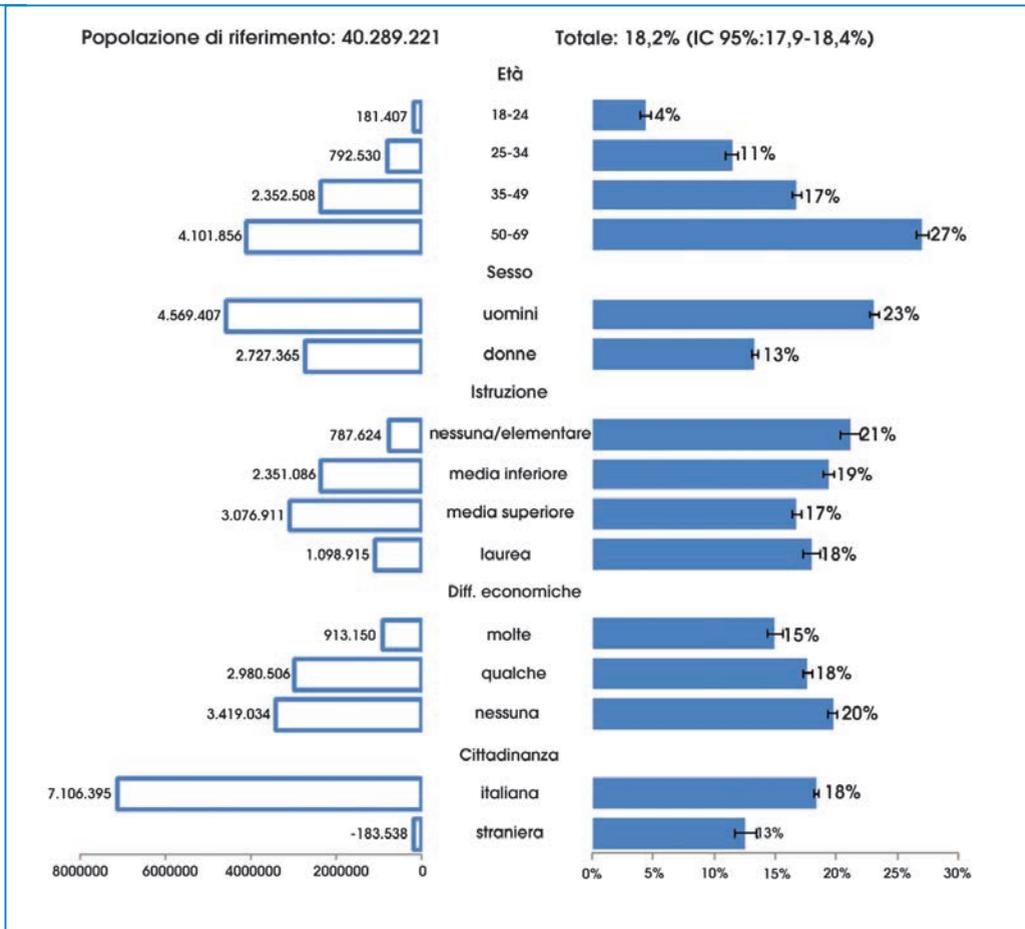
*Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione
Passi 2010-2013 (n=151.587)*



Ex fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Passi 2010-2013 (n=15.1587)

GRAFICO 5



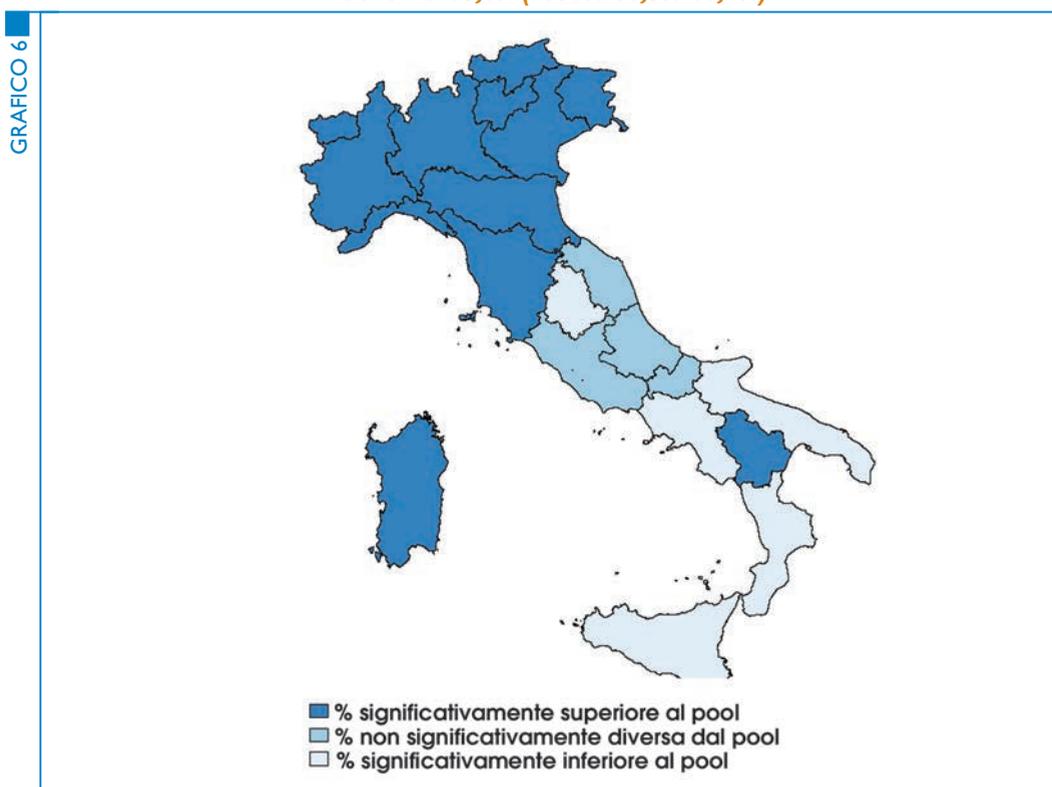
trenta giorni precedenti l'intervista, è sempre o quasi sempre rispettato; il 91% degli intervistati che lavora in ambienti chiusi dichiara che il divieto di fumare è rispettato nei luoghi di lavoro. Chiaro è il gradiente Nord-Sud del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro a favore delle Regioni settentrionali. La prevalenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici raggiunge punte massime in Friuli-Venezia Giulia, Provincia autonoma di Trento e Valle d'Aosta (96%), mentre i valori più bassi si registrano in Calabria (73%) e Campania (78%). La frequenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro è più elevata nella Provincia autonoma di Bolzano (97%), in Valle d'Aosta e Veneto (94%) e più bassa in Molise (77%) e Calabria (84%). Dal 2008 al 2013 il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro è significativamente e costantemente aumentato in tutte le tre macroaree del paese: la frequenza di coloro che riferiscono il pieno rispetto

del divieto di fumo nei locali pubblici è aumentata dall'87% al 91% (ovvero, in termini assoluti, +2,5% al Nord, +3,2% al Centro e +8,3% al Sud Italia), la frequenza di coloro che riferiscono il rispetto del divieto di fumo negli ambienti di lavoro è cresciuta dall'87% al 92% (ovvero, in termini assoluti, +4,2% al Nord, +7,3% al Centro e +5,7% al Sud Italia). L'esposizione al fumo passivo in ambito domestico è ancora rilevante. Più di un intervistato su cinque (22%) dichiara che nella propria abitazione è ammesso fumare. Questa percentuale scende al 15%, ma resta non trascurabile, fra coloro che vivono in case in cui sono presenti minori di 15 anni. In ambito domestico il divieto assoluto di fumare è più frequente nelle Regioni del Nord (90% in Veneto) mentre meno frequente in Umbria (71%) e nelle Regioni con la più alta frequenza di fumatori (72% in Calabria e 73% in Lazio e Abruzzo); in questo panorama fanno eccezione Puglia (84%) e Sardegna (83%) con prevalenze di case libere dal fumo significativamente superiori alla media nazionale. Dal 2008 al 2013 la frequenza di chi dichiara la propria abitazione libera dal fumo aumenta significativamente dal 71% all'80% (ovvero, in termini assoluti, +7,1% al Nord, +10,0% al Centro e +11,5% al Sud Italia).

Percezione del rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici

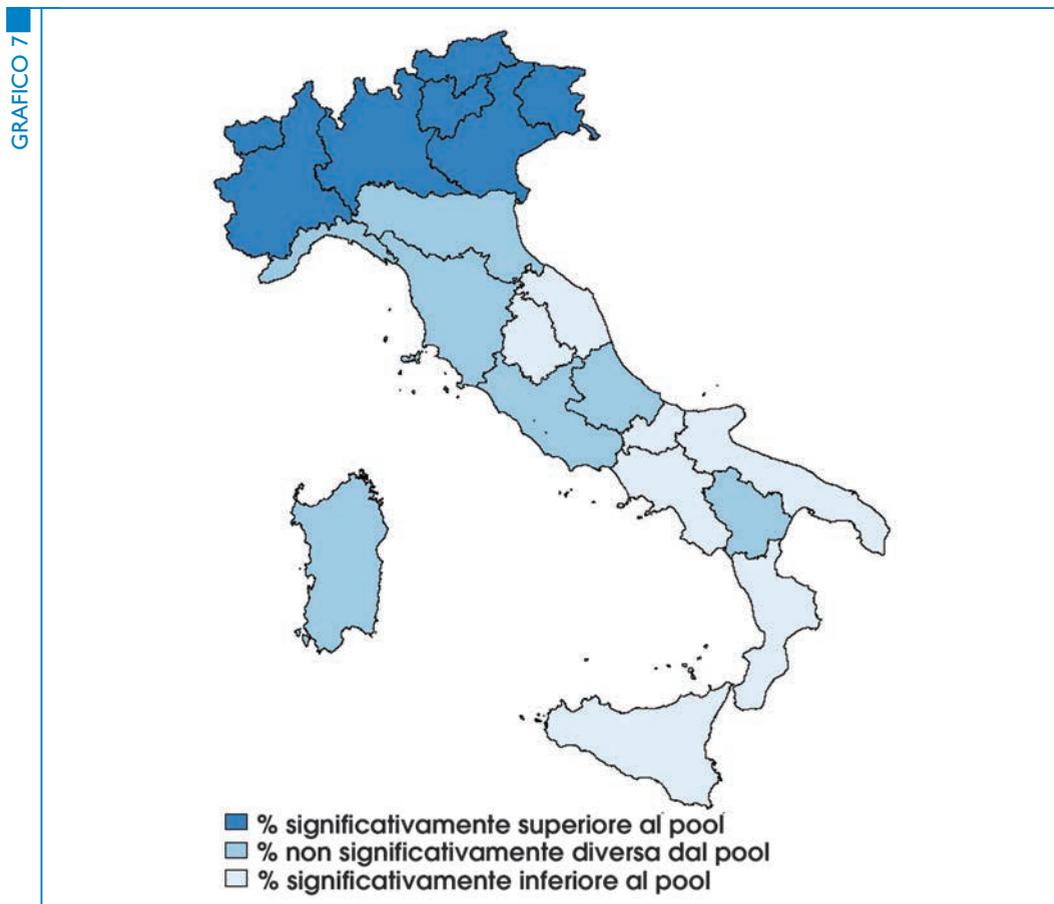
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-2013

Pool di Asl: 89,0% (IC95%: 88,7%-88,1%)



* In Lombardia e Basilicata non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

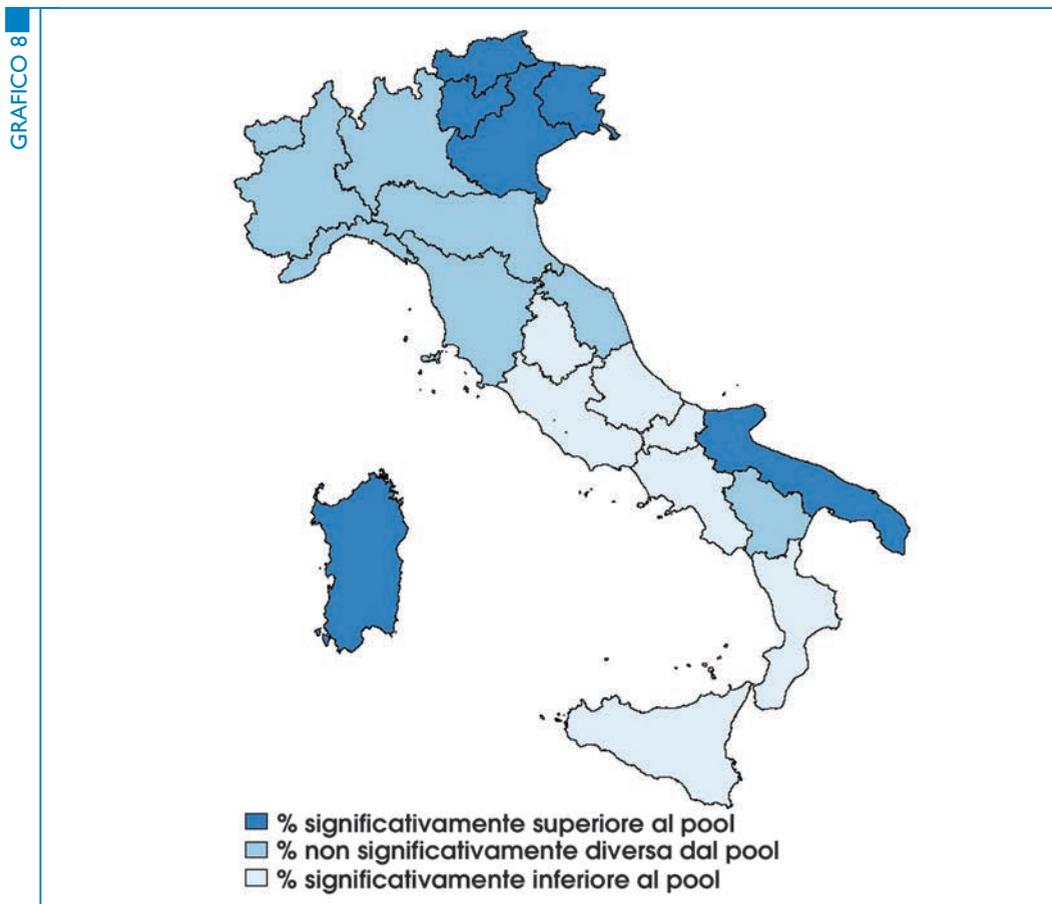
Percezione del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-2013
Pool di Asl: 90,6% (IC95%: 90,3%-90,8%)



* In Lombardia e Basilicata non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Nel periodo 2010-2013 quasi quattro fumatori su dieci (39,1%) hanno tentato di smettere di fumare, restando almeno un giorno liberi dal fumo. I tentativi sono più frequenti fra i 18-24enni (46%) e non si osservano differenze significative per genere e istruzione. L'analisi multivariata, condotta separatamente per genere, evidenzia che nelle donne il tentativo di smettere di fumare risulta positivamente associato a un alto livello di istruzione (tentano più frequentemente di smettere le donne laureate) ma inversamente associato alla disponibilità economica (tentano di smettere più frequentemente le donne con molte difficoltà economiche). Oltre l'80% di chi ha provato a smettere di fumare fallisce, il 10% persegue il tentativo al momento dell'intervista e l'8% riesce perché non fuma da più di 6 mesi. La quasi totalità dei casi (93%) di chi dichiara di aver tentato di smettere

Divieto di fumo in casa
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-2013
Pool di Asl: 77,6% (IC95%: 77,3%-77,9%)



* In Lombardia e Basilicata non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

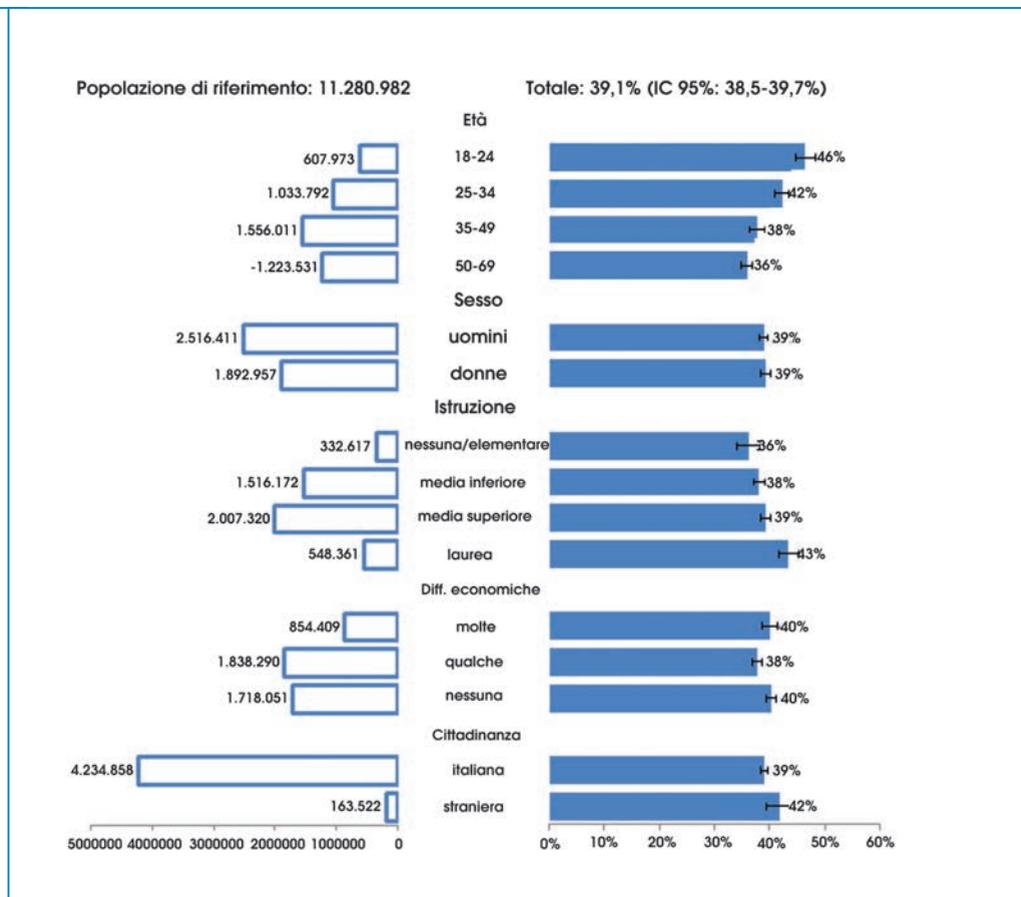
nell'anno precedente l'intervista lo ha fatto autonomamente; solo tre fumatori su cento hanno usato farmaci o cerotti e meno di uno su cento si è rivolto ai servizi o ai corsi offerti dalle ASL. Questi valori sono molto simili tra chi ha tentato di smettere ed è riuscito e tra chi ha tentato di smettere ma non è riuscito. La quota di fumatori che tentano di smettere di fumare si è ridotta significativamente dal 2008 al 2013 passando da 42% a 39%. Questa riduzione è a carico del Centro (-4%, in termini assoluti), ma soprattutto del Sud (-6,8%); al Nord non raggiunge la significatività statistica. Sembra ci sia stata un'inversione di tendenza dal 2012 sia per il Nord che per il Centro, che andrà studiata e verificata con i dati di sorveglianza dei prossimi anni.

Come già sottolineato, il fumo di tabacco costituisce uno dei principali fattori di rischio

Persone che hanno tentato di smettere di fumare

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione - Passi 2010-2013

GRAFICO 9



per l'insorgenza di numerose patologie cronic-degenerative, soprattutto a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare; rappresenta inoltre il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce, cui gli esperti attribuiscono circa il 12% degli anni di vita in buona salute persi a causa di morte precoce e disabilità (DALY - Disability-Adjusted Life Year). Le conseguenze negative del fumo aumentano con l'aumentare dell'età; le principali cause di mortalità correlate al fumo nelle persone con più di 60 anni sono il tumore del polmone e la broncopneumopatia cronica ostruttiva. Nel nostro Paese la proporzione di popolazione sopra i 65 anni di età è cresciuta progressivamente negli ultimi decenni ed è destinata, secondo le stime demografiche, a diventare pari al 33% nel 2035, con le conseguenze facilmente intuibili per il carico di malattie croniche e degenerative che ciò comporta, comprese quelle correlate al fumo. Smettere di fumare rimane il modo più efficace per contrastare gli effetti nocivi del fumo, anche se negli anziani è ancora più difficile perché l'abitudine è più radicata. Secondo uno studio (Gellert et al., 2013), infatti, si ha

comunque una riduzione della mortalità quando si smette di fumare, anche in età avanzata, dopo i sessant'anni.

Il dato sull'abitudine al fumo in Passi d'Argento viene raccolto attraverso quattro domande che riguardano rispettivamente la presenza dell'abitudine al fumo con riferimento a tutta la vita e al momento dell'indagine, il numero di sigarette eventualmente fumate e il consiglio di smettere ricevuto negli ultimi dodici mesi da parte di un medico o un operatore sanitario.

Dopo i 65 anni una persona su dieci fuma, circa tre anziani su dieci sono ex fumatori e i restanti sei sono non fumatori. Più della metà dei fumatori consuma più di dieci sigarette al giorno. Si rileva una generale diminuzione del consumo di sigarette con l'avanzare dell'età, con differenze fra uomini e donne che rimangono importanti: in media cinque punti percentuali di differenza. Il 72% di coloro che fumano ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un operatore. Non emerge una forte variabilità geografica e non si osserva un chiaro gradiente nelle tre macroaree Nord, Centro e Sud. Lazio, Liguria, Lombardia e Sicilia sono le Regioni in cui si riscontra un'alta percentuale di fumatori. È elevato anche il valore rilevato nel Friuli-Venezia Giulia che ha partecipato all'indagine PdA solo con la ASL Triestina che risulta avere una percentuale di fumatori (14%) significativamente superiore al valore medio di pool (10%). Trento (6%) e Puglia (7%) sono le Regioni in cui si rilevano prevalenze significativamente più basse del pool.

La prevalenza di fumatori è più alta fra le persone che riferiscono maggiori difficoltà economiche (13%), è maggiore fra gli uomini (13%) rispetto alle donne (8%) e tra gli anziani nella fascia di età 65-74 anni (14%) rispetto agli over 75 (75-84 anni: 8%; 85 e più: 3%). La prevalenza di ex fumatori (complessivamente pari al 26% degli intervistati) è significativamente più alta fra gli anziani (65-74 anni), fra gli uomini (45% vs 13%), fra coloro che hanno un'istruzione più elevata (34% vs 22%) e per coloro che dichiarano di non avere difficoltà economiche (32%). La distribuzione geografica mostra un chiaro gradiente Nord-Sud a sfavore delle Regioni meridionali (30%-28%-22%) in cui si registrano le prevalenze più basse di ex fumatori (Calabria 17%), con l'eccezione della Sardegna che presenta una percentuale alta di ex fumatori (29%). In Valle d'Aosta si riscontra il valore più elevato (36%). Complessivamente circa il 72% delle persone che fumano ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o un operatore sanitario nei dodici mesi precedenti l'intervista. L'attenzione degli operatori sanitari a questa abitudine risulta maggiore in Lombardia (84%), Valle d'Aosta (84%) e Puglia (79%). Le percentuali più basse di fumatori che hanno ricevuto il consiglio di smettere risultano invece a Trento (55%), nelle Marche (56%) e in Veneto (59%). Non emerge una forte variabilità geografica e non si osserva un chiaro gradiente Nord-Sud (Grafici 10 e 11).

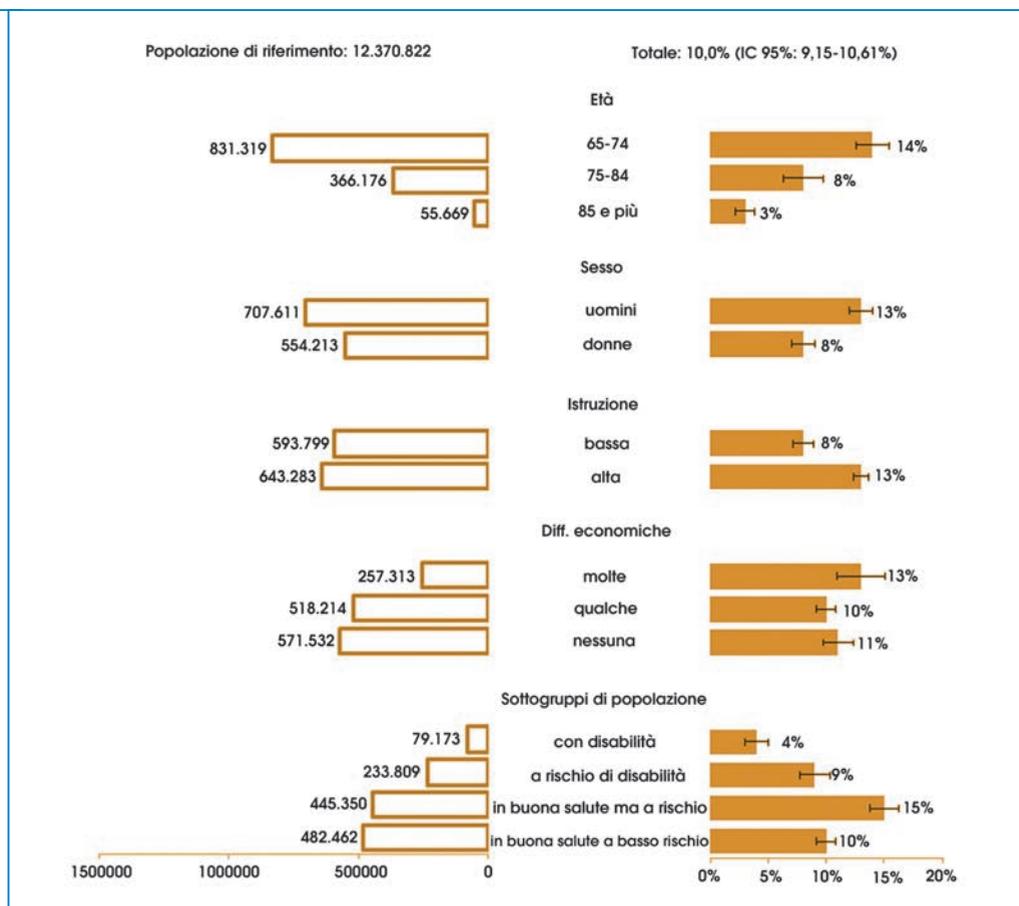
Attività fisica e alimentazione

È noto che l'attività fisica svolta con regolarità induce numerosi benefici per la salute, aumenta il benessere psicologico e previene una morte prematura. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce significativamente il rischio di avere problemi di ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete di tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta negli anziani, alcuni tipi di cancro, come quello del colon retto, del seno e dell'endometrio (ma esistono prove, seppure ancora incomplete, di una riduzione del

Fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione PdA 2012 (n=23.635)

GRAFICO 10

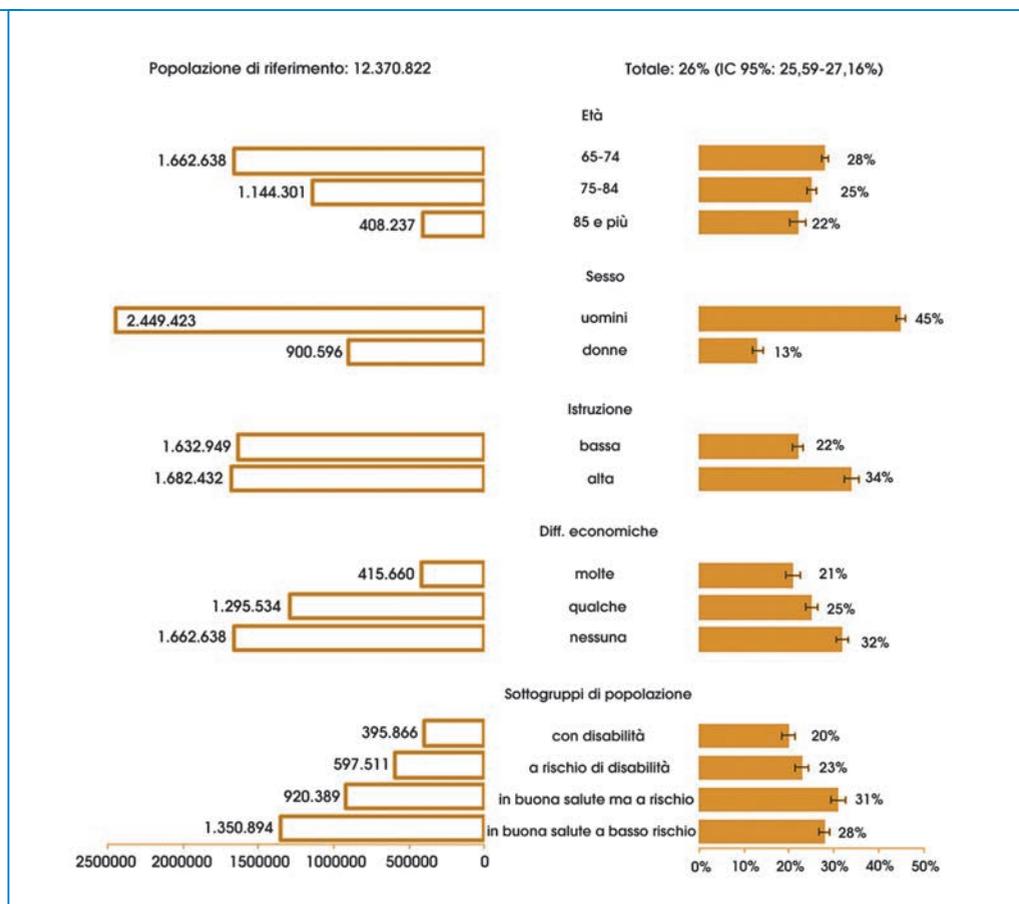


rischio anche di cancro del polmone e della prostata). Inoltre, il sovrappeso e l'obesità, problemi ovunque in aumento, sono causati essenzialmente dalla combinazione di sedentarietà e cattiva alimentazione. L'attività fisica è definita come qualsiasi attività muscolo-scheletrica che comporta un dispendio energetico. È quindi possibile essere fisicamente attivi grazie all'attività lavorativa, al trasporto attivo (camminare, andare in bicicletta), alle attività del tempo libero. Le attività svolte nel tempo libero possono essere suddivise in esercizio fisico e sport, definito come attività strutturata che segue determinate regole e obiettivi (gare). Quindi una persona può essere fisicamente attiva senza fare sport e una persona che fa sport solo qualche volta al mese può essere meno attiva di una persona non sportiva che si muove quotidianamente andando al lavoro in bici o facendo la spesa a piedi.

Ex fumatori

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione PdA 2012 (n=23.635)

GRAFICO 11



Le più recenti stime indicano che in Italia la sedentarietà è causa di: 9% delle malattie cardiovascolari; 11% del diabete di tipo 2; 16% dei casi di cancro al seno; 16% dei casi di cancro al colon; 15% dei casi di morte prematura. In media chi è attivo e normopeso vive circa 7 anni più a lungo rispetto ai sedentari obesi. Tuttavia chi è normopeso e sedentario abbrevia la sua vita di circa 3 anni rispetto a chi è attivo ma obeso. È stato evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto la quale l'attività fisica non produce effetti positivi per la salute. Risulta quindi molto importante il passaggio dalla sedentarietà a un livello di attività anche inferiore ai livelli indicati dalle linee guida.

Le linee guida internazionali e nazionali raccomandano per i bambini e ragazzi (5-17 anni) almeno 60 minuti al giorno di attività moderata-vigorosa, includendo almeno 3 volte alla settimana esercizi per la forza che possono consistere in giochi di movimento o attività

sportive; per gli adulti (18-64 anni) almeno 150 minuti alla settimana di attività moderata o 75 di attività vigorosa, con esercizi di rafforzamento dei maggiori gruppi muscolari da svolgere almeno due volte alla settimana; per gli anziani (dai 65 anni in poi) le indicazioni sono le stesse degli adulti, con l'avvertenza di svolgere anche attività orientate all'equilibrio per prevenire le cadute. Chi fosse impossibilitato a seguire in pieno le raccomandazioni dovrebbe fare attività fisica almeno tre volte alla settimana e adottare uno stile di vita attivo adeguato alle proprie condizioni.

Importante anche impegnarsi personalmente per modificare il contesto in cui si vive al fine di sostenere i cambiamenti necessari per rendere più facile l'adozione di uno stile di vita sano e attivo nella propria città, nei luoghi di lavoro e di studio.

Dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2010-2013⁸ solo il 33% degli intervistati di 18-69 anni può essere classificato come attivo, il 36% come parzialmente attivo e ben il 31% può essere classificato come sedentario. Per il periodo di rilevazione 2010-2013, la sedentarietà è significativamente più frequente in alcune categorie: nella fascia di età più anziana (50-69 anni, 35%), fra le donne (33%), fra le persone con molte difficoltà economiche (41%), fra quelle con un titolo di studio basso o assente (41%) e tra gli intervistati con cittadinanza straniera (33%). Tutte queste associazioni, tranne la cittadinanza, sono confermate come statisticamente significative dall'analisi multivariata, anche quando condotta separatamente per genere. La distribuzione della sedentarietà per Regione di residenza divide l'Italia in due macroaree in maniera netta, con una maggiore diffusione nelle Regioni centromeridionali, con il valore più alto in Basilicata (56%) e quello più basso nella Provincia autonoma di Bolzano (7%). Al Sud fanno eccezione il Molise (23%) e la Sardegna (26%) che presentano valori significativamente minori anche rispetto alla media nazionale. Relativamente stabile nel tempo la prevalenza dei sedentari, nel periodo 2008-2013, in tutte le macroaree del paese. Non sempre la percezione soggettiva del livello di attività fisica praticata corrisponde a quella effettivamente svolta. Infatti, uno su due degli adulti parzialmente attivi (51%) e un sedentario su cinque (19%) percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente. Le donne sembrano avere una percezione del proprio livello di attività fisica più corretta rispetto agli uomini: tra le persone parzialmente attive, l'attività fisica svolta è percepita come sufficiente in maggior misura dagli uomini (54%) che dalle donne (49%); così come fra i sedentari fra i quali l'attività fisica svolta è percepita sufficiente in maggior misura dagli uomini (21%) che dalle donne (18%). Troppo bassa appare l'attenzione degli operatori sanitari al problema della sedentarietà: nel periodo 2010-2013 meno di un intervistato su tre (31%) riferisce che un operatore sanitario si è interessato all'attività fisica che svolge. È dello stesso valore (31%) la percentuale di persone che dichiarano di aver ricevuto il consiglio di

⁸ Le domande sull'attività fisica del sistema Passi sono state adattate dal Behavioral Risk Factor Surveillance System (Brfss) - physical activity module dei CDC di Atlanta. Gli aspetti indagati comprendono: frequenza, durata, intensità, attività fisica al lavoro, autopercezione del livello di attività fisica, interesse e consigli da parte di medici e altri operatori sanitari. I dati raccolti permettono la classificazione della popolazione in tre gruppi distinti: persona attiva: 30 minuti di attività moderata per almeno cinque giorni alla settimana oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno tre giorni oppure lavoro pesante dal punto di vista fisico; sedentario: meno di 10 minuti di attività moderata o intensa per almeno 1 giorno a settimana; non svolge lavoro pesante dal punto di vista fisico; parzialmente attivo: non sedentario, ma non raggiunge livelli della persona attiva.

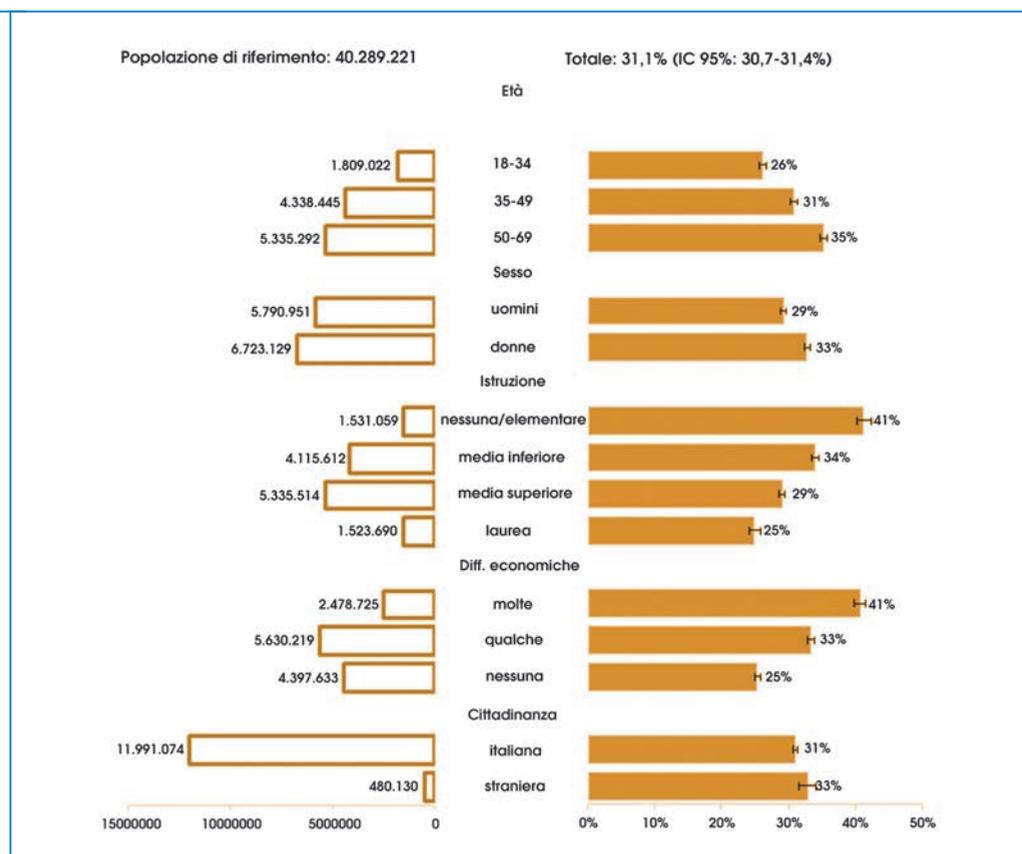
effettuare una regolare attività fisica. La distribuzione geografica dell'attenzione degli operatori non evidenzia un chiaro gradiente. Il valore più alto (44%) è registrato in Sardegna insieme ad alcune Regioni del Nord (Provincia autonoma di Trento con il 39% e Lombardia con il 38%) e del Centro (Lazio, 34%), mentre quello più basso in Basilicata (20%). Nel periodo 2008-2013 non si evidenzia un particolare andamento di questo indicatore in nessuna delle macroaree geografiche del paese. A partire dall'anno di rilevazione 2012, sono state introdotte tre domande di approfondimento sul suggerimento dell'operatore sanitario all'intervistato in merito allo svolgimento di una regolare attività fisica. Nel biennio 2012-2013, al 45% degli intervistati a cui è stato consigliato di fare regolare esercizio fisico è stato raccomandato il tipo di attività da svolgere; tra questi, il 68% ha avuto indicazioni su frequenza e durata e il 67% riporta che alle visite successive gli è stato chiesto se l'attività suggerita è stata poi effettivamente svolta (Grafici 12, 13 e 14).

Dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2010-2013 emerge che due adulti su cinque (42%) sono in eccesso ponderale ($Imc >25$), in particolare il 31% è in sovrappeso

Sedentari

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Passi 2010-2013 (n=148.497)

GRAFICO 12

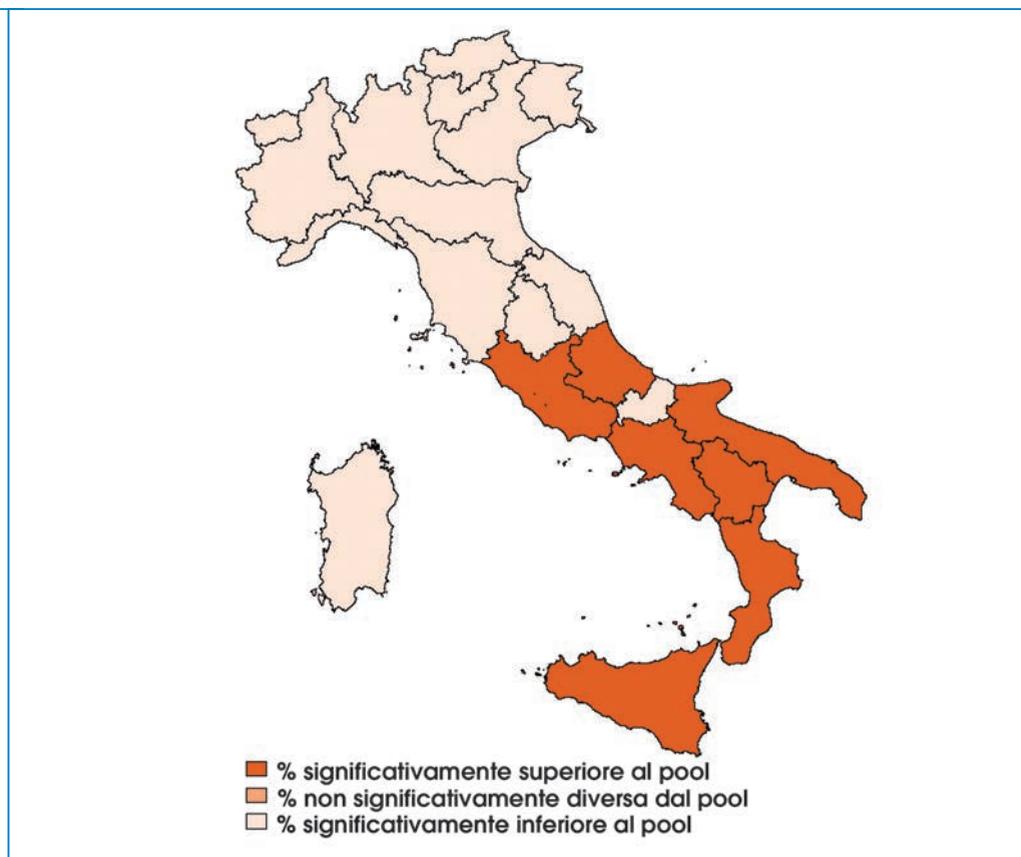


Sedentari

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Passi 2010-2013 (n=148.497)

Pool di Asl: 31,1% (IC95%: 30,7-31,4%)

GRAFICO 13

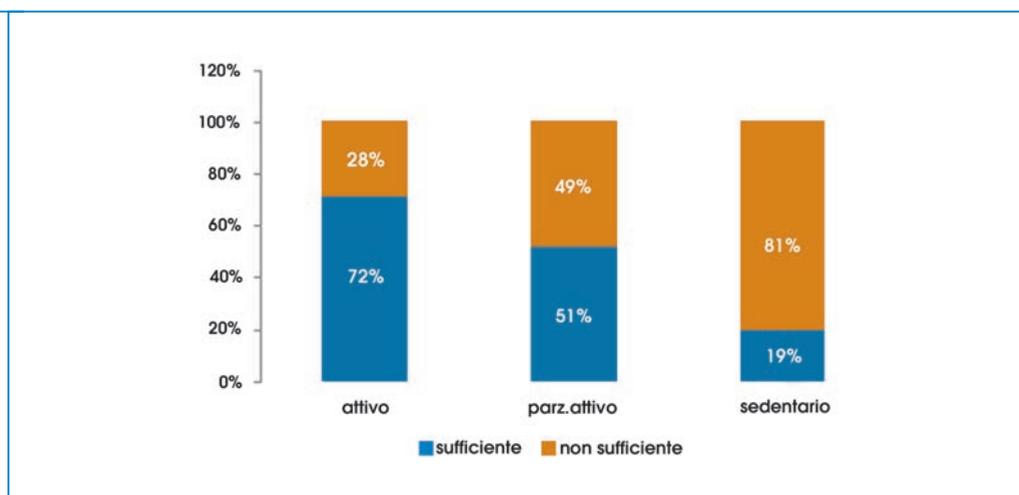


* In Lombardia e Basilicata non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

($25 < \text{Imc} < 30$) e l'11% è obeso ($\text{Imc} > 30$). Per il periodo di rilevazione 2010-2013, l'eccesso ponderale è significativamente più frequente in alcune categorie: fra i 50-69enni (fra i quali risultano in sovrappeso il 40% e obesi il 16%), fra gli uomini (in sovrappeso il 40% e obesi l'11%), fra le persone con molte difficoltà economiche (in sovrappeso il 35% e obesi 15%), fra quelle con un titolo di studio basso o assente (in sovrappeso il 41% e obesi 23%) e tra gli intervistati con cittadinanza italiana (in sovrappeso il 31% e obesi 11%). Nel quadriennio 2010-2013, la distribuzione geografica della prevalenza di persone in eccesso ponderale disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali: Basilicata e Campania sono le Regioni con le prevalenze più alte (rispettivamente 49% e 48%) mentre nella Provincia autonoma di Bolzano si osserva il valore più basso (33%). Relativamente all'evoluzione temporale, nel periodo 2008-2013, non si evi-

Autopercezione del livello di attività fisica Prevalenze per livello di attività - Pool Asl - Passi 2010-2013

GRAFICO 14



denza un particolare andamento nella prevalenza dell'eccesso ponderale. Per quanto riguarda l'obesità si registra un lieve andamento in diminuzione nel Centro (da 10,0% a 8,7%).

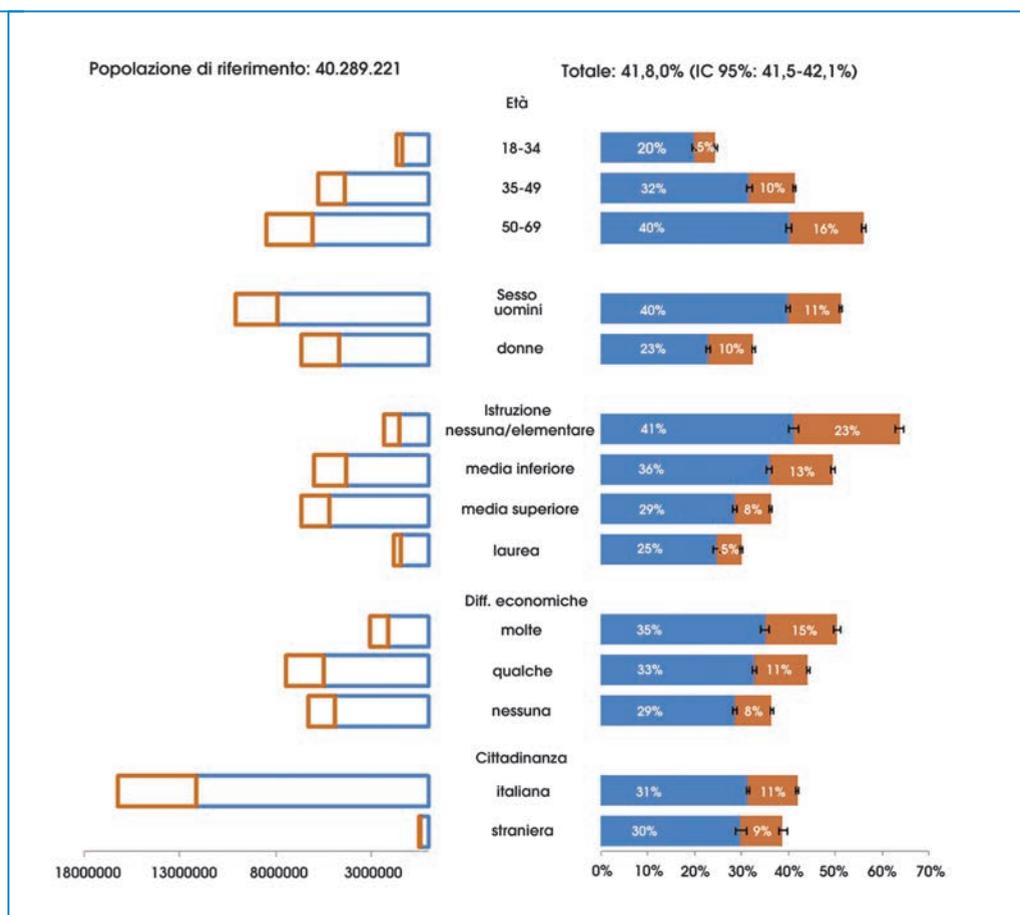
Complessivamente la situazione appare in controtendenza rispetto all'allarmante aumento di obesità in altri paesi. La percezione del proprio peso corporeo non sempre coincide con quello calcolato in base ai dati antropometrici riferiti dagli intervistati: nel periodo 2010-2013, solo una persona in sovrappeso su due ritiene il proprio peso troppo alto e, addirittura, tra gli obesi il 10% considera il proprio peso giusto. Si registra una percezione del proprio peso corporeo più corretta fra le donne che non fra gli uomini: fra le donne in sovrappeso il 65% considera troppo alto il proprio peso corporeo, mentre fra gli uomini in sovrappeso questa percentuale scende al 40%; l'8% delle obese ritiene giusto il proprio peso, mentre fra gli uomini obesi questa percentuale sale al 12%. Tra le persone in eccesso ponderale il 24% dichiara che sta seguendo una dieta per perdere o mantenere peso (in particolare seguono una dieta il 22% delle persone in sovrappeso e il 32% degli obesi); la percentuale di persone a dieta sale al 31% fra coloro che hanno una corretta percezione del proprio stato ponderale, mentre scende al 14% fra coloro che non hanno una corretta percezione del proprio peso; il 65% dichiara di svolgere attività fisica almeno moderata (ovvero il 67% fra le persone in sovrappeso e il 59% fra gli obesi). Troppo bassa e in riduzione appare l'attenzione al problema dell'eccesso ponderale da parte degli operatori sanitari. È quanto emerge dalle risposte degli intervistati che si sono recati dal medico nei dodici mesi precedenti l'intervista: nel periodo 2010-2013 poco più del 50% degli intervistati in sovrappeso o obesi riferisce di aver ricevuto il consiglio di effettuare una dieta per perdere peso. Questa percentuale sale al 77% tra gli obesi, ma rimane bassa fra coloro che sono in sovrappeso (43%); il suggerimento di mettersi a dieta per perdere peso fornito da un operatore sanitario è fondamentale affinché ciò accada perché chi riceve questo suggerimento, più frequentemente di chi non lo riceve, si metterà a dieta:

nel periodo 2010-2013 il 37% di chi riferisce di aver ricevuto il consiglio di perdere peso segue una dieta, e solo il 13% lo fa fra coloro che non lo ha ricevuto. In termini di distribuzione geografica non si evidenziano gradienti significativi dell'attenzione da parte degli operatori al problema: la percentuale più alta di persone in eccesso ponderale che riferisce di aver ricevuto il consiglio di fare una dieta si registra in Sardegna (62%), in alcune Regioni del Centro (Molise, 58%) e del Nord (Provincia autonoma di Trento, 57%), mentre quella più bassa si osserva in Basilicata (28%). Nel periodo 2008-2013 si è ridotta in maniera significativa in tutto il Paese l'attenzione degli operatori al problema: la quota di persone in eccesso ponderale che riferisce di aver ricevuto il consiglio di seguire una dieta si è ridotta mediamente di sei punti percentuali (-5,5%) e in tutte le macroaree (-4% al Nord e al Centro, -8% al Sud). Ancora meno frequente del suggerimento di fare una dieta per perdere peso appare il consiglio di praticare allo stesso scopo attività fisica: il 38% delle persone in eccesso ponderale ha ricevuto il consiglio di fare attività fisica (ovvero il 34% fra i sovrappeso e il 48% fra gli obesi); fortunatamente, fare attività fisica è una pratica meno influenzata dal consiglio del medico di quanto lo sia il consiglio di mettersi a dieta: fa attività fisica il 69% delle persone in eccesso ponderale che ricevono il consiglio di praticarla e il 61% di chi il consiglio non lo riceve (Grafici 15 e 16).

In Italia, quasi la metà degli adulti intervistati da Passi (48%) nel periodo 2010-2013 consuma tre o più porzioni al giorno di frutta e verdura e solo uno su dieci (10%) ne consuma la quantità raccomandata nelle linee guida per una corretta alimentazione, cioè cinque porzioni al giorno. Consumano più frequentemente almeno cinque porzioni al giorno di frutta e verdura le donne (11%), gli adulti (50-69 anni, 13%), le persone più istruite (11%) e coloro che non dichiarano difficoltà economiche (11%), associazioni confermate dall'analisi multivariata. Si osserva inoltre un gradiente geografico che mostra una più alta adesione al "five a day" nelle Regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali: la più alta proporzione di consumatori di almeno cinque porzioni di frutta e verdura al giorno si registra in Liguria (18%), la più bassa in Basilicata e Calabria (5%). In questo panorama fanno eccezione al Nord la Provincia autonoma di Bolzano e la Valle D'Aosta (7% e 8% rispettivamente) e al Sud la Sardegna con un valore maggiore della media nazionale (13%). Per quanto riguarda l'evoluzione temporale, nel periodo 2008-2013 si evidenzia un lieve ma significativo andamento in diminuzione a livello nazionale nella prevalenza di consumatori di almeno 5 porzioni quotidiane di frutta e verdura (da 10,2% a 9,1%) a totale carico delle Regioni del Centro (diminuzione da 10% a 8,5%).

Lo stile di vita legato all'alimentazione è un dato particolarmente sensibile se riferito al target dei bambini. Nel 2012 alla raccolta dati di Okkio alla salute hanno partecipato 2.622 classi, 46.483 bambini e 48.668 genitori, distribuiti in tutte le regioni italiane, inclusa la Lombardia che per la prima volta ha aderito alla sorveglianza con tutte le ASL. I dati del 2012 confermano livelli preoccupanti di eccesso ponderale: il 22,2% dei bambini è risultato in sovrappeso e il 10,6% in condizioni di obesità, con percentuali più alte nelle regioni del Centro e del Sud. Tuttavia si evidenzia una leggera diminuzione rispetto a quanto rilevato nelle precedenti raccolte.

La rilevazione 2012, confermando i dati precedenti, ha messo in luce la grande diffusione tra i bambini di abitudini alimentari che possono favorire l'aumento di peso, specie se concomitanti. In particolare, è emerso che il 9% dei bambini salta la prima colazione e il



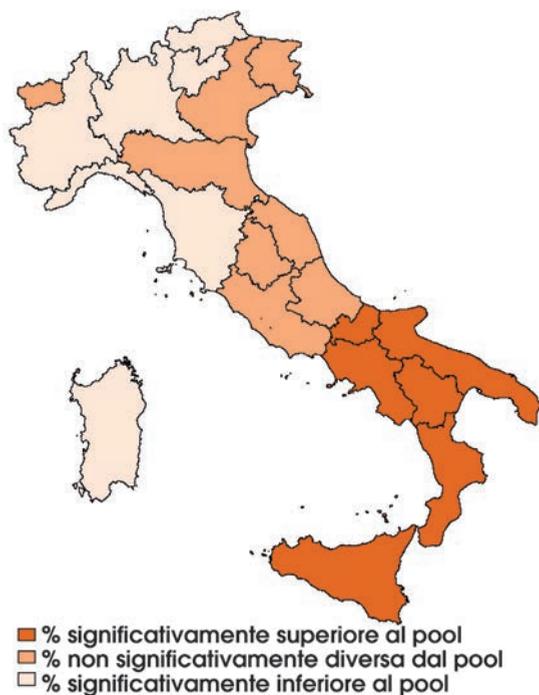
31% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine); il 65% fa una merenda di metà mattina abbondante, mentre il 22% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e/o verdura e il 44% consuma abitualmente bevande zuccherate e/o gassate.

Anche i valori dell'inattività fisica e dei comportamenti sedentari, pur mostrando un miglioramento, permangono elevati: il 17% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine, il 18% pratica sport per non più di un'ora a settimana, il 44% ha la TV in camera, il 36% guarda la TV e/o gioca con i videogiochi più di due ore al giorno e solo un bambino su quattro si reca a scuola a piedi o in bicicletta.

I genitori non sempre hanno un quadro corretto dello stato ponderale del proprio figlio: tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 37% non ritiene che il proprio figlio sia in eccesso ponderale e solo il 29% pensa che la quantità di cibo da lui assunta sia eccessiva.

Eccesso ponderale
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-2013
Pool di Asl: 41,8% (IC 95%: 41,5-42,1%)

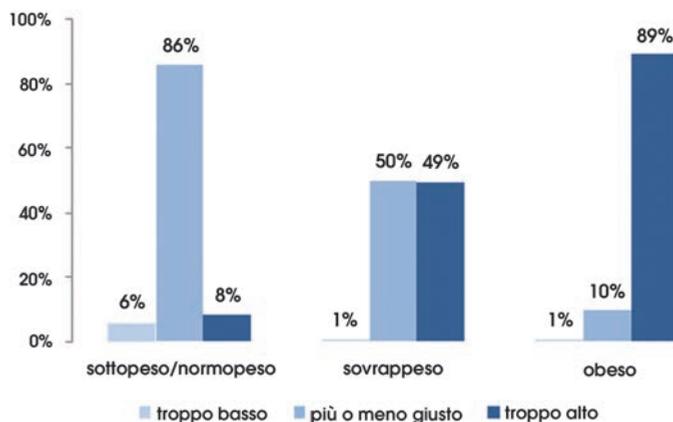
GRAFICO 16



* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

Autopercezione del proprio peso
Prevalenze per stato nutrizionale - Passi 2010-2013

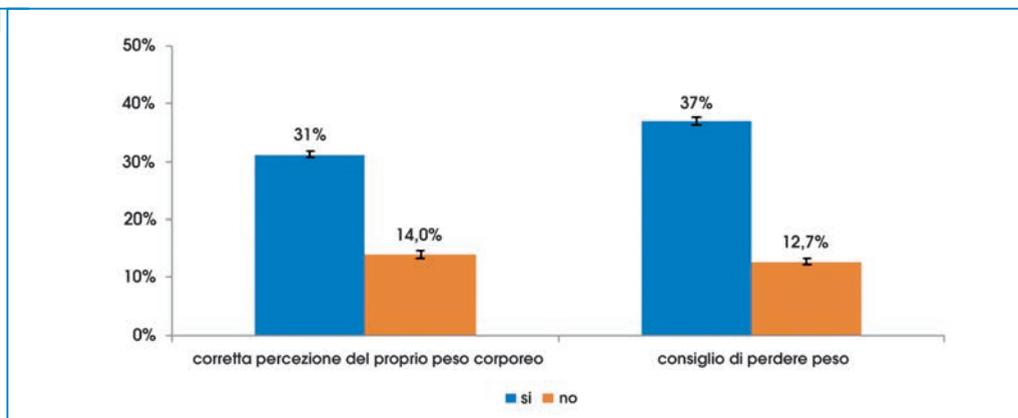
GRAFICO 17



Attuazione di una dieta

% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per auto percezione del proprio peso
% di "sovrappeso/obesi" che attuano una dieta per consiglio dell'operatore sanitario
Passi 2010-2013

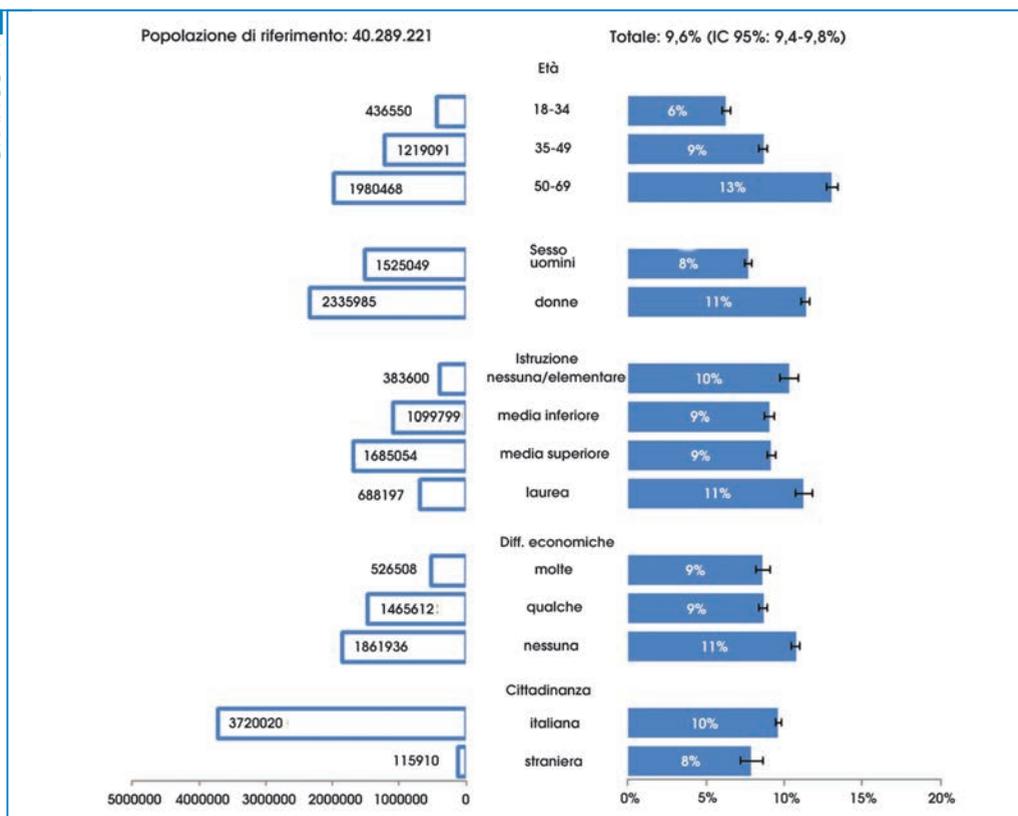
GRAFICO 18



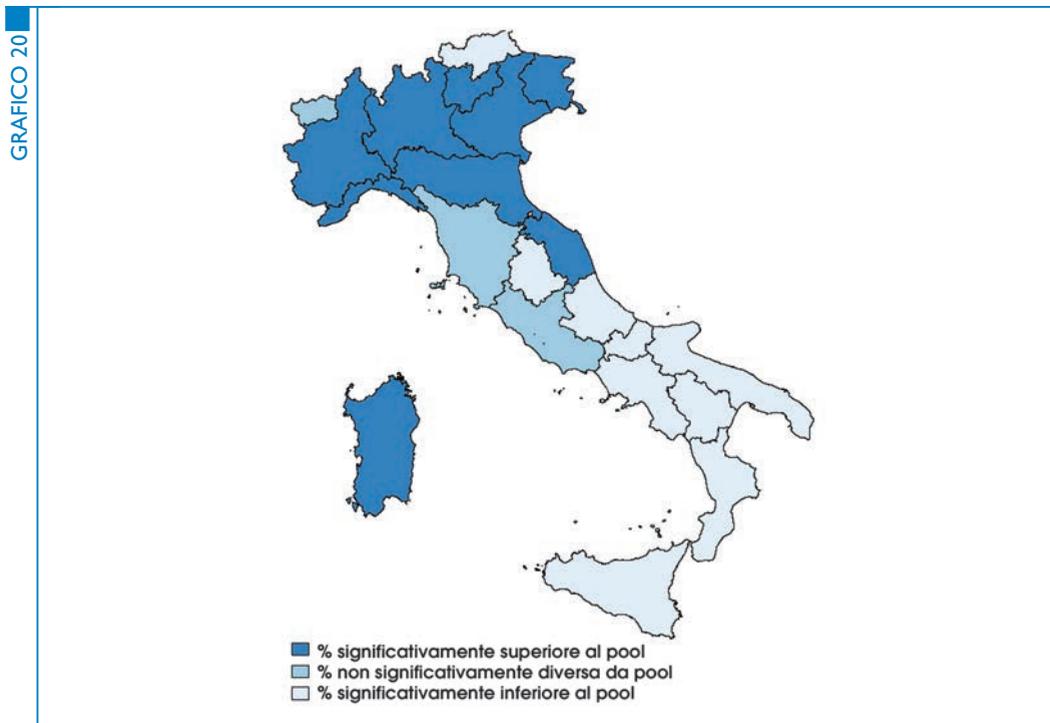
Five a day

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche - Passi 2010-2013

GRAFICO 19



Five a day
Prevalenze per Regione di residenza - Passi 2010-2013



* In Lombardia non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione.

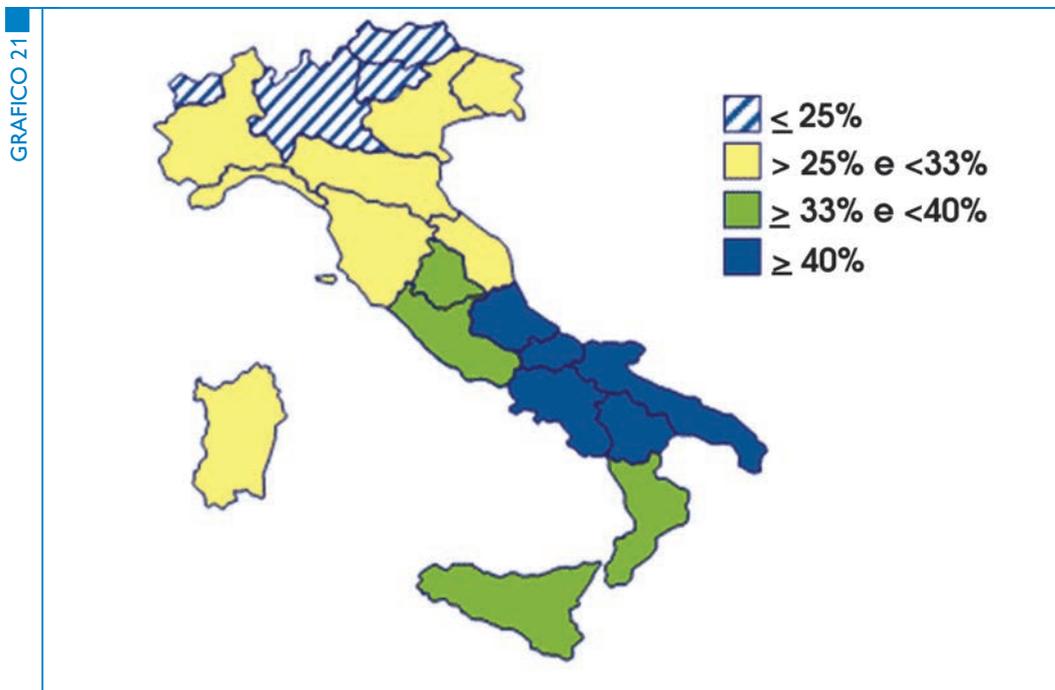
Inoltre, solo il 40% delle madri di bambini fisicamente poco attivi ritiene che il proprio figlio svolga un'attività motoria insufficiente. Questi dati sono simili a quelli osservati nelle precedenti rilevazioni.

Infine, sono stati raccolti dati in 2.355 plessi di scuole primarie italiane, relativamente alla struttura degli impianti, ai programmi didattici, alle iniziative di promozione di una sana nutrizione e dell'attività fisica degli alunni. È emerso che il 73% delle scuole possiede una mensa; il 50% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta, yogurt, etc.); il 34% delle classi svolge meno di due ore di attività motoria a settimana. Inoltre, solo una scuola su tre ha coinvolto i genitori in iniziative per una sana alimentazione e uno su quattro in quelle riguardanti l'attività motoria.

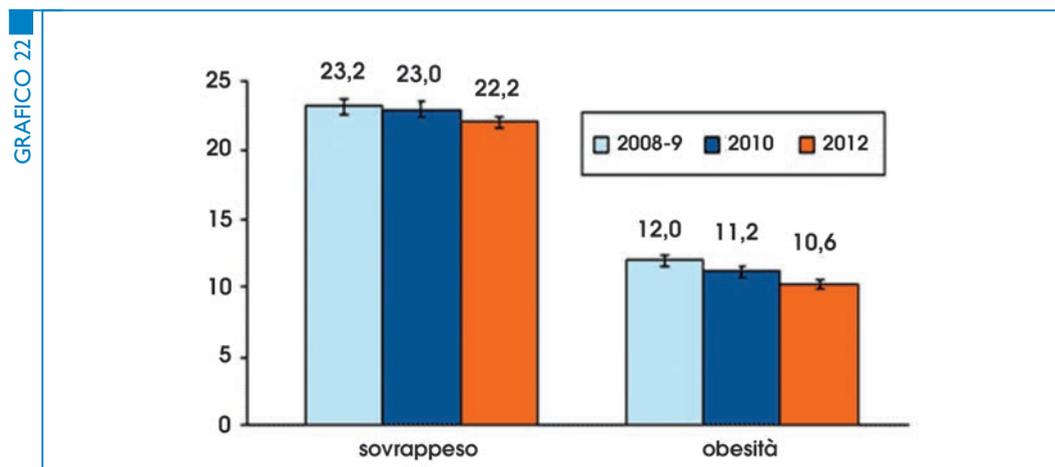
1.3. PER UN NUOVO WELFARE

Date queste condizioni, è necessario promuovere un profondo cambiamento del welfare che punti soprattutto sulla prevenzione e sulla promozione di stili di vita "sani" e "positivi". Tutto ciò rimarca la pressante necessità di un'azione coordinata da parte delle istituzioni,

Sovrappeso+obesità per regione, bambini di 8-9 anni della 3a primaria, OKkio alla SALUTE 2012



Prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni della 3a primaria, OKkio alla SALUTE



* Le prevalenze nazionali per il 2012, escludendo le Asl Lombarde che non hanno partecipato alle prime due rilevazioni, sono: 22,6% sovrappeso e 10,9% obesità

GRAFICO 23

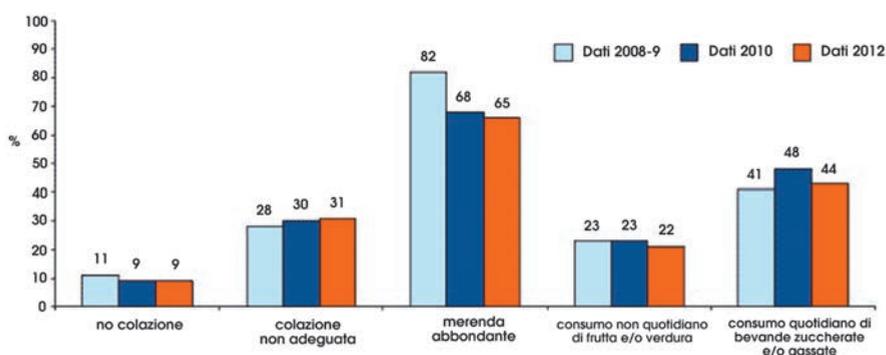
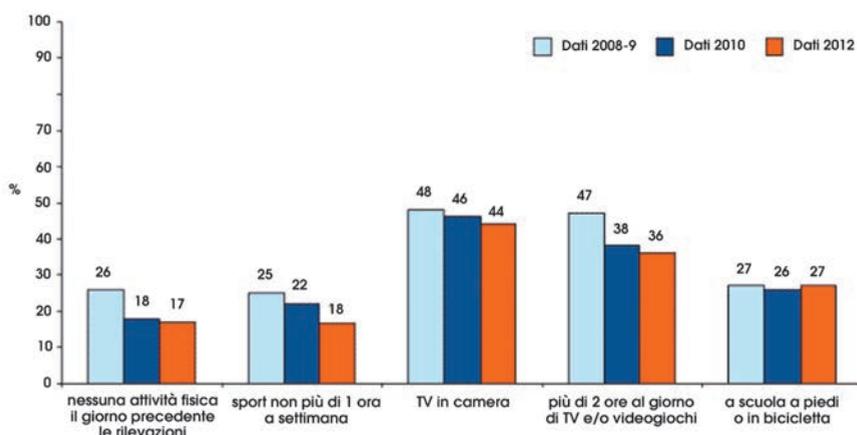


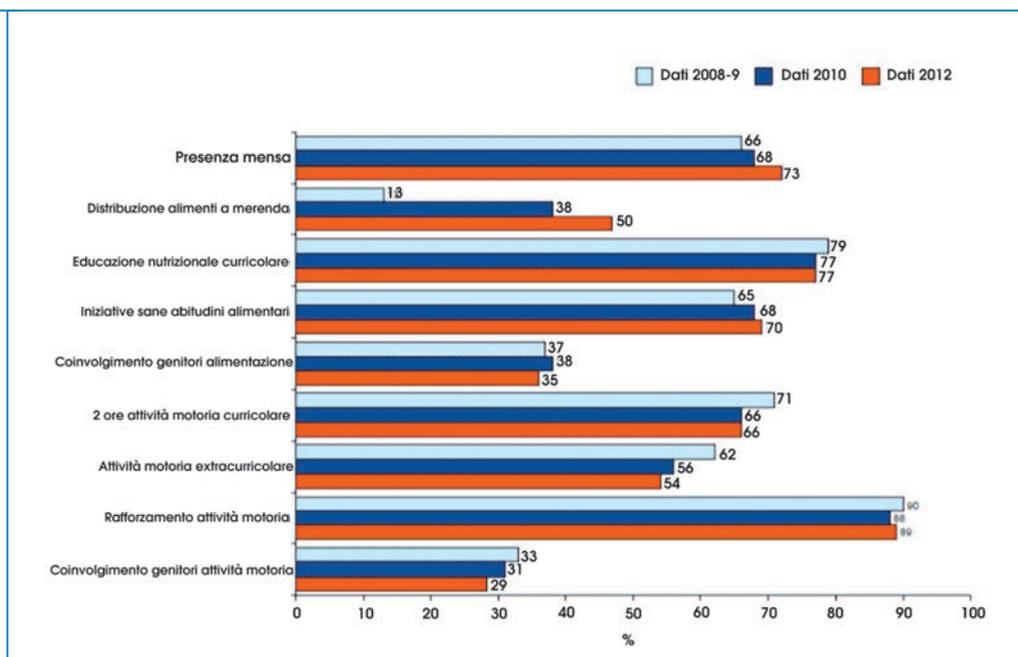
GRAFICO 24



tesa a monitorare regolarmente il contesto ambientale e a intervenire là dove si frappongano ostacoli, indipendenti dalla volontà dell'individuo, all'adozione di corretti stili di vita. Questa strategia di politiche sanitarie vede necessariamente coinvolti gli organismi internazionali, i singoli Stati, ma anche le famiglie e le scuole. Vanno cioè create condizioni favorevoli sia perché ciascuno faccia proprie le scelte salutari sia perché fattori esterni, non controllabili e non sempre facilmente percepibili a livello individuale, non intervengano a deviare le buone intenzioni di cambiamento del singolo.

Tuttavia, appare chiaro che occorre in primo luogo formare la volontà del singolo per determinare in ciascuno una propensione a operare scelte consapevolmente indirizzate al proprio benessere. Occorre, cioè, predisporre un percorso educativo che, attraverso la conoscenza (sapere) induca comportamenti (saper fare) coerenti con un modello di vita improntato al benessere globale della persona (saper essere). La visione del mondo, le modalità di approccio alla soluzione dei problemi, gli stili di vita che l'uomo adotta nella

GRAFICO 25



maturità trovano la loro matrice nella varietà delle esperienze vissute in età evolutiva, negli atteggiamenti e comportamenti che in quella fase di rapida crescita più stabilmente si strutturano nella sua personalità. Un intervento precoce, a partire già dai primi anni di vita, rappresenta, pertanto, lo strumento più idoneo a sviluppare nelle nuove generazioni l'attenzione verso i fattori dai quali dipendono il benessere individuale e quello della collettività.

2. LE POLITICHE SANITARIE TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE DELLA SALUTE: LE NORMATIVE DI RIFERIMENTO

di Michaela Liuccio e Anna Maria Colacchi

2.1. PRESENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI RICERCA

Negli ultimi due decenni, in Italia, si è affermata una forte spinta all'aziendalizzazione della sanità, un processo importante ma al tempo stesso complesso, che è andato di pari passo con un altro elemento centrale del sistema, ovvero la sua regionalizzazione. Questo processo è il sintomo di un mutamento prospettico senza precedenti nel panorama italiano, poiché sancisce la necessità, da parte delle istituzioni, di aprirsi al pubblico secondo logiche di maggiore trasparenza organizzativa.

In questa fase di rinnovamento, che ha avuto inizio prima degli anni Duemila, le Aziende sanitarie hanno visto modificarsi il proprio ruolo, passando a una funzione finalizzata in modo più netto alla promozione del benessere sociale, psicologico e fisico delle persone. È evidente, infatti, come le istituzioni pubbliche, e nello specifico ASL e AO, abbiano l'obiettivo di favorire la diffusione di un livello più alto di benessere collettivo, offrendo "servizi simbolici" che coprono domini estremamente diversificati.

Di fatto, negli ultimi anni, la Pubblica amministrazione nella sua totalità è stata coinvolta in un mutamento paradigmatico, che ha tentato di superare i limiti di un modello organizzativo di tipo burocratico, per entrare in un orizzonte aziendale, in cui il cittadino costituisce il punto di riferimento più immediato verso il quale orientare le proprie attività.

In particolare, i mutamenti, anche di tipo legislativo, che hanno coinvolto la comunicazione istituzionale (Faccioli, 2000), con l'istituzione degli URP (Ufficio per le relazioni con il pubblico), non sono secondari per la comprensione delle strategie messe in campo in ambito sanitario a partire dagli anni Duemila. La necessità di aprirsi all'esterno in modo sistematico e coerente, di rendere trasparenti i meccanismi di funzionamento interni e di comunicare in modo efficace in merito alle proprie attività costituiscono elementi determinanti di un più ampio processo di rinnovamento.

Da questo punto di vista, non sorprende che il marketing abbia trovato sempre più diffusione e applicazione nelle strategie messe in campo dalle Aziende sanitarie, in quanto disciplina in grado di implementare e consolidare un modello di azione orientato al cittadino-utente.

La scheda di rilevazione sviluppata dal progetto, dedicata alla comunicazione e alla promozione della salute e utilizzata per l'analisi delle attività delle dodici Aziende sanitarie partecipanti, conferma indirettamente tale tendenza, soffermandosi su ambiti (aree di interesse, azioni intraprese) che costituiscono il nucleo centrale del modello organizzativo delle ASL in un sistema caratterizzato da un forte processo di mediatizzazione. In questo senso, la presente ricerca concentra una parte della rilevazione sulle competenze attese e real-

mente possedute dall'Azienda sanitaria, dove le "competenze" indicano l'insieme delle *skill tecniche*, delle *soft skill* e di quelle capacità determinanti nella gestione aziendale e degli aspetti critici.

Inoltre, l'analisi e gli strumenti di rilevazione adottati rivelano la necessità di collocare le Aziende sanitarie, le loro performance e le loro aspettative all'interno di un sistema di relazioni più ampio, al fine di pensare tali amministrazioni non come semplici gestori di processi autoreferenziali, bensì come attori al tempo stesso soggettivi (ogni ASL ha una propria identità manageriale e professionale) e socialmente comunicativi (laddove creano una relazione particolare con il territorio a cui appartengono, rappresentando una parte fondamentale del tessuto relazionale locale).

Anche in questo senso, nella scheda di rilevazione compilata dalle Aziende sono state inserite voci riguardanti: l'ambito normativo a cui ogni Asl deve adeguarsi nel rispetto e nella messa a punto delle proprie strategie di azione; l'ambito istituzionale, in linea con le logiche di decentramento che riflettono una diversa attenzione alla prospettiva territoriale (anche, per esempio, attraverso la realizzazione di campagne di comunicazione ideate per raggiungere pubblici localmente connotati); l'ambito comunicativo, su cui ci soffermeremo più diffusamente, che sottolinea la necessità di realizzare un sistema di competenze ecologicamente articolato e quanto mai avanzato sul piano curriculare, nell'intento di evitare il rischio che si possa incorrere in errori di informazione che, di riflesso, possono favorire ulteriori problematiche in termini di benessere individuale e sociale.

L'attività di ricerca, condotta dai ricercatori del Dipartimento di Comunicazione e ricerca sociale della Sapienza Università di Roma¹, si è articolata come segue:

- monitoraggio complessivo della documentazione inviata da FIASO;
- valutazione del quadro generale dei documenti presentati dalle ASL coinvolte nell'indagine;
- realizzazione di una matrice excel, costruita sulla base dei dati emersi dalla scheda di rilevazione;
- elaborazione di una scheda sintetica con l'attribuzione di un punteggio specifico a ogni singola attività svolta dalle ASL;
- valutazione della pertinenza curriculare delle figure responsabili delle attività di comunicazione e promozione della salute.

Gli obiettivi che ci si è proposti di raggiungere in questa fase di attività, e che di conseguenza hanno guidato la strutturazione e l'organizzazione della ricerca, sono:

- raccolta delle informazioni fornite dalle ASL, al fine di aggregare i singoli dati in un corpus complessivo da sottoporre ad analisi comparativa;
- individuazione dei "dati mancanti" (assenza di allegati, etc.) al fine di rendere più dettagliato e particolareggiato il processo di rilevazione;
- costruzione di un "indice di attività" per ogni ASL nell'intento di valutare, a un livello quantitativo e qualitativo, le azioni realizzate e, di riflesso, quelle che dovranno essere intraprese sul piano della comunicazione e della promozione della salute.

¹ Il gruppo di lavoro è composto dalla Prof.ssa Michaela Liuccio, dal Dott. Antonio Di Stefano e dalla Dott.ssa Anna Maria Colacchi.

La ricerca ha analizzato le informazioni contenute nelle schede di rilevazione compilate dalle dodici ASL (ASL Roma B; ASL Roma D; AUSL Parma; AUSL Piacenza; AAS1Triestina; ULSS3 Bassano; APSS Trento; ASL 2 Savonese; ASL 4 Prato; ASL BT; ASL Milano; AUSL Modena) in una matrice excel così strutturata:

1. area organizzazione (comunicazione; promozione della salute);
2. area formazione (competenze trasversali; competenze tecnico-professionali; competenze relazionali e organizzative);
3. area verifiche e pubblicazioni (per la valutazione delle attività di comunicazione e promozione della salute svolte).

2.2. LA PREVENZIONE DELLA SALUTE E LE NORMATIVE TERRITORIALI

I dati emersi dalla matrice sono state oggetto di una elaborazione e interpretazione che ha tenuto conto anche delle diverse normative che regolamentano le azioni istituzionali delle Aziende sanitarie, a cui esse devono riferirsi nelle loro attività. Si tratta di un punto centrale per la comprensione delle strategie messe in campo dalle ASL, che seguono direttive a carattere regionale e quindi significativamente differenti tra loro.

2.2.1 Le differenze tra le ASL

I Piani regionali della prevenzione delle varie ASL, insieme ai piani per la salute e a quelli sociosanitari, riprendono i punti e le tematiche più importanti del Piano sanitario nazionale. Una caratteristica comune è l'attenzione al *background*, ossia in quale luogo e momento dovranno essere attuati i vari progetti. Le ASL si basano su un Profilo di salute regionale per prendere decisioni coerenti con le caratteristiche del proprio territorio; è inoltre sottolineata l'importanza di preparare il personale e renderlo qualificato per gestire i progetti. È importante sottolineare come i piani di prevenzione si rinnovino ogni tre anni: ciò che viene auspicato da tutte le Aziende è un rapido adeguamento degli obiettivi di prevenzione al nuovo contesto sociale.

Gli obiettivi principali sui quali le ASL del Nord pongono la loro attenzione riguardano in primo luogo le politiche a favore della natalità e della tutela della salute in età infantile e adolescenziale; sempre a tutela degli adolescenti, viene sottolineata l'importanza di progetti che prevengano i comportamenti a rischio e le dipendenze.

Le ASL del Centro-Sud condividono con le quelle del Nord i punti fondamentali sui quali lavorare in termini di prevenzione, con progetti volti a modificare gli stili di vita rischiosi. Un elemento che differenzia i piani di prevenzione di queste Aziende è una visione più realistica (o pessimista) del processo di attuazione; vengono sottolineati tutti gli aspetti negativi dei piani precedenti e i motivi per i quali alcune azioni non hanno avuto esito pienamente positivo: progetti non controllati dal punto di vista metodologico e condotti con approcci non uniformi, senza un piano di valutazione che misurasse l'impatto delle azioni introdotte; tempi troppo brevi e scarsità di risorse; la necessità di coordinare a livello centrale i piani di sanità pubblica, che sono monitorati attraverso verifiche periodiche e implementati in modo uniforme quanto a strategie, metodi e ambiti professionali.

Le linee di intervento rimangono comunque le stesse: la promozione di corretti stili di vita (alimentazione, attività motoria, lotta a fumo, alcool e droga); la prevenzione neonatale delle malattie metaboliche ereditarie (malattie rare); le intolleranze alimentari (celia-

chia); la prevenzione dei tumori femminili e del colon retto; la disabilità derivante da malattie reumatologiche.

Va sottolineato come la trasformazione e il miglioramento dei servizi sanitari siano resi più complessi da fenomeni che spingono verso un aumento della spesa in sanità: questi fenomeni che non possono essere ascrivibili solo a inappropriatelyzza, sprechi, inefficienze o pressioni economiche dell'industria o degli erogatori, ma sono anche legati ai progressi delle tecnologie e delle conoscenze in termini di terapie e prevenzione, che al miglioramento degli esiti affiancano un aumento dei costi.

Un altro aspetto a cui viene data importanza sono i numerosi mutamenti strutturali, ambientali, sociali e tecnologici avvenuti nelle società occidentali in questi anni, che impongono una riconsiderazione dell'impostazione delle attività preventive. Una riflessione che investe non solo la prevenzione nei suoi tanti significati, ma anche i nuovi scenari determinati dalle migrazioni, dalla globalizzazione, dall'inquinamento, dai cambiamenti climatici, tecnologici, biotecnologici, dell'organizzazione del lavoro, etc.

La prevenzione è ormai solo in piccola parte di pertinenza della sanità: se da un lato, infatti, i comportamenti dannosi causano patologie che pesano sul SSN, dall'altro alcune loro cause originano al di fuori del sistema sanitario. La prevenzione è quindi possibile solo se parte integrante di tutte le politiche pubbliche. Per il benessere della popolazione è fondamentale che si costruiscano politiche relative alla scuola, al lavoro, all'ambiente, all'alimentazione, alle opere pubbliche, ai piani di sviluppo urbano, ai trasporti e allo sport seguendo logiche di prevenzione come loro parte strutturale e fortemente condizionante.

La prevenzione deve divenire sempre più una funzione diffusa nel SSN. È necessario, dunque, che tutti i servizi sanitari, a qualsiasi livello, provvedano a programmare e organizzare le attività di prevenzione per il loro ambito.

2.2.2 I documenti normativi

Le Aziende sanitarie appartenenti alla regione Emilia-Romagna (Modena, Parma e Piacenza), sia per la comunicazione che per la promozione della salute, rispettano le indicazioni normative del Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010. Nello specifico della promozione della salute, un ulteriore riferimento è rappresentato dal Piano regionale della prevenzione 2010-2012.

In questi programmi l'accento è posto sulla stretta relazione tra gli sportelli informativi rivolti al pubblico (uffici per le relazioni con il pubblico, sportelli sanitari distrettuali, sportelli sociali, etc.). Inoltre, viene indicata la necessità del consolidamento degli strumenti di comunicazione diretta con il pubblico ed è riconosciuto, in questo ambito, anche il ruolo degli uffici stampa delle Aziende e delle campagne rivolte alla popolazione al fine di spiegare scelte, orientare comportamenti, informare su opportunità specifiche, valorizzare iniziative. A ciò è dovuta anche l'attenzione verso l'orientamento dei pazienti nell'affrontare problemi di salute, di assistenza, di gestione dei rischi, ma anche di comportamento e di prevenzione. Il marketing sociale appare centrale, inteso come partnership tra strutture sanitarie o sociali e altri soggetti, pubblici e privati, nel sostegno alla diffusione di informazioni e orientamenti utili alla salute.

Il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 definisce invece gli ambiti di attività regionali per l'educazione alla salute nel Veneto. È interessante rilevare come nella stesura di tale piano siano state coinvolte anche altre Regioni quali la Lombardia, il Friuli Venezia-

Giulia, il Piemonte e la Provincia autonoma di Trento, considerato che alcune problematiche di carattere sanitario coinvolgono queste stesse aree territoriali.

Per quanto riguarda la Lombardia, il Piano sociosanitario regionale di riferimento è quello del 2010-2014. Il modello integrato di comunicazione è fondato sulla sinergia con tutti gli enti e le strutture che nella Regione concorrono alla costruzione del sistema regionale del welfare. La percezione unitaria del sistema è favorita dal processo di uniformazione dell'identità visiva degli enti sanitari.

La Regione Liguria fa riferimento al Piano sociosanitario 2009-2011 e al Piano regionale di comunicazione, educazione e promozione della salute. Secondo le direttive locali, tutte le attività di comunicazione si inseriscono in un contesto in cui assume carattere prioritario il rispetto degli obiettivi di trasparenza, valorizzazione delle competenze e corretta diffusione dell'informazione. Per trasparenza si intende informare correttamente i cittadini e gli operatori sulle iniziative della Regione, in sinergia con la comunicazione delle Aziende; favorire l'accesso del cittadino al sistema sanitario e migliorare i percorsi assistenziali; indirizzare correttamente la collettività verso i servizi erogati dall'amministrazione locale, anche attraverso le Aziende sanitarie e gli istituti di ricerca; prestare attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili e agli effetti sulla salute generati dalle disuguaglianze socio-economiche. L'integrazione tra tutti gli attori del sistema costituisce la strategia prioritaria, secondo il Piano, per rendere efficaci le azioni di prevenzione, in particolare attraverso l'ascolto e il coinvolgimento del mondo dell'associazionismo e del terzo settore nell'attuazione delle politiche di promozione della salute e di sani stili di vita e la realizzazione di campagne di informazione e di sensibilizzazione della popolazione.

L'ASL di Trento fa riferimento al Piano provinciale di prevenzione 2010-2012. La Provincia assicura la coerenza della legislazione provinciale, in particolare di quella in materia sociale e ambientale, con gli obiettivi di tutela e promozione della salute; promuove il coordinamento e l'integrazione funzionale dei servizi e delle attività sanitarie e sociali; vigila sulla tutela dell'ambiente naturale quale fattore determinante per il mantenimento della salute individuale e collettiva. La Provincia promuove, inoltre, l'esercizio responsabile dei diritti e dei doveri individuali e collettivi in ordine alla tutela della salute; l'adozione di idonee iniziative volte ad assicurare ai pazienti spazi di autonomia, capacità di autogestione nelle cure e possibilità di reinserimento sociale e lavorativo; l'esecuzione di interventi solidali e di mutuo aiuto.

In Friuli-Venezia Giulia si fa riferimento al Piano sanitario e sociosanitario regionale 2010-2012. La comunicazione va rivolta a tre interlocutori principali: la popolazione in generale (*general public*), gli amministratori (*policy makers*) e la stampa (*press*) che hanno differenti aspettative nelle diverse situazioni. La comunicazione per la salute pubblica, che significa dialogo e non semplicemente flusso unidirezionale di informazioni, risponde ai seguenti scopi: aumentare la conoscenza, istruire, favorire le scelte consapevoli e persuadere. Inoltre, vi deve essere una definizione della strategia comunicativa (attiva o passiva) e dei fattori contestuali che possono modificare il contenuto o il significato dei messaggi. Infine, trattandosi di azioni che intervengono sulla vita e sui valori delle persone, è necessario affrontare anche l'etica della comunicazione, ponendo attenzione alle diversità culturali e religiose che sono presenti in comunità multietniche e multilinguistiche.

Il Piano regionale della prevenzione pone la necessità di affrontare il problema della comunicazione efficace di salute non solo nei termini di realizzazione di specifiche campagne

di informazione, ma piuttosto di realizzazione di un sistema e di una rete di comunicazione permanente che predisponga strategie comunicative, realizzi partnership e sia in grado di valutare i risultati delle attività impostate. Si tratta, anche, di creare una "cultura" della comunicazione che sia fatta propria dagli operatori sanitari e che diventi parte sostanziale e condivisa della attività di prevenzione, sia che si rivolgano all'ambiente, alla comunità, ai gruppi a rischio e alle persone.

Nella Regione Lazio, sia per la comunicazione che per la promozione della salute, i punti di riferimento sul piano normativo sono il Piano sanitario regionale 2010-2012 e il Piano regionale della prevenzione 2010-2012. La promozione dei corretti stili di vita rappresenta uno dei punti nodali di tali piani di intervento.

In Toscana si fa riferimento al Piano sanitario 2008-2010, nel quale è esplicitato l'intento di delineare la promozione per la salute come una risorsa per lo sviluppo sociale, umano ed economico della Regione. A tale proposito viene sottolineata la necessità di sviluppare l'attività di marketing sociosanitario per costruire l'empowerment della persona, rafforzarne la capacità di effettuare scelte consapevoli rispetto alla salute, orientarne i comportamenti nelle scelte sulla prevenzione o nell'approccio ai servizi, con particolare attenzione alle fasce di popolazione svantaggiata.

Infine la ASL BT si rifa al Documento di indirizzo economico-funzionale del Servizio sanitario regionale della Puglia per l'anno 2010 e per il triennio 2010-2012.

3. LA FIGURA PROFESSIONALE DEL COMUNICATORE E DEL PROMOTORE DELLA SALUTE ALL'INTERNO DELLE AZIENDE SANITARIE

di Antonio Di Stefano e Anna Maria Colacchi

3.1. LE ASL TRA STRATEGIE E DEFICIT DI COMUNICAZIONE

La comunicazione e la promozione della salute sono aspetti importanti che le diverse ASL territoriali dovrebbero curare quali strumenti fondamentali di rapporto con l'utenza. Da un'analisi generale è emerso innanzitutto che i Servizi preposti a queste attività sono molteplici, indice di un'attenzione particolare diffusa tra le diverse strutture considerate. Nel complesso, un ruolo fondamentale è svolto dagli Uffici stampa, dagli Uffici di comunicazione e marketing e dagli Uffici rapporti con il pubblico. Menzione a parte meritano le varie attività extra svolte da alcune di queste ASL: quella di Savona redige un suo periodico aziendale, oltre a occuparsi della cartellonistica interna dell'Azienda. L'ASL di Parma punta molto sulla gestione di un Numero verde del SSR, oltre a produrre campagne di comunicazione locali, rubriche e prodotti radiotelevisivi, e occuparsi dell'intranet aziendale e di fund raising. L'ASL Roma D redige una relazione sullo stato di salute della popolazione. L'ASL di Modena, si occupa anche della gestione della concessione degli spazi pubblicitari e delle attività di sponsorizzazione.

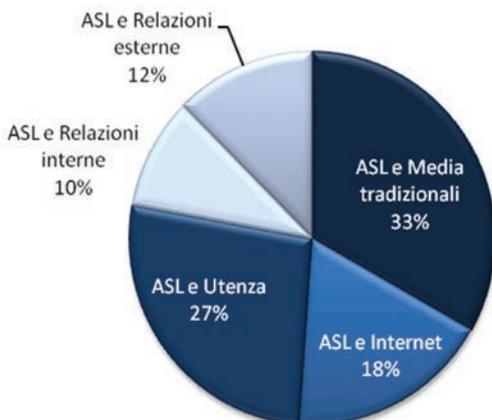
I dati meramente descrittivi evidenziano più nello specifico come, nel complesso delle attività svolte da ogni singola ASL, le Aziende sanitarie hanno svolto il 94% di tutte le attività di promozione della salute e l'83,6% di quelle di comunicazione.

Entrando ancor più nello specifico dell'analisi delle due aree, differenziate per cluster tematici interni, emergono alcuni aspetti interessanti. In particolare, restringendo la riflessione alle attività di comunicazione (Grafico 1), si può rilevare come il ricorso agli strumenti mediali, nella loro differenziazione tra mezzi *vecchi* (tradizionali come la televisione, la radio e la cartellonistica) e *nuovi* (la Rete), costituisca una dimensione centrale (51%) ma non esclusiva. Infatti le azioni intraprese in questo ambito prevedono anche una significativa presenza della comunicazione di tipo interpersonale, a sua volta distinta in due aree: interna (10%) ed esterna alle Aziende sanitarie (39%).

La stragrande maggioranza delle ASL è attiva nell'ambito della comunicazione, con diverse modalità. Almeno il 25% delle Aziende considerate svolge tutte le attività segnalate. L'ASL di Milano si avvale del contributo degli Uffici stampa e comunicazione, dimostrando così una coerenza nello svolgimento delle attività di comunicazione. Anche l'ASL di Prato dimostra una buona coerenza, poiché la maggior parte delle attività sono svolte dalla Segreteria direzione aziendale e rapporti con i media ed è anche presente un organo specifico per la gestione delle attività nell'ambito di internet. L'ASL di Savona si avvale dell'aiuto di due dipartimenti, Comunicazione sanitaria e marketing e Gestione del personale. Lo stesso discorso vale anche per l'ASL di Trento, in quanto la maggior parte delle attività è, svolta

**Composizione % dell'area Comunicazione per cluster tematici
(punto III della scheda di rilevazione – Organizzazione)¹**

GRAFICO 1



dall'Ufficio stampa. L'ASL BT si avvale del lavoro dell'Ufficio di comunicazione per svolgere tutte le attività di comunicazione. Mentre per le ASL di Piacenza e Roma B l'unico ufficio che svolge attività di comunicazione è quello di comunicazione, marketing e URP. L'ASL di Parma si appoggia soprattutto all'Ufficio comunicazione, stampa e URP, oltre ad avere un servizio specifico per le risorse informatiche. L'ASL di Roma D demanda ogni attività all'URP, mentre l'ASL di Trento si avvale non solo del contributo dell'URP, ma anche della Direzione strategica². L'Azienda sanitaria di Modena, diversifica in modo capillare il lavoro

¹ I cluster sono così suddivisi: *ASL e media tradizionali* (cura del rapporto con i media, cura della rassegna stampa giornaliera, cura della pubblicazione dei comunicati stampa, organizzazione di conferenze stampa, gestione e coordinamento degli eventi pubblici più importanti, supporto tecnico e consulenza sulla comunicazione massmediale e responsabilità dell'immagine coordinata dell'Azienda e dell'uso del logo aziendale); *ASL e nuovi media* (cura della redazione di una o più newsletter, responsabilità editoriale del sito internet aziendale, governo della progettazione dei portali internet e intranet aziendali e pianificazione della tempistica degli interventi necessari, supporto alla realizzazione di nuovi progetti web e di siti collegati al portale aziendale); *Comunicazione interpersonale esterna* (informazione e orientamento del cittadino sui servizi, gestione di reclami, suggerimenti e segnalazioni, comunicazione con comitati consultivi misti, associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini, raccolta delle dichiarazioni di volontà a donare gli organi, promozione dell'alfabetizzazione sanitaria e dell'empowerment del cittadino, coinvolgimento diretto dei cittadini nella costruzione responsabile e partecipata di strategie per la salute, gestione delle relazioni dell'Azienda stessa e promozione dell'immagine del servizio sanitario pubblico); *Comunicazione interpersonale interna* (supervisione della formazione dei referenti delle macrostrutture aziendali e il supporto per la produzione di materiali istituzionali e informativi).

² Nel campo della promozione della salute, invece, le voci presenti nel questionario (prevenzione e profilassi delle malattie infettive e diffuse della collettività, prevenzione dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di vita e alle attività lavorative, sorveglianza e controllo sulla produzione di alimenti in tutte le fasi della filiera produttiva, promozione della salute e del benessere animale e tutela dell'attività sportiva, sviluppo della strategia di promozione della salute, sviluppo delle attività con il supporto dei professionisti sanitari e coordinamento delle attività di promozione della salute in ambito scolastico e coordinamento delle attività su tutto il territorio provinciale) non permettono un'aggregazione significativa, paragonabile all'area comunicazione.

degli uffici, tra l'Ufficio stampa, il Coordinamento web, gli URP, il Laboratorio cittadino competente e il Sistema di comunicazione e marketing.

Quindi, come abbiamo rilevato rispetto al punto 3 della scheda di rilevazione, le ASL hanno realizzato una quantità significativa di azioni, sia nell'ambito della Comunicazione che della Promozione della salute. Tuttavia, in entrambe queste aree vi sono state azioni che, effettivamente, non hanno trovato una specifica realizzazione: nel primo caso, il 16,4% delle attività complessive; nel secondo, il 6%.

Dal punto di vista qualitativo, ci sono determinati aspetti della comunicazione che sono trascurati da alcune strutture o che, in fase di compilazione del questionario, non sono state adeguatamente indicate:

- la cura della redazione di una newsletter non è effettuata nel 30% delle ASL;
- la raccolta delle dichiarazioni di volontà a donare gli organi manca in un terzo delle Aziende sanitarie (su questo punto è probabile, in realtà, che il compilatore non avesse una chiara percezione dei soggetti preposti a tale attività, in quanto tale azione è regolamentata);
- in quattro ASL non viene promossa l'alfabetizzazione sanitaria e l'empowerment del cittadino;
- il supporto alla realizzazione di nuovi progetti web e di siti collegati al portale aziendale è un aspetto trascurato in tre Aziende sanitarie;
- il 25% delle ASL non cura la rassegna stampa giornaliera di articoli inerenti alla sanità;
- in poco meno del 10% delle Aziende rilevate non viene realizzata la comunicazione con comitati consultivi, la promozione dell'immagine del Servizio Sanitario pubblico.

Frequenza e tipologia attività di comunicazione non svolte (punto III della scheda di rilevazione – Organizzazione)

TABELLA 1	Attività di comunicazione non svolte	N.
	Raccolta delle dichiarazioni di volontà a donare gli organi	4
	Promozione alfabetizzazione sanitaria ed empowerment del cittadino	4
	Cura della redazione di una (o più) newsletter	4
	Promozione dell'immagine del servizio sanitario pubblico	3
	Supporto alla realizzazione di nuovi progetti web e di siti	3
	Supporto tecnico e consulenza sulla comunicazione massmediale	3
	Cura della rassegna stampa giornaliera	3
	Cura del rapporto coi media	2
	Comunicazione con Comitati Consultivi Misti	2
	Gestione delle relazioni esterne dell'Azienda	2
	Supervisione dell'attività di formazione dei referenti delle macrostrutture aziendali	2
	Altre attività non svolte	10

Competenze nell'ambito della Comunicazione (punto IV della scheda di rilevazione - Formazione)

TABELLA 2

Comunicazione	Competenze trasversali	Competenze tecnico professionali	Competenze relazionali e organizzative	Media
Rilevanza attuale	7,45	6,7	7,8	7,3
Rilevanza prospettica	7,25	7,3	8,8	7,8

Competenze nell'ambito della Promozione della salute (punto IV della scheda di rilevazione - Formazione)

TABELLA 3

Comunicazione	Competenze trasversali	Competenze tecnico professionali	Competenze relazionali e organizzative	Media
Rilevanza attuale	6,85	5,9	7,2	6,65
Rilevanza prospettica	7,7	6,85	7,9	7,5

Interpretando tali risultanze in termini di competenze, come emerge dal punto IV della scheda di rilevazione, si evidenzia una divaricazione che potremmo definire *temporale* tra Comunicazione e Promozione della salute. Infatti, il dato delle tabelle 2 e 3 sottolinea un aspetto interessante rispetto alla rilevanza che determinate azioni possono avere nel tempo. Come si può rilevare, nelle attività di comunicazione le Aziende sanitarie tendono ad attribuire un punteggio superiore al *futuro* (+0,5), rispetto alla quotidianità; nella promozione della salute il dato viene addirittura consolidato (+0,85). In questo modo, le diverse strutture sembrano positivamente orientate verso lo sviluppo di competenze che già possiedono e che nel tempo potranno essere ulteriormente rafforzate.

Nella comunicazione, in particolare, si ritiene che siano soprattutto le *competenze relazionali e organizzative* – vale a dire la capacità di aggiornarsi anche rispetto ai cambiamenti normativi, di mantenere una solida rete di relazioni, di gestire un know-how sempre più complesso, di stabilire un rapporto trasparente con il pubblico, di saper risolvere questioni organizzative – a presupporre un miglioramento rispetto al futuro, una competenza prospetticamente rilevante. Mentre risalta il fatto che nelle *competenze trasversali*, che si strutturano anche intorno a conoscenze tecniche e specifiche (utilizzo di programmi informatici o conoscenza dell'inglese), emerge quasi una richiesta di sostegno, di miglioramento, un bisogno di aggiornamento e implementazione.

Entrando più nello specifico di tale punto, possiamo rilevare la differente *copertura* delle competenze indicate tra le Aziende sanitarie considerate. Infatti, misurando la media delle attività effettivamente svolte dalle ASL nella comunicazione e promozione della salute, associate alle tre aree/competenze (trasversali, tecnico/professionali, relazionali e organizzative), è possibile osservare come, a un livello complessivo, siano soprattutto le cosiddette competenze tecnico/professionali a essere *meno coperte* (Tabella 4).

In questo caso, ci si riferisce in particolare a quelle azioni che rientrano nella *gestione di strumenti ed eventi comunicativi* e nell'*ideazione grafica e realizzazioni editoriali*.

L'analisi delle competenze specifiche offre ulteriori elementi di analisi. Iniziando dalle *competenze trasversali*, suddivise per aree direttamente aggregate nel questionario, è possibile

Competenze a confronto (punto IV della scheda di rilevazione – Formazione)

TABELLA 4

Competenze trasversali	Competenze tecnico/professionali	Competenze relazionali e organizzative
91,1%	84,2%	92,3%

rilevare i punti in cui le ASL si sono mostrate più forti e lì dove, invece, hanno palesato maggiori problemi. Partendo dal presupposto che il dato appare, rispetto a questa dimensione, estremamente positivo, un ambito su cui si potrebbe intervenire è quello relativo alle Lingue straniere, che nel 12,5% dei casi è un'area scoperta (Tabella 5).

Competenze trasversali aggregate in 4 sottoaree - calcolo medio attività (punto IV della scheda di rilevazione - Formazione)

TABELLA 5

Competenze trasversali						
Diritto e amministrazione		Organizzazione		Informazione telematica		Lingue straniere
5,4/6	90%	3,65/49	1,25%	1,85/2	92,5%	3,5/4 87,5%

Per quanto riguarda, invece, le *competenze tecnico/professionali*, suddivise in due aree principali come emerge dalla scheda di rilevazione, il dato appare meno positivo, come già osservato in precedenza, e in particolare la dimensione meno appare quella relativa all'ideazione grafica e alle realizzazioni editoriali (Tabella 6), che costituisce di fatto l'ambito

Competenze tecnico/professionali aggregate in 2 sottoaree – calcolo medio attività (punto IV della scheda di rilevazione – Formazione)

TABELLA 6

Competenze tecnico/professionali			
Gestione di strumenti ed eventi comunicativi		Ideazione grafica e realizzazioni editoriali	
23,85/28	85,2%	8,2/10	82%

comunicativo più avanzato e complesso: *studiare e analizzare il prodotto da rappresentare, elaborare un progetto grafico, ideare un progetto multimediale, monitorare lo stato di avanzamento del progetto, predisporre contenuti di pagine web.*

Nell'analisi della gestione di strumenti ed eventi comunicativi dal punto di vista della comunicazione della salute, emerge un quadro più complesso, in parte positivo nel momento in cui si tratta di preparare e progettare un piano di comunicazione. Il giudizio espresso in tali casi appare sempre più che sufficiente, rivelando una buona competenza diffusa tra le Aziende sanitarie. Un nodo critico, invece, è rappresentato da quelle competenze il cui livello specialistico è maggiormente marcato, che presentano connotazioni di tipo interdisciplinare. Queste non appartengono all'ambito comunicativo in quanto tale, pur contribuendo (nel caso della statistica e delle conoscenze delle normative in questo settore) al suo effettivo successo (Tabella 7).

Gestione di strumenti ed eventi comunicativi
(Comunicazione – media voto espressa nella scheda di rilevazione)

TABELLA 7	1	Sistema dei media e regole della comunicazione	6,55
	2	Principi, metodologie e tecniche di comunicazione (scritta, verbale, telefonica, on line, visiva)	6,5
	3	Progettare piani di comunicazione	6,5
	4	Analizzare il fabbisogno comunicativo e identificare gli obiettivi da perseguire	6,4
	5	Redigere i contenuti comunicativi	6,4
	6	Metodologie di controllo qualità nella comunicazione	6
	7	Tecnologie informatiche e telematiche per la comunicazione pubblica (applicativi web e sistemi informativi)	5,8
	8	Metodologie, tecniche e strumenti di ascolto, partecipazione	5,6
	9	Gestire piani e progetti di comunicazione e le conseguenti attività di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni intraprese.	5,2
	10	Project e time management	5,15
	11	Predisporre la raccolta e l'organizzazione delle informazioni attraverso reti e strumentazioni informative	5,15
	12	Problem solving	5,1
	13	Normativa e codici relativi alla comunicazione (diritto d'autore, pubblicità ingannevole, proprietà industriale, etc.)	5,05
	14	Elementi di statistica e metodologia di ricerca di mercato	4,35

Il dato appare confermato, almeno in parte, anche quando ci si focalizza sulla parte relativa alla promozione della salute, anche se vi sono piccole variazioni nelle posizioni. In particolare, però, ciò che emerge è un giudizio medio complessivo tendente, come si può vedere, al negativo (Tabella 8).

L'altra dimensione delle competenze tecnico-professionali, *l'ideazione grafica e realizzazioni editoriali*, presenta sul piano della Comunicazione della salute una tendenza positiva soprattutto nel momento in cui si ha a che fare con una produzione mono-mediale. Infatti, come si può rilevare nella Tabella 9, le maggiori difficoltà sono state osservate principalmente rispetto all'elaborazione di prodotti multimediali, nei quali dunque sono necessarie competenze e capacità al tempo stesso tecniche e progettuali.

Il risultato è di fatto simile nel caso della promozione della salute, anche se, come in precedenza, la tendenza mostrata appare significativamente negativa. Ancora una volta la progettazione di un prodotto di tipo multimediale e l'elaborazione di un progetto grafico costituiscono gli elementi più critici per le Aziende sanitarie analizzate (Tabella 10).

Per quanto riguarda, invece, le *competenze relazionali e organizzative*, suddivise in due aree principali, il dato è assolutamente confortante e si presenta coerentemente distribuito tra le diverse Aziende sanitarie incluse nell'analisi (Tabella 11).

Analizzando più nello specifico le competenze relazionali da un punto di vista comunicativo, emerge un quadro interessante in quanto le Aziende sanitarie tendono a mostrare una significativa tendenza a stabilire e a conservare network relazionali funzionali al consolidamento dell'attività della struttura aziendale. Tale risultato positivo è confermato anche nella promozione della salute (Tabella 13), sebbene in questo caso appaia deficitario il tentativo, non ancora pienamente riuscito, di garantire la trasparenza nel rapporto con l'utenza.

Le competenze organizzative, sia dal punto di vista comunicativo che della Promozione della salute, evidenziano risultati altrettanto rilevanti. Si evidenzia infatti nelle Aziende

Gestione di strumenti ed eventi comunicativi
(Promozione della salute – media voto espressa nella scheda di rilevazione)

TABELLA 8	1	Analizzare il fabbisogno comunicativo e identificare gli obiettivi da perseguire	4,45
	2	Predisporre la raccolta e l'organizzazione delle informazioni attraverso reti e strumentazioni informative	4,1
	3	Problem solving	3,8
	4	Metodologie, tecniche e strumenti di ascolto, partecipazione	3,75
	5	Principi, metodologie e tecniche di comunicazione (scritta, verbale, telefonica, on line, visiva)	3,5
	6	Tecnologie informatiche e telematiche per la comunicazione pubblica (applicativi web e sistemi informativi)	3,45
	7	Redigere i contenuti comunicativi	3,35
		Gestire piani e progetti di comunicazione e le conseguenti attività di monitoraggio e verifica dell'efficacia delle azioni intraprese	3,35
	9	Elementi di statistica e metodologia di ricerca di mercato	3,1
	10	Progettare piani di comunicazione	3
	11	Sistema dei media e regole della comunicazione	2,95
		Metodologie di controllo qualità nella comunicazione	2,95
	13	Project e time management	2,75
	14	Normativa e codici relativi alla comunicazione (diritto d'autore, pubblicità ingannevole, proprietà industriale, etc.)	1,95

Ideazione grafica e realizzazioni editoriali
(Comunicazione – media voto espressa nella scheda di rilevazione)

TABELLA 9	1	Predisporre contenuti di pagine web	6,6
	2	Studiare e analizzare il prodotto da rappresentare	5,9
	3	Monitorare lo stato di avanzamento del progetto verificandone anche la qualità	5,55
	4	Elaborare un progetto grafico	5,25
	5	Ideare un progetto multimediale	4,45

Ideazione grafica e realizzazioni editoriali
(Promozione della salute – media voto espressa nella scheda di rilevazione)

TABELLA 10	1	Predisporre contenuti di pagine web	4,6
	2	Studiare e analizzare il prodotto da rappresentare	3,3
		Monitorare lo stato di avanzamento del progetto verificandone anche la qualità	3,2
		Ideare un progetto multimediale	3,2
	5	Elaborare un progetto grafico	2,7

Competenze relazionali ed organizzative aggregate in 2 sottoaree – calcolo medio attività (punto IV della scheda di rilevazione – Formazione)

TABELLA 11	Competenze relazionali e organizzative		Competenze organizzative	
	Competenze relazionali		Competenze organizzative	
	12,75/14	91,1%	8,2/10	82%

sanitarie la capacità a mostrarsi flessibili di fronte a situazioni mutevoli e a semplificare operazioni complesse riducendo il tempo necessario per la loro realizzazione. È da apprezzare, inoltre, la tendenza all'aggiornamento a livello normativo, una prassi determi-

Competenze relazionali
(Comunicazione – media voto espressa nella scheda di rilevazione)

TABELLA 12

1	Costruire e mantenere reti di relazioni, interne ed esterne alla struttura, finalizzate allo scambio di informazioni e al trasferimento di esperienze	6,4
2	Produrre lavoro integrato o di gruppo anche al di fuori della propria struttura	6,2
3	Rappresentare l'Ente verso l'esterno, mediante la partecipazione ad esempio a comitati, organismi, eventi pubblici	6
4	Analizzare e comprendere le richieste dell'utenza, al fine di rispondere efficacemente, valorizzando il proprio know-how tecnico	6
5	Garantire la trasparenza nel rapporto con l'utenza	5,8
6	Indirizzare gli altri e fornire supporto in chiave di trasferimento di know-how	5,3
7	Identificare ambiti e strumenti di mediazione e adottare modalità negoziali	4,4

Competenze relazionali
(Promozione della salute – media voto espressa nella scheda di rilevazione)

TABELLA 13

1	Produrre lavoro integrato o di gruppo anche al di fuori della propria struttura	6,8
2	Costruire e mantenere reti di relazioni, interne ed esterne alla struttura, finalizzate allo scambio di informazioni e al trasferimento di esperienze	6,5
3	Indirizzare gli altri e fornire supporto in chiave di trasferimento di know-how	6,1
4	Analizzare e comprendere le richieste dell'utenza, al fine di rispondere efficacemente, valorizzando il proprio know-how tecnico	6,1
5	Rappresentare l'Ente verso l'esterno, mediante la partecipazione ad esempio a comitati, organismi, eventi pubblici	6
6	Identificare ambiti e strumenti di mediazione e adottare modalità negoziali	5,1
7	Garantire la trasparenza nel rapporto con l'utenza	4,5

nante nel rendere gli stessi operatori più al passo con i tempi, evitando in questo modo di incorrere in pratiche disfunzionali per la struttura e il suo funzionamento.

3.2. L'INDICE DI ATTIVITÀ DELLE ASL

Nella costruzione di un "indice di attività" per ogni singola Azienda sanitaria, è fondamentale, come detto, ricomporre il piano di azione intrapreso da una singola struttura rispetto a ogni specifica dimensione, determinando in questo modo la qualità – oltre che la quantità – sintetica delle iniziative condotte. Attraverso tale indice è possibile articolare un'analisi comparativa complessiva tra le ASL e, di conseguenza, una riflessione più articolata sulle mancanze e sui deficit presenti dal punto di vista della comunicazione e della promozione della salute.

In particolare vengono considerati gli aspetti *quantitativi*, vale a dire il numero delle attività intraprese nell'ambito della Comunicazione e Promozione della salute. È però altrettanto fondamentale rilevare più nello specifico, laddove disponibili, i fattori *qualitativi*, ovvero la pertinenza tra i curricula del personale preposto alle azioni comunicative, più la dicitura degli enti in cui sono impiegati e le strategie realizzate in questo campo.

In questo senso, è fondamentale comprendere quanto la comunicazione, e le professioni ad essa direttamente legate in ambito sanitario, costituisca un nodo fondativo del processo di ammodernamento e di messa in pratica di una strategia di trasparenza verso l'esterno da parte dell'ASL stessa. Alcuni tra i curricula analizzati nel corso dell'indagine rifletto-

Competenze organizzative
(Comunicazione – media voto espressa nella scheda di rilevazione)

TABELLA 14	1	Modificare autonomamente la propria disponibilità operativa in relazione alle esigenze o emergenze del proprio ambito di responsabilità	6,5
	2	Semplificare e snellire le procedure	6,5
	3	Mantenere un costante e tempestivo aggiornamento in ambito normativo, metodologico e tecnologico per quanto concerne il proprio specifico ambito di attività	6,4
	4	Proporre innovazioni operative, tecnologiche e informatiche e contribuire alla loro attuazione	6
	5	Pianificare le attività, i modi e i tempi di lavoro e controllare in modo sistematico i risultati	6
	6	Identificare le soluzioni possibili ai problemi attraverso l'esercizio di discrezionalità e iniziativa, nell'ambito della propria sfera di autonomia	5,4

Competenze organizzative
(Promozione della salute – media voto espressa nella scheda di rilevazione)

TABELLA 15	1	Modificare autonomamente la propria disponibilità operativa in relazione alle esigenze o emergenze del proprio ambito di responsabilità	6,4
	2	Mantenere un costante e tempestivo aggiornamento in ambito normativo, metodologico e tecnologico per quanto concerne il proprio specifico ambito di attività	6,4
	3	Pianificare le attività, i modi e i tempi di lavoro e controllare in modo sistematico i risultati	6,1
	4	Semplificare e snellire le procedure	5,6
	5	Identificare le soluzioni possibili ai problemi attraverso l'esercizio di discrezionalità e iniziativa, nell'ambito della propria sfera di autonomia	5,5
	6	Proporre innovazioni operative, tecnologiche e informatiche e contribuire alla loro attuazione	5,3

no tale tendenza e tali istanze, laddove determinati profili di esperienza, ad esempio, nei già citati URP configurano importanti passi in avanti nella istituzionalizzazione sistematizzata di una professione comunicativa sempre più complessa.

Bisogna considerare, in primo luogo, la dimensione della comunicazione interna, un aspetto meno visibile ma quanto mai significativo nella condivisione di intenti, aspettative, finalità aziendali. In questo senso, i profili analizzati evidenziano percorsi curricolari che si sono consolidati nel tempo all'interno delle strutture sanitarie stesse, maturando un livello di comprensione più ampio ed esteso della complessità delle relazioni tra i vari comparti di cui si compongono le ASL. Può accadere, infatti, che di comunicazione, intesa come ufficio stampa o media più in generale, si occupi una tipologia di personale proveniente da un ambito esclusivamente medico. Naturalmente ciò costituisce un percorso consolidato, a cui però sarebbe necessario affiancare figure formate, invece, sui mezzi di comunicazione, in quanto il comunicare non può prescindere dalla natura del mezzo, e tanto la professione sanitaria richiede competenze di natura medico-infermieristica, quanto, allo stesso modo, ambiti professionali di tipo comunicativo necessitano di profili costruiti e formati specificamente nel campo della comunicazione. Una ibridazione tra tali elementi facilita la realizzazione di un processo di conoscenza diffuso della struttura nella quale si opera. In secondo luogo, la comunicazione esterna si rivela sempre più determinante nella definizione di un'identità chiara ed efficace delle Aziende sanitarie, le quali, in questo modo, possono stabilire un rapporto diretto e immediato con i territori nei quali operano. Il marketing mix, e l'utilizzo integrato di tecniche e strategie comunicative medialità e non, consentono di realizzare forme integrate di coinvolgimento diretto, e le ASL analizzate sembrano, in questo senso, sempre più consapevoli di tale situazione.

Non sorprende, dunque, che nei casi in cui è stato possibile risalire ai profili curriculari dei soggetti responsabili delle attività indicate si sia osservato un elevato livello di formazione accademica (con la frequenza anche di corsi in comunicazione post lauream) e un grado significativo di professionalità maturata attraverso anni di esperienza e ruoli di responsabilità. Questo è un dato qualitativo importante che può sottolineare la raggiunta consapevolezza della necessità di svolgere attività di comunicazione ricorrendo a *expertise* in grado di coniugare teoria e pratica, certificazione accademica ed esperienza sul campo³. In fondo, la proliferazione di corsi di comunicazione in campo sanitario, l'accreditamento ECM, rilevano sintomaticamente come tale processo di "ammodernamento" professionale sia transitato da un livello di percezione unicamente sulla carta a una istanza direttamente vissuta come bisogno soggettivo, come competenza e conoscenza da acquisire e mettere in pratica.

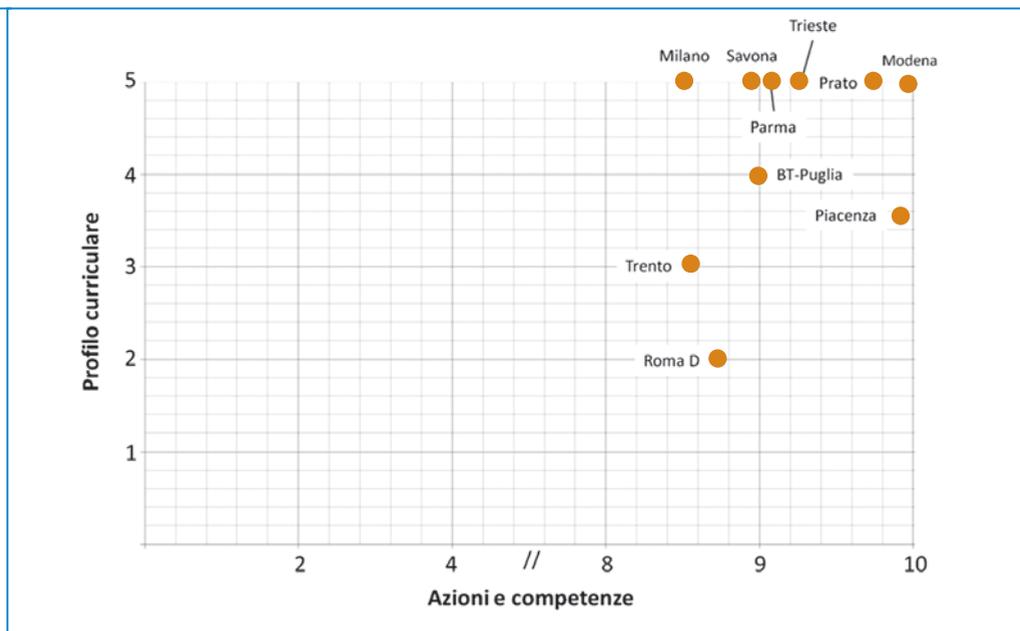
Nel complesso, vi è una sostanziale coerenza tra le diverse Aziende sanitarie coinvolte nell'analisi, con inevitabili differenze sulle quali è possibile offrire inevitabilmente soltanto uno sguardo descrittivo. Infatti l'individuazione di possibili fattori causali, in grado ad esempio di spiegare perché vi sia la tendenza a perseguire certe strategie comunicative piuttosto che altre, o a utilizzare determinati profili professionali in specifici ruoli, non è pensabile ricorrendo in modo esclusivo al questionario come strumento di rilevazione.

Più nello specifico, nell'analisi delle figure del comunicatore e del promotore della salute che emergono dall'indagine è interessante osservare come determinate scelte strategiche di collocazione delle attività siano piuttosto condivise e omogenee tra le diverse Aziende sanitarie investigate. Più in generale, le azioni destinate in particolare alla comunicazione tendono a essere realizzate soprattutto dagli Uffici per le relazioni con il pubblico, dagli Uffici stampa e comunicazione e marketing. Questo primo dato dimostra una consapevolezza sempre più diffusa nelle varie strutture che hanno compreso, al tempo stesso, la necessità di politiche finalizzate alla diversificazione delle competenze al fine di accrescere lo specialismo e il bisogno di integrare tale know how con le logiche tradizionali del sistema già esistente. In questo senso, è da notare come alcune tra le Aziende sanitarie tendano a prevedere il coinvolgimento di uffici ancor più specifici nelle funzioni che comunemente svolgono. Si pensi alle Risorse informatiche e telematiche, la cui utilità è direttamente visibile all'esterno nell'usabilità di tecnologie che favoriscono la concretizzazione di un rapporto consolidato con l'utenza. La comunicazione informatica, in quest'ottica, è finalizzata al supporto "ingegneristico" delle strategie comunicative progettate a livelli dirigenziali più alti.

³ Il grado di pertinenza del curriculum professionale di un responsabile con le attività di comunicazione e promozione della salute è così calcolato: 1 – *Nessuna pertinenza* (completa assenza di riferimenti all'ambito della comunicazione e il soggetto non possiede una laurea); 2 – *Pertinenza approssimativa* (nel curriculum la comunicazione e le attività relative sono limitate, ad esempio il soggetto è privo di una certificazione accademica o possiede una laurea in altri campi, con esperienze maturate esclusivamente sul campo); 3 – *Pertinenza media* (laurea in comunicazione, ma ridotto numero di attività svolte sul campo); 4 – *Pertinenza buona* (laurea in comunicazione accompagnata da una discreta esperienza professionale); 5 – *Massimo livello di pertinenza* (il soggetto ha raggiunto un elevato livello di formazione, come titoli legati alla frequenza di corsi post-lauream in comunicazione, e un alto grado di professionalità maturata sul campo, con ruoli di responsabilità).

Indice di attività delle ASL, rappresentato in termini posizionali
(sono assenti Bassano e Roma B per mancata disponibilità del curriculum del personale)

GRAFICO 2



Si può rilevare, inoltre, come gli uffici che rientrano nel campo della Comunicazione dipendano praticamente, in quasi tutte le Aziende sanitarie considerate, dalla Direzione generale. A questo proposito, non è possibile trarre inferenze di tipo comparativo sul budget effettivamente destinato alle attività comunicative: si tratta di un dato non sempre indicato o quando è presente non si può sapere quale parte sia destinata appunto alla Direzione generale che le ingloba. Una medesima difficoltà è riscontrabile anche quando si prende in considerazione il dato relativo allo staff che si occupa di comunicazione. In questo caso, però, possiamo comunque sottolineare come vi sia una preferenza a favore delle cosiddette strutture semplici che sono presenti nel 60-70% delle Aziende analizzate. Tale dato va assunto con una certa cautela per le considerazioni sopra esposte, però è abbastanza plausibile e comunque significativo che le strutture complesse, che prevedono uno staff esteso e un budget economico estremamente corposo, si attestino intorno al 30-40%.

Invece, alle attività di promozione della salute è preposto nella stragrande maggioranza dei casi il Dipartimento di prevenzione che in tutti i casi fa riferimento direttamente alla Direzione socio sanitaria. In tale ambito, come ovvio, vi è una focalizzazione sulle buone pratiche da perseguire nel campo della salute (es. igiene pubblica), sulla divulgazione di informazioni finalizzate all'*empowerment* del cittadino (es. sicurezza degli ambienti di lavoro), e sulla disseminazione di prassi consolidate (es. le vaccinazioni). In questo senso, anche considerando quanto abbiamo sostenuto in precedenza in merito alle informazioni concernenti lo staff e il budget, possiamo comunque rilevare una tendenza simile alla precedente, con le strutture semplici che tendono in genere a prevalere su quelle complesse (in un rapporto percentuale 70-30).

Nel complesso, dunque, si stanno ponendo le basi per il raggiungimento di una sorta di *ecologia interorganizzativa* (Ingrosso, 1994, Morgan, 1989) con la quale si indica la possibilità di creare una comunità comunicativa e informativa condivisa tra diverse strutture e, all'interno di una medesima Azienda, tra diverse entità. Il profilo comunicativo che emerge dall'analisi tende a essere variegato. Più in generale, però, si sta assistendo a un mutamento prospettico non indifferente. Infatti, le ASL investigate sono in gran parte ancora caratterizzate dal prevalere di modelli di comunicazione di tipo biomedico (che pur desunto dalla relazione medico-paziente (Leonzi, 1999) si rivela utile per categorizzare forme e strategie comunicative pubbliche e sociali (Gardini e Lalli, 2009)), incentrati cioè su logiche di tipo informativo e su framework verticistici in cui l'audience è vista o pensata, a volte, in modo tradizionale (Du Prè, 2000). In realtà, nella maggior parte dei casi, il comunicatore e il promotore delle Aziende sanitarie, qui assunto come una sorta di idealtipo, è una figura ibrida che punta a guardare all'esterno, più consapevole dei bisogni e delle istanze del pubblico, facendo i conti al tempo stesso con le logiche strutturali che non sempre facilitano l'attività comunicativa. In quest'ottica, è fondamentale soprattutto nell'epoca dell'e-health (Eysenbach, 2001) che la comunicazione sia sempre più personalizzata, costruita sulla base delle caratteristiche specifiche dei cittadini cui si rivolge, che utilizzi strumenti integrati (da questo punto di vista i progetti multimediali sono quelli che ottengono un maggior riscontro) e che lavori sulle emozioni delle persone. Quest'ultimo aspetto non significa allarmare il pubblico, al contrario significa tener conto che nel campo della salute la dimensione emozionale ha un ruolo determinante nella costruzione e messa a punto di un piano di azione da parte dell'attore sociale.

4. PREVENZIONE E COMUNICAZIONE

di *Michaela Liuccio*

4.1. PUBLIC HEALTH E HEALTH LITERACY

Nel XIX secolo parlare di salute pubblica significava soprattutto intervenire sugli effetti delle condizioni di vita e di lavoro imposte dalla rivoluzione industriale: l'azione si concentrava, quindi, sui fattori sociali e ambientali che determinavano la salute dei singoli. Nel XX secolo, invece, la salute pubblica ha spostato la sua attenzione verso la modifica dei comportamenti individuali a rischio. Le analisi epidemiologiche contemporanee confermano il ruolo fondamentale di fattori sociali, economici e ambientali nel determinare rischi per la salute. Dunque, parlare di salute pubblica e di prevenzione alla salute oggi significa intervenire sui determinanti di salute, includendo non soltanto i comportamenti individuali ma anche le politiche pubbliche e le condizioni di vita e di lavoro.

Il primo ambizioso impegno a realizzare una strategia globale per la salute di tutti assunto dall'OMS risale al settembre del 1978 con la *Dichiarazione di Alma Ata*. In questa occasione viene sottolineata l'importanza di tre concetti complementari e inscindibili: la salute, la promozione della salute e l'educazione alla salute. La promozione della salute viene definita come strategia che contribuisce a una migliore qualità della vita e a porre le condizioni per la pace nel mondo, mentre l'educazione alla salute viene intesa come l'insieme delle strategie e delle modalità relative alla prevenzione e al controllo dei problemi di salute, in uno scenario nazionale legato allo sviluppo delle comunità locali, comprendendo anche le strategie comunicative. Ma per comprendere come sia nato e si sia sviluppato il concetto di promozione della salute occorre rifarsi alla *Carta di Ottawa*¹, risultato della prima Conferenza internazionale per la Promozione della salute che, nel 1986, progettò azioni finalizzate a tale obiettivo a livello mondiale. Nella *Carta di Ottawa* la promozione della salute viene definita come un processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per un maggior controllo sul loro livello di salute e per migliorarlo, ponendo in evidenza non solo gli aspetti individuali, ma anche quelli collettivi e politici che ne condizionano le caratteristiche e i mutamenti. La promozione della salute deve portare a condizioni di vita e di lavoro sicure, stimolanti, soddisfacenti, alla protezione degli ambienti naturali e artificiali, alla conservazione delle risorse naturali. Essa deve consentire una valutazione sistematica degli effetti dell'ambiente sul benessere delle persone e garantire strategie e azioni mirate a indurre cambiamenti nel singolo e nella collettività. La promozione della salute passa quindi necessariamente attraverso l'adozione di politiche pubbliche coordinate e tese a favorire e sviluppare beni e servizi più sani, ambienti igienici e non pericolosi, cambiamenti legislativi coerenti, mutamenti nell'organizzazione sociale e ambientale. La *Carta di Ottawa*, che si conclude con un appello rivolto all'OMS e agli altri organismi internazionali affinché sostengano la causa della promozione della salute in tutte le sedi appropriate, rappresenta il punto di partenza di tutti i progetti e le iniziative che, negli anni seguenti, sono state poste in essere a livello internazio-

¹<http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it/pgdcs/italiano/speciali/sanita/Pdf/CartaOttawa.pdf>

nale per la salvaguardia della salute. Infine, nel ripercorrere il cammino del concetto di salute, non può essere trascurata la dimensione "comunicazionale" che emerge dalla quarta Conferenza internazionale sulla Promozione della salute, svoltasi a Jakarta nel luglio del 1997. In questa occasione, infatti, viene definito l'*Health promotion glossary*², in cui si legge: "L'uso dei mass media, degli strumenti multimediali e delle altre innovazioni tecnologiche per diffondere al pubblico informazioni utili sulla salute aumenta la consapevolezza su aspetti specifici della salute pubblica e individuale".

La dimensione educativa deve quindi diventare il volano della promozione della salute in senso "abilitante", attraverso l'acquisizione, da parte dei cittadini, della consapevolezza di quei fattori che determinano la propria condizione di salute, attraverso un processo di partecipazione e responsabilizzazione. Infatti una seria, rigorosa, corretta informazione sanitaria costituisce la base scientifica di un progetto educativo fondato non solo sul "sentito dire", sul pregiudizio e a volte su una modalità di costruzione della conoscenza che rasenta la superstizione. Come evidenziato da numerose ricerche internazionali, le malattie non trasmissibili rappresentano attualmente la prima causa di morte e di disabilità nei paesi industrializzati.

Un momento importante per la sanità pubblica italiana, in questo ambito, è stata l'affermazione del programma "Guadagnare salute - Rendere facili le scelte salutari", approvato dal Governo con il Decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 4 maggio 2007³, in accordo con le Regioni e le Province autonome. "Guadagnare salute", facendo eco alla strategia europea *Gaining in health*⁴, promossa dall'OMS nell'autunno del 2006, ha come obiettivo principale la promozione di stili di vita in grado di contrastare le malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini. Un approccio integrato di intervento sui principali fattori di rischio per le malattie non trasmissibili più comuni, di importanza epidemiologica e di impatto sulla sanità pubblica: malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, disturbi muscoloscheletrici e dell'apparato gastro-intestinale, problemi di salute mentale. Un investimento per ridurre nel lungo periodo il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società, ma anche un modo per agire direttamente sulle condizioni di vita dei cittadini attraverso la promozione di stili di vita sani: seguire un'alimentazione corretta, svolgere attività fisica regolare, smettere di fumare, limitare il consumo di alcol.

L'obiettivo primario del programma è quello di agire in modo coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) che, da soli, sono responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Questi fattori di rischio devono essere affrontati non solo dal punto di vista sanitario, ma come veri e propri fenomeni sociali. "Guadagnare salute" identifica quattro aree tematiche (o programmi specifici):

- promozione di comportamenti alimentari salutari;
- lotta al tabagismo;
- contrasto ai consumi rischiosi di alcol;
- promozione dell'attività fisica.

² Il glossario è reperibile all'indirizzo: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>

³ <http://www.guadagnaresalute.it/>

⁴ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf

Per agire sui determinanti socioeconomici e ambientali delle malattie croniche, dare maggiore credibilità ai messaggi da veicolare, consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni e assicurare un'informazione univoca e completa sono necessarie alleanze e azioni sinergiche tra forze diverse. Poiché la maggior parte degli interventi efficaci di contrasto ai fattori di rischio e di promozione di comportamenti salutari sono esterni alla capacità di intervento del Servizio sanitario nazionale, il programma "Guadagnare salute" punta sulla collaborazione tra i vari ministeri e sull'avvio di una "politica delle alleanze" tra soggetti portatori di interesse e settori diversi della società (amministrazioni locali, organizzazioni, enti, associazioni, istituzioni, etc.). Inoltre, la comunicazione rappresenta una componente integrata degli interventi di prevenzione di "Guadagnare salute", essendo uno strumento fondamentale di informazione e conoscenza per cittadini e professionisti della salute. I piani di comunicazione istituzionale sviluppati dal programma sono tre:

- piani di comunicazione specifici per ogni intervento;
- una campagna informativa che mette il cittadino al centro delle scelte per la propria salute e impegna i governi a favorire le scelte di salute;
- un programma specifico in collaborazione con il mondo della scuola.

A questo si aggiunge l'avvio, il 4 agosto 2008, del progetto PINC (Programma nazionale di informazione e comunicazione), coordinato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS) dell'Istituto superiore di sanità (ISS). Il progetto ha l'obiettivo di promuovere iniziative di comunicazione e di formazione di tipo partecipativo, rivolte sia all'intera popolazione sia a figure chiave nel rapporto con i cittadini, secondo un'idea della salute che vuole i cittadini informati, consapevoli e quindi protagonisti delle proprie scelte.

La promozione della salute nelle varie fasi della vita, e in particolare nell'infanzia e adolescenza, rappresenta il principale investimento per migliorare lo stato di salute del paese e per garantire la sostenibilità del sistema socioassistenziale. Nel perseguimento di questo obiettivo è fondamentale indirizzare le iniziative di comunicazione ed educazione prevalentemente alle fasce di popolazione che si prendono cura o condizionano le abitudini dei target da sensibilizzare. Per intervenire efficacemente sulla salute dei bambini e dei giovani, vanno sviluppate specifiche azioni di comunicazione coinvolgendo direttamente i genitori, in particolare le madri e altri ragazzi (comunicazione "peer to peer"). Altro punto nodale è rappresentato dalle iniziative educative nell'ambito scolastico, per gli effetti che informazioni corrette possono determinare nel processo di apprendimento. Si veda in proposito il progetto "Okkio alla salute"⁵, un'iniziativa utile ed efficace per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini delle scuole primarie (6-10 anni), attraverso un sistema di sorveglianza sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica, sempre nell'ambito del programma "Guadagnare salute". Come ricordato, proprio nel periodo infantile si possono determinare situazioni stressanti che costituiscono i principali "mediatori eziopatogenetici" delle disuguaglianze in età adulta. Di conseguenza, un'educazione alla propria salute in questo periodo, nel quale i soggetti sono in posizione privilegiata per

⁵ <https://www.okkioallasalute.it/>

l'acquisizione di nuove informazioni, può contribuire a evitare forme di devianza sociale e fragilità dello stato di benessere fisico e psichico.

Come evidenziano questi progetti, promuovere la salute significa unire in maniera sinergica e produttiva l'educazione alla salute all'applicazione di politiche pubbliche mirate. Nella *Carta di Ottawa* sono indicate le tre azioni essenziali che devono essere svolte per poter promuovere salute: *advocating* (sostenere le popolazioni perché riescano ad affermare il loro diritto alla salute), *enabling* (fornire agli individui e alle comunità i mezzi materiali, le conoscenze e le capacità per controllare e migliorare la propria salute) e *mediating* (mediare tra i diversi soggetti coinvolti: governi, settore sanitario, altri settori sociali ed economici, organizzazioni non governative e di volontariato, autorità locali, industria, mezzi di comunicazione di massa). Allo stesso modo, secondo Nutbeam (Figura 1), le strategie utili a promuovere la salute sono essenzialmente tre: *advocacy*, ovvero sostenere le popolazioni attraverso l'impegno economico, le misure legislativi e fiscali e i cambiamenti organizzativi, perché vivano in ambienti ecologici in grado di favorire scelte salutari; la mobilitazione sociale, cioè favorire la mobilitazione dei diversi gruppi sociali e la loro partecipazione alle azioni di sviluppo di comunità, perché aumentino le possibilità di controllo sui determinanti di salute e il corretto accesso a servizi efficaci utili alla salute; l'educazione, che permette di aumentare le conoscenze e le capacità utili alla vita quotidiana perché, attraverso l'incremento della *health literacy* (cfr. *infra*), aumentino le possibilità per i soggetti di fare scelte consapevoli e favorevoli alla propria salute.

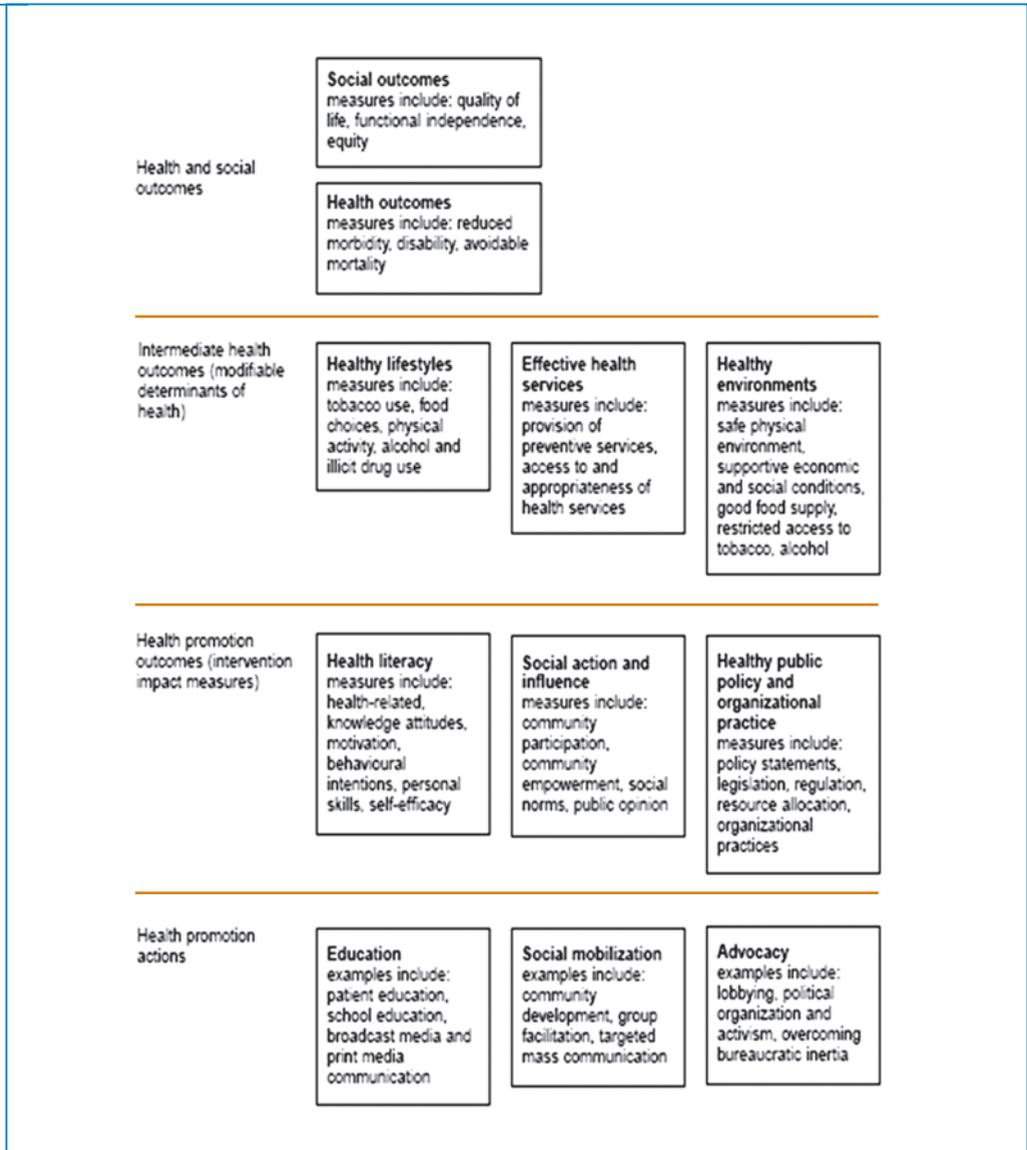
L'autore focalizza inoltre l'attenzione su come raggiungere i risultati sociali di miglioramento della qualità della vita, di equità, di indipendenza funzionale, e quelli di salute, ovvero la riduzione della mortalità, della morbosità e della disabilità.

Questo percorso comprende per prima cosa interventi sui determinanti di salute: stili di vita salutari (riduzione del consumo di sigarette e alcolici, attività fisica, scelte alimentari, aderenza alle terapie prescritte), uso dei servizi (adesione alle attività di prevenzione e screening, l'accesso appropriato alle cure), ambienti favorevoli a scelte salutari (ambienti di vita e di lavoro sicuri, condizioni sociali ed economiche che supportano le scelte di salute). Alle modifiche dei determinanti di salute vanno unite le misure di impatto degli interventi, ovvero: la *health literacy* (conoscenze e attitudini correlate alla salute, autoefficacia, capacità personali, motivazione al cambiamento), l'azione e l'influenza sociale (partecipazione, cambiamenti nell'opinione pubblica, *empowerment*), le politiche pubbliche per la salute (allocazione delle risorse, modifiche legislative, regolamenti, modifiche organizzative).

Lo schema va letto non solo nel suo sviluppo verticale, ma anche in quello orizzontale: un soggetto che ha sviluppato un migliore livello di *health literacy* sarà in grado non solo di compiere scelte più corrette per la sua salute e per i suoi stili di vita, ma sarà anche un cittadino maggiormente in grado di partecipare alle azioni di mobilitazione sociale utili per modificare le politiche pubbliche in tema di salute. Le tre strategie di azione all'interno della promozione della salute sono strettamente interconnesse perché senza i supporti ambientali, economici, politici e organizzativi le azioni di educazione alla salute e di supporto alla mobilitazione sociale sono poco efficaci, così come senza l'impegno educativo le politiche di promozione alla salute si risolvono in vuote azioni di manipolazione sociale. Anche se, come scrive Nutbeam, "purtroppo il potenziale dell'educazione come strumento per il cambiamento sociale e per l'azione politica si è, almeno in parte, perso nella promozione della salute contemporanea (2000, pag. 265).

Da Nutbeam 2000

FIGURA 1



4.2. LA COMUNICAZIONE IN AMBITO SANITARIO

La comunicazione in ambito sanitario fa parte di quelle aree "trasversali" della comunicazione pubblica destinata ad assumere un ruolo centrale e strategico nelle relazioni tra Stato e cittadino. Questa centralità è nata non solo in virtù dell'obbligo delle amministrazioni pubbliche di informare i cittadini ma, soprattutto, per la dimensione più articolata e

complessa che termini come "salute" e "cura" hanno assunto nella società contemporanea. La comunicazione e la promozione della salute sono dunque compiti primari del servizio sanitario e di tutti i soggetti che vi operano. Esse sono portate avanti attraverso interventi di informazione e formazione diretti a favorire contesti sociali e culturali salutarì e a indurre nei cittadini comportamenti responsabili. La diffusione dei mezzi di comunicazione di massa e lo sviluppo di internet hanno messo a disposizione delle amministrazioni nuovi strumenti per una strategia comunicativa efficace.

Le strategie di comunicazione in ambito sanitario si inseriscono in un contesto più ampio di cambiamento dei rapporti tra la Pubblica amministrazione e i cittadini, un cambiamento rapido e necessario che si sviluppa ininterrottamente dalla prima metà degli anni Novanta. I passaggi cruciali di questo percorso normativo sono rappresentati dalle leggi 142/90 e 241/90 sulla trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa, dal decreto legislativo 29/93, con l'istituzione degli uffici relazioni con il pubblico e la distinzione fra politica e amministrazione, e dalla legge 150/2000, che disciplina le attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni. Lo sviluppo di adeguate strategie di comunicazione verso il cittadino e verso gli operatori che lavorano nell'ambito sanitario è un dovere di trasparenza posto in capo alla Pubblica amministrazione e, al contempo, uno strumento necessario e determinante per il conseguimento di obiettivi di salute. Le linee strategiche nell'ambito della sanità pubblica sono state tracciate dall'Organizzazione mondiale della sanità la quale, già nel 1997, evidenziava come l'informazione fosse essenziale per ottenere una partecipazione efficace del cittadino e per l'*empowerment* dei singoli e della comunità. Anche l'agenda dell'Organizzazione considera la comunicazione come un'azione strategica per il "patto" tra l'amministrazione e il cittadino. Il suo ruolo nella gestione dei cambiamenti all'interno della sanità, con particolare riferimento al miglioramento della qualità, è inoltre ripreso dalla direttiva 97/17 del Consiglio d'Europa su "Il sistema qualità nell'assistenza sanitaria europea". Nell'attivazione del processo di qualità in generale, e di quello della comunicazione in particolare, la direttiva europea prevede la partecipazione di tutte le parti coinvolte nell'assistenza sanitaria, secondo un modello di democrazia partecipativa e rispettando i criteri di sussidiarietà sanciti anche dalla Costituzione italiana.

In sanità la comunicazione e l'informazione sono parte integrante del processo di erogazione delle prestazioni, sia per quanto riguarda il personale dei servizi sanitari, che impiega circa l'80% del proprio tempo nella comunicazione verbale, sia per le istituzioni impegnate nella promozione della cultura della salute. Oggi si ritiene che una buona strategia comunicativa debba coinvolgere tutti i soggetti che, a vario titolo, si occupano di salute, puntando alla soddisfazione del cittadino nell'ambito della gestione dei diversi servizi, utilizzando un linguaggio comprensibile e una comunicazione bidirezionale, rispetto all'utente e rispetto all'operatore sanitario. Un modello di comunicazione responsabile e partecipativo, che ponga al centro il cittadino-interlocutore, che deve entrare in contatto con il servizio sanitario attraverso una relazione attiva e consapevole. Gli obiettivi di comunicazione che si intendono raggiungere possono essere suddivisi in tre categorie: trasparenza, valorizzazione delle competenze, campagne specifiche.

Poiché la comunicazione è uno strumento indispensabile nelle moderne organizzazioni pubbliche, nel campo dei "processi di produzione", nel miglioramento dei rapporti con i cittadini e soprattutto della qualità dei servizi, è necessario parlare di una comunicazione

integrata che preveda, partendo da medesimi obiettivi, un coordinamento tra diversi strumenti e di attività di comunicazione: rapporti con gli organi ufficiali di stampa e di informazione, partecipazioni e patrocinio a eventi, manifestazioni e mostre, promozione e pubblicità del servizio e delle modalità di accesso. La comunicazione integrata è possibile solo se il nucleo dei prodotti di comunicazione è organizzato in maniera centralizzata. Il flusso avviene attraverso la predisposizione di tre grandi aree (comunicazione istituzionale, comunicazione interna e comunicazione esterna) che si caratterizzano per obiettivi e contenuti. Il processo di comunicazione inteso a coordinare e promuovere le attività di informazione interna e esterna deve sfruttare adeguatamente tutte le possibilità offerte dalla tecnologia e dall'evoluzione dei canali di diffusione. Non sfruttandone alcuni si rischia un impoverimento semantico, poiché ognuno di essi apporta all'interno dell'azienda la ricchezza di un linguaggio specifico. Ogni strumento ha caratteristiche proprie e può raggiungere pubblici diversi. La moltiplicazione degli strumenti permette di essere presenti con le proprie informazioni su più campi d'interesse e quindi presso un pubblico diverso.

Del resto, la comunicazione pubblica oggi non è soltanto "informare", ma anche "ascoltare", e costituisce parte integrante dell'azione delle amministrazioni quale funzione strategica nel processo di trasformazione dell'attività amministrativa. In questa prospettiva, la comunicazione svolge un ruolo rilevante nel rendere le amministrazioni più vicine ai cittadini, capaci di rispondere ai loro bisogni e di garantire pari opportunità nell'accesso ai servizi; è sempre più importante ascoltare le esigenze, predisporre canali adeguati per raccogliere suggerimenti, valutare la soddisfazione degli utenti. Nella stessa prospettiva, è inoltre necessario utilizzare strumenti che permettano di dare conto ai cittadini dell'utilizzo delle risorse e dei risultati conseguiti, per stabilire condizioni di fiducia e trasparenza. La comunicazione diviene dunque uno strumento da attivare in tutte le fasi del processo di produzione delle politiche pubbliche: dall'individuazione dei bisogni alla progettazione degli interventi, dalla loro attuazione alla valutazione degli effetti: essa diventa uno strumento fondamentale per far interagire soggetti istituzionali tradizionali e nuovi soggetti, anche di natura privata, che svolgono compiti di interesse generale e che possono costituire un'opportunità di innovazione delle amministrazioni. La comunicazione rappresenta, infine, una delle leve principali per lo sviluppo organizzativo e assume importanza anche nella sua funzione di informazione interna e di coinvolgimento del personale negli obiettivi dell'istituzione.

Oggi la comunicazione in ambito sanitario, e sulla salute in generale, si sviluppa in una serie di spazi mediali estremamente eterogenei per contenuti e modalità espressive: dalla cartellonistica, che è ancora fortemente impiegata per le grandi campagne sanitarie, alle numerose riviste dedicate ai temi della salute, ai supplementi settimanali offerti ormai da quasi tutte le testate quotidiane, ai programmi televisivi in cui si parla di medicina, alimentazione e benessere psicofisico, alle fiction dedicate ai medici e alla sanità, fino ad arrivare al sempre più crescente apporto dei new media sull'argomento. La quantità e l'eterogeneità di queste pratiche comunicative si inseriscono in un quadro più generale di trasformazione delle rappresentazioni sociali della salute e della malattia, così come degli atteggiamenti e comportamenti a esse collegate. Non è più solo un soggetto centrale (l'amministrazione statale) a erogare interventi comunicativi tesi a migliorare il comportamento nella sfera della salute di una popolazione, ma si moltiplicano gli operatori coinvolti: si

pensi, ad esempio, alle associazioni sorte per la prevenzione e la lotta nei confronti di malattie come i tumori o l'AIDS, per le quali l'opera di sensibilizzazione è uno strumento fondamentale di promozione della visibilità e, quindi, di raccolta delle risorse finanziarie necessarie a sostenere le proprie attività. Inoltre, a concezioni della salute prevalentemente incentrate sulla terapia e sulla farmacologia si sono gradualmente sostituite rappresentazioni basate su una condizione generale di benessere psicofisico: salute non solo come assenza di malattia, ma anche come stato di efficienza e soddisfazione, anche estetica, per il proprio corpo (Sunder Rajan, 2006; Rose, 2007).

Questo accesso all'informazione è ciò che garantisce al cittadino e al paziente la possibilità di partecipare in modo attivo e consapevole alla gestione della propria salute. Una necessità che è stata ribadita anche in sede legislativa introducendo principi quali quello del "consenso informato". In questi termini, dunque, il soggetto può scegliere tra un numero crescente di opzioni terapeutiche e di veri e propri stili di cura della salute e in definitiva, di accedere e gestire le varie immagini e concezioni di salute che si rendono di volta in volta disponibili (Ingresso, 2003).

Storicamente, le informazioni sanitarie rivolte alla comunità venivano fornite attraverso tradizionali campagne di informazione *top down*, dall'alto verso il basso e unidirezionali. Le prime campagne informative erano, infatti, basate sull'idea di una stretta e chiara relazione tra la comunicazione e il conseguente cambiamento di un comportamento, non tenendo conto che questo modello può essere efficace solo nei confronti dei gruppi sociali più educati ed economicamente avvantaggiati e, quindi, può portare a rafforzare le disuguaglianze di salute, piuttosto che eliminarle (Liuccio, 2012). Campagne istituzionali su temi di salute (ad esempio per la lotta al fumo e all'obesità), rivolte a tutti i potenziali destinatari, venivano progettate e realizzate senza interattività e tentativi di personalizzazione, senza tener conto delle differenze tra i destinatari o senza effettuare le dovute verifiche e valutazioni dei risultati, contribuendo quindi a incrementare le disuguaglianze tra coloro che avevano accesso a informazioni corrette e servizi appropriati e coloro che, invece, continuavano a rimanerne esclusi. Dalla fine del secolo scorso, il progresso delle tecnologie e lo sviluppo e la diffusione di internet hanno reso possibile l'implementazione di canali web in grado di fornire ai cittadini informazioni di carattere sanitario, con l'obiettivo principale di aumentare l'accesso a informazioni di alta qualità, coinvolgendo i pazienti e rendendoli il più possibile responsabili della propria condizione di salute e consapevoli riguardo alle malattie, le cure e i trattamenti sanitari a cui devono essere sottoposti. L'utilizzo dei nuovi strumenti di comunicazione forniti dalla rete e dalle nuove tecnologie dell'informazione permette di agire direttamente sul messaggio veicolato e sull'audience da raggiungere, riducendo fortemente le interferenze e le distorsioni operate dai media tradizionali. Il web 2.0 (e i social network in particolare) permette processi di disintermediazione tali da parlare di "parlance" piuttosto che di "audience", per sottolineare il ruolo attivo nella costruzione di senso che gli attori sociali hanno all'interno della rete (Mastrello, 2007; Castells, 2009).

Questo nuovo approccio si differenzia in modo sostanziale da quello tradizionale, in cui le informazioni venivano fornite al cittadino a prescindere dalla sua capacità di interazione e comprensione. Il cittadino *empowered* odierno è un soggetto che comprende e sceglie, un costruttore dei propri stili di vita e del proprio benessere ed è, pertanto, un soggetto in grado di interagire razionalmente e responsabilmente con il sistema delle prestazioni

sanitarie. In virtù di queste trasformazioni, in parte ancora in atto, per valutare globalmente le condizioni di salute non può essere sottovalutata la percezione dello stato di salute, che consente di cogliere la multidimensionalità di questo concetto inteso, secondo la definizione dell'OMS, come stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale". Lo stato di salute può essere definito anche come la capacità di un individuo di esercitare autonomamente il proprio ruolo sociale e le attività della vita quotidiana, condizione sempre più discriminante in una società caratterizzata da un rapido processo di invecchiamento della popolazione. L'introduzione di questa variabile permette di distinguere tra *salute oggettiva* e *salute soggettiva*: poiché, spesso, il bisogno informativo del paziente è mosso più dalla seconda (cioè dallo stato di salute percepito) che dalla prima, è utile ricordare che tra le patologie maggiormente percepite dalla popolazione figurano quelle croniche più invalidanti: artrosi e artrite, ipertensione arteriosa, malattie allergiche. Nello scenario culturale e sociale contemporaneo la buona comunicazione dovrebbe stimolare la riflessione personale e quindi, in termini di salute, puntare a rimettere nelle mani dei singoli individui la capacità di fare scelte consapevoli per conoscere e gestire autonomamente il proprio corpo e le sue funzioni, senza ricorrere a una medicalizzazione passiva e spesso forzata, né a una lettura dei rischi allarmistica. Gli esperti di analisi del rischio ritengono che i media siano una fonte importante per la sua percezione da parte della cittadinanza. Il rischio è collegato al modo in cui le persone interpretano il mondo e, di conseguenza, al modo in cui esse sono informate su quanto accade. Con il passaggio alla società globalizzata i media occupano dunque una posizione privilegiata di costruttori dell'immaginario collettivo, anche nel campo della salute e del benessere.

4.3. PROMUOVERE STILI DI VITA SANI

La promozione della salute e di stili di vita più corretti, a scopo preventivo, si è sviluppata a partire dagli anni Settanta come conseguenza di alcuni fattori, tra cui la riduzione dell'incidenza delle patologie infettive, con il diffondersi di quelle cronico-degenerative, legate anche a comportamenti non salutari. Questo ha comportato un passaggio di responsabilità dalla dimensione politica alla quella individuale della salute. Il concetto di "responsabilità personale" per la salute, che si sviluppa soprattutto in contesto anglosassone e nordamericano, prevede approcci convenzionali all'educazione sanitaria, fondati su un modello semplicistico di mutamento del comportamento individuale. Spesso questo tipo di approccio finisce per "biasimare la vittima" (*blaming the victims*), facendo della responsabilità individuale il capro espiatorio utile a nascondere la realtà delle disuguaglianze sociali di salute. Non raramente viene colpevolizzato per un comportamento dannoso chi in realtà è vittima, a causa di un assetto sociale che non ha saputo fornire gli strumenti necessari per compiere scelte corrette nel campo della salute (Navarro, 1976).

Questo approccio si basa su un modello di comunicazione *top down*, che non tiene conto delle differenze culturali dei vari target, finendo per replicare la cultura dominante delle classi medie, i loro valori e le loro norme di comportamento. Le campagne informative sono basate su una comprensione semplicistica della relazione tra comunicazione e cambiamento di comportamento. In questo modo diventano efficaci solo nei confronti dei gruppi sociali più educati ed economicamente avvantaggiati e rafforzano le disuguaglianze di salute in atto, piuttosto che eliminarle.

A partire dagli anni Ottanta si sono sviluppate teorie più sofisticate nell'ambito della

prevenzione e dell'educazione alla salute, focalizzate anche sul contesto sociale di riferimento dei singoli individui e dei loro comportamenti in tema di salute (Rubinelli, Camerini e Schulz, 2010). Oggetto di queste teorie è capire le determinanti dell'azione e del comportamento degli individui per arrivare al "cambiamento": si rende necessario comprendere come le persone pensano, pianificano e attuano i cambiamenti e come è possibile aiutare e supportare gli individui in questo processo verso l'adozione di stili di vita salutari. Si tratta dunque di uno sforzo teorico interdisciplinare complesso, che coinvolge psicologi, economisti, esperti di comunicazione e di marketing. Considerato che esiste una notevole variabilità individuale, i cambiamenti possono essere meglio compresi attraverso l'esame di tre dimensioni: "comportamento", "cognizione" e "contesto". Il comportamento è "ciò che si fa": indica quindi tutte le azioni fisiche effettuate dagli individui, compresa la ricerca di informazioni circa la propria salute. La cognizione è "ciò che si pensa": il modo in cui le persone definiscono e considerano la realtà e le proprie attività e il modo in cui cambiano opinione e atteggiamento. Con il termine "cognizione" si definiscono tutti i processi mentali, intendendo non solo le attività concernenti strettamente il pensiero (conoscenza, atteggiamenti, attribuzioni e convinzioni) ma anche le percezioni, i valori e i ricordi. La cognizione viene influenzata dall'intelligenza, dall'esperienza passata e dalle capacità percettive, che cambiano nelle diverse fasi della vita. Il contesto va inteso come ambiente culturale, sociale, fisico, emotivo e psicologico che forma le persone e determina i fattori che possono agevolare o ostacolare il cambiamento: include leggi, norme e dinamiche sociali.

Qualsiasi modello che assume in modo meccanico che la conoscenza razionale degli aspetti nocivi di un'abitudine o di un comportamento porti al suo abbandono, o alla sua modifica, non dà sufficiente rilievo all'agire non razionale, alle credenze culturali, agli aspetti rituali ed emotivi, alla forza del conformismo e alle influenze dovute ai legami di gruppo e ai sentimenti di appartenenza. In questo senso, un modello di pianificazione particolarmente completo è il "Modello *Procede-Proceed*" di Green e Kreuter (1999), che tradurre operativamente queste considerazioni teoriche, identificando le seguenti fasi.

Fase 1: Valutazione sociale. Valutazione della qualità della vita per definire speranze e problemi della popolazione di riferimento. Anche autostudio da parte del gruppo.

Fase 2: Valutazione epidemiologica. Identificazione di obiettivi specifici e problemi di salute sulla base di dati già disponibili o raccolti *ad hoc*.

Fase 3: Valutazione comportamentale e ambientale. Individuazione dei comportamenti (fattori di rischio da modificare) e delle situazioni ambientali (che influiscono sui comportamenti, ma non ricadono sulla diretta responsabilità degli individui) sottesi ai problemi identificati.

Fase 4: Valutazione educativa e organizzativa. Identificazione dei fattori predisponenti, rinforzanti, abilitanti. Per "fattori predisponenti" si intendono: conoscenze, credenze e valori individuali che sostengono o ostacolano il cambiamento.

Per "fattori abilitanti": capacità, risorse o barriere che aiutano od ostacolano il desiderio di modificare comportamenti e situazioni ambientali. Ad esempio: la disponibilità, l'accessibilità, l'economicità di prodotti di consumo non salutari sono fattori abilitanti che producono effetti negativi sui comportamenti. I distributori di sigarette che rendono possibile il fumo tra adolescenti; i fast food economicamente convenienti; la vendita di bevande alcoliche durante eventi sportivi. I fattori abilitanti includono anche le abilità richieste per

mettere in pratica un cambiamento, denominate "skill". L'OMS ha identificato in cinque aree le *life skill* fondamentali (capacità individuali utili alla vita): risolvere problemi e prendere decisioni; possedere pensiero creativo e senso critico; conoscere se stessi e sviluppare l'empatia; comunicare efficacemente e stringere relazioni interpersonali; gestire l'emotività e lo stress. Secondo l'OMS queste capacità possono essere acquisite soprattutto dai soggetti giovani, attraverso l'apprendimento e la pratica. Anche la cultura biomedica riconosce loro un ruolo importante nella riduzione di alcuni comportamenti correlati negativamente alla salute: fumo di sigarette, consumo di droghe, gravidanze indesiderate.

Infine per "fattori rinforzanti" si intendono tutte le risposte che i soggetti ricevono dagli altri in seguito all'adozione di un comportamento, utili a incoraggiarli o meno al suo mantenimento. Sono importanti fattori di rinforzo le risposte delle persone significative (per gli adolescenti soprattutto gli amici; per i preadolescenti i genitori).

Lo studio di tutti questi fattori permette poi di identificare gli aspetti prioritari su cui concentrare l'intervento: si possono predisporre interventi rivolti direttamente alla popolazione-bersaglio, per consolidare i fattori predisponenti; interventi indiretti mirati sui genitori, gli insegnanti, i pari, per agire sui fattori rinforzanti; interventi per mettere a disposizione strumenti e abilità per consolidare i fattori abilitanti.

Fase 5: Valutazione amministrativa e politica. Analisi e valutazione delle capacità amministrative e politiche necessarie all'intervento.

Fase 6, 7, 8, 9: Implementazione e valutazione di processo, d'impatto e di risultato.

Queste teorie hanno fatto da supporto all'ideazione, all'analisi e alla valutazione di campagne sociali per la salute, attraverso messaggi orientati alla sensibilizzazione, all'informazione, alla persuasione attraverso la paura, la minaccia, l'ironia, la rassicurazione o il paternalismo (Cucco, Pagani, Pasquali e Soggia, 2011).

Sempre a partire dagli anni Ottanta, nell'ambito della promozione alla salute si fa strada un altro approccio, definito "marketing sociale". Per Kotler e Lee esso è "una branca specifica del marketing: con questa denominazione, nata negli anni Settanta, ci si riferisce ai tentativi di influenzare i comportamenti che migliorano la salute, prevengono le malattie, proteggono l'ambiente e contribuiscono al benessere delle comunità" (Kotler e Lee, 2008, p.7). Il marketing sociale, pur usando "principi e tecniche del marketing", nasce all'interno di un contesto di valori e di presupposti teorici che lo rendono profondamente diverso da quello commerciale. Tra gli aspetti che accomunano le due discipline si evidenziano: il rapporto di scambio costi/benefici; l'attenzione ai destinatari e al cambiamento comportamentale; il concetto di marketing mix. Essi hanno però finalità del tutto differenti: nel marketing commerciale si vuole ottenere un beneficio per chi vende (ovvero per chi attua la campagna), mentre nel marketing sociale per i destinatari del progetto. L'utilizzo del marketing sociale si colloca nell'ambito di un processo preliminare, condiviso e partecipato, di definizione degli obiettivi di salute, ovvero un percorso di costruzione sociale della salute che coinvolge i diversi settori della società rendendoli interlocutori attivi: enti locali, Aziende sanitarie, terzo settore, università, scuola, imprenditori, sindacati, agenzie regionali per la prevenzione e l'ambiente, mondo dello sport e della cultura, cittadini singoli e associati. Parallelamente, concorrono alla individuazione degli obiettivi documenti normativi che a vari livelli (europeo, nazionale, regionale, provinciale e distrettuale) determinano gli indirizzi d'azione nel campo della prevenzione e della promozione

della salute. La finalità del marketing sociale è favorire l'adozione di comportamenti salutarî sulla base di una libera scelta, fornendo ai cittadini strumenti, competenze e opportunità concrete per decidere in modo consapevole.

In tema di educazione sanitaria e di promozione della salute le modalità di intervento volte a modificare i comportamenti a rischio possono essere autoritarie o negoziate, mentre il focus dell'intervento può essere individuale o collettivo. Possiamo distinguere infatti tra:

1. tecniche di persuasione sanitaria: autoritarie e individuali (interventi *top down*, poco efficaci).
2. Azioni legislative per la salute: autoritarie e collettive (interventi *top down*, finalizzati al mutamento di stili di vita per normativa vigente: casco, cinture di sicurezza, chiusura locali, con efficacia legata ai singoli contesti).
3. *Counselling* personale per la salute: negoziato e individuale (dipendente dalla possibilità che lo stimolo alla riflessione cosciente possa produrre un cambiamento di stile di vita).
4. Sviluppo comunitario per la salute: negoziato e collettivo (azioni di tipo collettivo, *bottom up*, finalizzate a superare le forme convenzionali di assistenza sanitaria) (Giarelli e Venneri, 2009).

Il marketing sociale è a metà strada rispetto alle altre leve di influenza sugli stili di vita, in particolare alla comunicazione sociale per la salute e all'approccio normativo: una campagna di comunicazione è efficace nei casi in cui le persone manifestino già una certa propensione verso abitudini salutari, ovvero quando i benefici del comportamento raccomandato sono sufficientemente attraenti, quando le barriere all'azione sono abbastanza ridotte o quando i comportamenti alternativi offrono vantaggi relativamente minori; gli interventi normativi, siano essi coercitivi o non coercitivi, possono trovare applicazione quando vi è resistenza nei confronti del modo di agire che si intende promuovere; il marketing sociale si situa in una posizione intermedia, in quanto interviene sulle barriere di tipo ambientale, socioeconomico e personale che rendono più difficoltoso mettere in atto sani stili di vita (ad esempio con la diversificazione dell'offerta di distributori alimentari automatici nei vari ambienti: scuola, uffici, etc.).

La progettazione di marketing sociale può essere schematicamente suddivisa in quattro fasi.

Fase 1: analitica. Mira a raccogliere le informazioni necessarie per il successivo sviluppo e la realizzazione del progetto. È importante lo studio della letteratura scientifica per la ricognizione di esperienze simili realizzate nel mondo. In questa fase occorre inoltre condurre un'analisi dello stato di salute oggettivo e soggettivo della popolazione. Oggetto dell'indagine sono sia i singoli, i gruppi o la società a cui il progetto intende rivolgersi, sia il contesto in cui si manifestano i fattori che favoriscono il comportamento non salutare da prevenire e le opportunità che potrebbero essere sfruttate per promuovere sani stili di vita.

Fase 2: strategica. Si tratta di definire le priorità e gli obiettivi specifici misurabili del progetto, nonché di attuare la "segmentazione" e il "posizionamento". La segmentazione consiste nello scomporre l'intera popolazione in gruppi omogenei di persone rispetto ad alcuni parametri considerati rilevanti. Tradizionalmente possono essere utilizzate variabili

geografiche, demografiche, fisico-sanitarie, psicografiche, attitudinali e comportamentali. Questo consente di individuare a quanti e a quali gruppi rivolgere l'intervento. Esistono infatti approcci di marketing indifferenziato (unica strategia per tutti), differenziato (strategie differenti per i diversi gruppi) o concentrato (rivolto solo a uno o pochi gruppi). Attraverso il posizionamento, invece, si definiscono, e soprattutto si rendono percepibili e ben evidenti per i destinatari, i vantaggi che si possono ottenere aderendo a quanto viene proposto dal progetto. In questa fase possono essere utili le teorie sui comportamenti e in particolare sulle modalità con cui avvengono i cambiamenti. Si può fare riferimento al TTM (Modello degli stadi del cambiamento o *Transtheoretical Model*, secondo cui la modifica di un comportamento è un processo che può essere scomposto in sei stadi successivi: *precontemplation*, *contemplation*, *preparation*, *action*, *maintenance*, *termination*). Partendo da quando l'individuo persona non ha alcuna intenzione di cambiare, si arriva al momento in cui viene messa in atto una modifica comportamentale, per giungere infine a una stabilizzazione nel tempo (più di sei mesi) della nuova abitudine. Nella fase del posizionamento è importante la costruzione del brand.

Fase 3: marketing operativo. Vengono elaborati i piani di intervento. Il marketing mix si compone di quattro elementi, le tradizionali "quattro P" del marketing: *product*, *price*, *promotion*, *place*. Il prodotto (*product*) è composto dal comportamento che si intende favorire e dai relativi benefici, a cui possono aggiungersi beni tangibili e servizi di supporto. Il prodotto nel marketing sociale può essere: un'idea (credenza, atteggiamento, valore); un comportamento (singolo comportamento, pratica consolidata); un oggetto tangibile (servizio). Il prezzo (*price*) è l'insieme dei costi (economici e non, come ad esempio perdita di tempo, di energia, rischi psicologici, disagio) a cui i destinatari vanno incontro per attuare il cambiamento comportamentale e che quindi nell'intervento di marketing occorre controbilanciare. Ad esempio: mangiare più frutta e verdura ha dei costi economici (acquisto di prodotti o servizi) e dei costi non economici (tempo, fatica, costi psicologici, disagio). La promozione e la comunicazione (*promotion*) comprendono il comunicare ai destinatari le variabili del prodotto/programma attraverso: pubblicità, rapporti con i mass media, materiali cartacei, eventi, e-mailing, etc. Il canale di distribuzione (*place*) fa riferimento ai canali attraverso cui si rendono fruibili i prodotti o il programma della campagna di marketing sociale: dove e quando le persone pensano a questo problema/argomento? Dove possono essere predisposte ad accogliere tali contenuti? La promozione di un'alimentazione corretta, ad esempio, potrebbe avvenire al ristorante, in un supermercato, presso un distributore.

A questi elementi, nel marketing sociale per la salute, è importante aggiungere un'ulteriore "P": i *partner*. Sviluppare alleanze è fondamentale, perché il coordinamento e le sinergie consentono di fornire messaggi coerenti e di utilizzare al meglio le risorse. Si tratta di un presupposto indispensabile per la promozione della salute, che si basa su un processo di partecipazione e di costruzione sociale. Gli attori del "sistema salute": enti locali, terzo settore, mondo dell'ambiente, della cultura e dello sport, sanità, agricoltura, scuola, consumatori, imprenditori, grande distribuzione.

4.4. E-HEALTH PROMOTION

I progressi rivoluzionari nella tecnologia interattiva hanno reso possibile aumentare la portata e l'impatto dei programmi di promozione della salute: le strategie di comunica-

zione che mirano a intervenire sulla salute e sui cambiamenti dei comportamenti degli individui possono oggi essere sempre più mirate, quasi "cucite addosso" al target individuato. I progressivi processi di individualizzazione dei messaggi consentono infatti di intervenire più efficacemente sui fattori "predisponenti" e "rinforzanti".

Le media possono promuovere cambiamenti psicosociali rivolti alla salute sia per via diretta, informando, proponendo modelli, motivando e guidando cambiamenti personali, sia per via mediata, favorendo collegamenti a network e comunità di riferimento. All'interno di queste sedi è più facile intervenire sui cambiamenti comportamentali e di abitudini di vita, attraverso un orientamento personalizzato, incentivi e supporti sociali (Figura 2).

A ciò si aggiunge che i programmi psicosociali per la promozione della salute attraverso internet sono più accessibili, convenienti e offrono la sensazione di anonimato. Le tecnologie interattive rimangono ad ogni modo uno strumento, non una panacea, ma possono essere strutturati in modo tale da sviluppare le capacità motivazionali e di autogestione individuali.

Più fattori stanno convergendo per facilitare l'espansione delle applicazioni di promozione *e-Health*: rapida proliferazione di tecnologia; maggiore disponibilità di computer; costo relativamente basso degli interventi di *e-Health*; aumento della volontà del pubblico di gestire più attivamente la propria salute e desiderio dei consumatori di farlo anche attraverso internet. L'entusiasmo per questo potenziale va modulato con l'attenzione costante alla qualità e all'efficacia dei progetti, delle attività e dei servizi offerti (Geense et al., 2013; Browne et al., 2013).

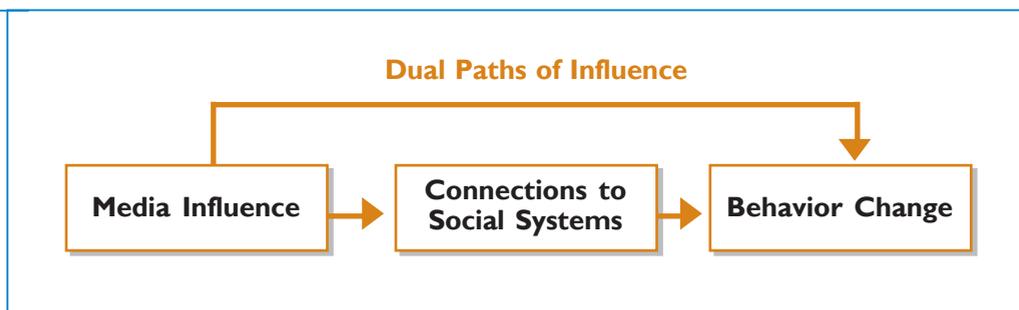
L'evoluzione via web che caratterizza lo scenario contemporaneo della comunicazione e dell'informazione incide anche sul settore pubblico e istituzionale. I siti istituzionali non sono solo un punto di accesso alle informazioni, ma anche un sistema di diffusione di servizi sempre più tarati su determinati bisogni. Gli individui cercano sul web risposte alle proprie domande, si informano e dialogano all'interno di spazi organizzati per comunicare. Gli stessi spazi di social networking possono essere un'opportunità per informare e comunicare e, al tempo stesso, costruire o rinsaldare una relazione di fiducia, oppure ascoltare o monitorare i bisogni degli utenti e il loro livello di soddisfazione.

Tutto questo richiede da una parte una conoscenza professionale non solo del particolare mezzo ma anche delle diverse dinamiche comunicative che possono essere coinvolte, dall'altra un cambiamento culturale profondo, che tocca soprattutto le modalità di relazione con gli utenti e il loro ruolo, richiedendo una maggiore apertura, capacità di ascolto e di dialogo, orientamento all'interazione, disponibilità al cambiamento. L'accesso a internet attraverso piattaforme sempre più facili da utilizzare ha reso più semplice l'accesso all'informazione, aumentando la potenziale diffusione della cultura e quindi anche della cultura della salute. Tutte le potenzialità applicative e interattive delle nuove tecnologie si sono dimostrate particolarmente efficaci su un target giovane e, soprattutto, nell'ambito delle relazioni *peer to peer* (Johnson e Millstein, 2003).

Va sottolineato però che il web costituisce una barriera soprattutto per i soggetti con basso livello di istruzione. Inoltre, la quantità di disinformazione diffusa in rete rende necessario un discreto livello di *health literacy* per utilizzare in modo efficace tutte le potenzialità dell'*e-Health*. Una alfabetizzazione alla salute che richiede la capacità di cercare e trovare risorse in rete e le competenze per valutarle e applicare le conoscenze così acquisite per un problema di salute. Una risorsa *e-Health*, per essere efficace, deve essere accessibile e pertinen-

Da: Bandura 2004

FIGURA 2



te ai suoi destinatari. Inoltre l'e-Health potrebbe aggravare le disparità di salute, se l'accesso a queste risorse non fosse equamente distribuito tra i diversi gruppi socioeconomici.

Alcuni autori hanno sottolineato come le campagne comunicative sui media condotte da enti pubblici nascano talvolta nella logica di una *"conspiracy of passive failure"* (congiura per un fallimento passivo) (Fattori, Vanoli e Boni, 2013): esse hanno avuto e hanno l'unico scopo di evidenziare che l'ente pubblico incaricato presta attenzione a un tema specifico, senza voler avere un impatto reale sui comportamenti. Va anche sottolineato che è ormai acquisita l'idea che le campagne sociali nell'ambito della salute, per essere concretamente efficaci e quindi incidere sul cambiamento di un comportamento a rischio o nocivo per un determinato target, devono essere integrate all'interno di iniziative più ampie di marketing sociale, che coinvolgano il maggior numero possibile di attori sociali (aziende, istituzioni territoriali, associazioni, etc.).

I determinanti di salute sono fondamentali e accanto ai quattro principali (stili di vita, ambiente, sistema sanitario e fattori genetici) ne va aggiunto un quinto: l'informazione, che oltre ad avere un valore in sé ha il ruolo di amplificatore (positivo o negativo) degli altri determinanti tradizionali. Accanto all'informazione ci sono ulteriori leve che, in maniera trasversale rispetto ai determinanti della salute, possono contribuire alla reale adozione di uno stile di vita sano: ciò viene definito un *behavior management continuum* e consiste di tre strumenti: comunicazione, marketing sociale e interventi normativi. Il loro utilizzo, in maniera alternativa o integrata, può essere distinto in base all'atteggiamento del target di riferimento (più o meno culturalmente pronto per il cambiamento), al vantaggio percepito (sono percepibili i vantaggi reali di una determinata azione), alla forza attrattiva del comportamento concorrente (il comportamento che va modificato perché a rischio o comunque nocivo per la salute).

Le disuguaglianze socioeconomiche e culturali in tema di salute, di percezione della salute e di possibilità concrete di modificare comportamenti non corretti possono essere notevoli. Così come possono essere rilevanti le disuguaglianze in tema di *health literacy* e, ancor più, di *e-Health literacy*, fatta salva la consapevolezza che è impossibile non considerare oggi, nella nostra società digitale, l'utilizzo dei canali web 2.0 per rafforzare l'impatto comunicativo e relazionale delle strategie di azione in questo settore.

5. ANALISI DELLE CAMPAGNE DELLE AZIENDE SANITARIE PER LA PREVENZIONE SUL TERRITORIO NAZIONALE

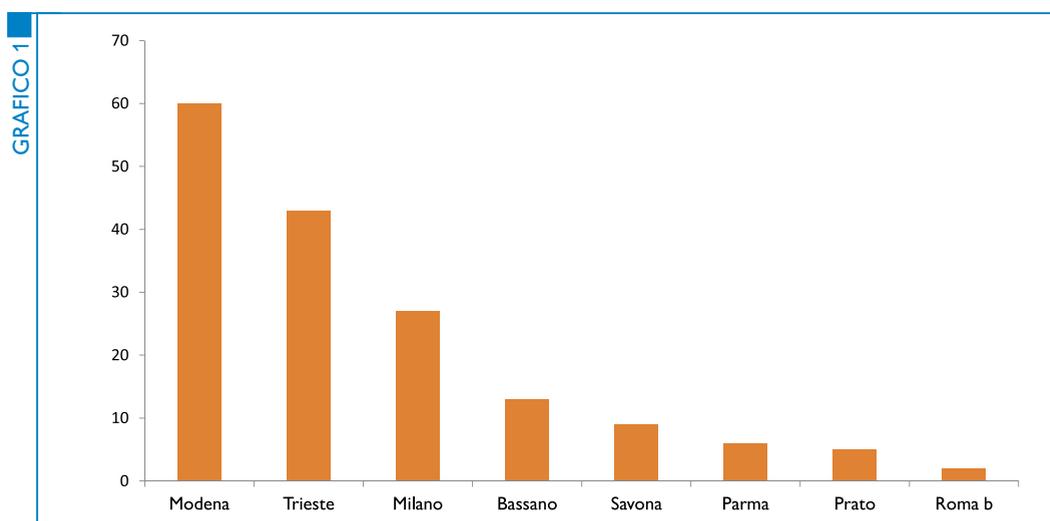
di Michaela Liuccio, Antonio Di Stefano e Anna Maria Colacchi

5.1. ANALISI DELLE CAMPAGNE

Analizzando le attività connesse alle campagne di comunicazione e promozione della salute da parte delle Aziende sanitarie coinvolte nel progetto, si è potuto evidenziare come, nel complesso, emergano tra le realtà considerate delle differenze significative, che riflettono una diversa consapevolezza “quantitativa e qualitativa” nell’approccio comunicativo. Dai dati di cui si dispone, si rileva come quattro ASL su dodici (33,3% sul totale) non abbiano svolto alcuna azione. In particolare, tra le Aziende del Centro-Sud, solo una su tre, seppur in modo estemporaneo, ha portato a termine delle iniziative in questo campo (ASL Roma B).

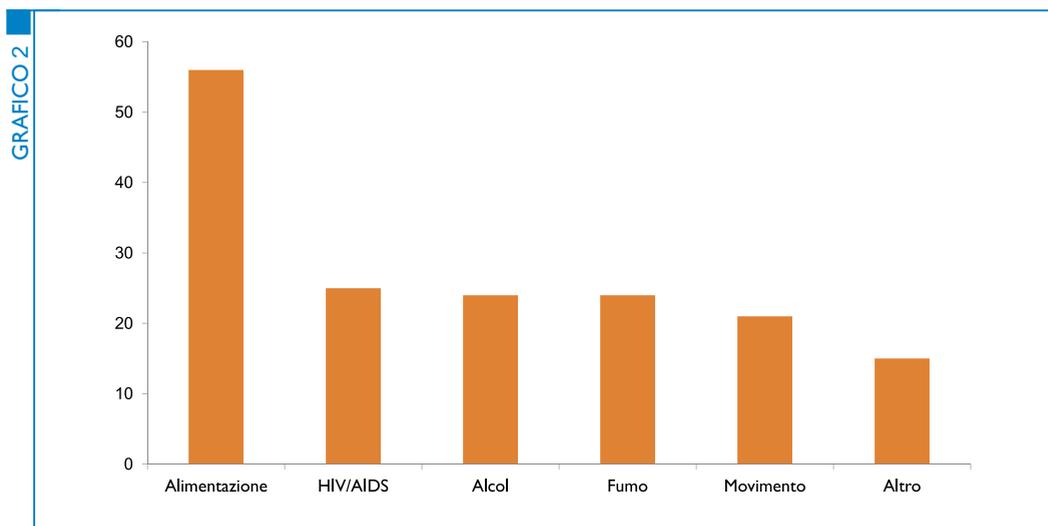
Inoltre, si può constatare una significativa concentrazione delle azioni comunicative: le Aziende di Modena e Trieste, insieme, hanno realizzato il 62,4% delle attività complessive (103 su 165).

Numero di azioni riconducibili a campagne di promozione e comunicazione della salute per ASL



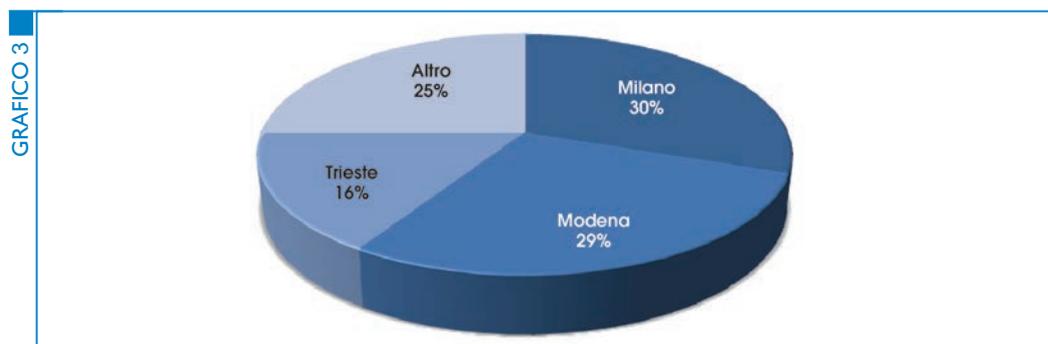
Riguardo ai temi coperti dalle campagne, si può osservare come l'alimentazione sia l'area più diffusa, con il 33,9% delle azioni. Tra HIV/AIDS, alcol, fumo e movimento, invece, non esistono differenze significative. Il dato aggregato raggiunge il 57% circa delle azioni, con una media ferma al 13,9%, ben distante, dunque, dal valore del tema più affrontato.

Tematiche campagne di promozione e comunicazione della salute



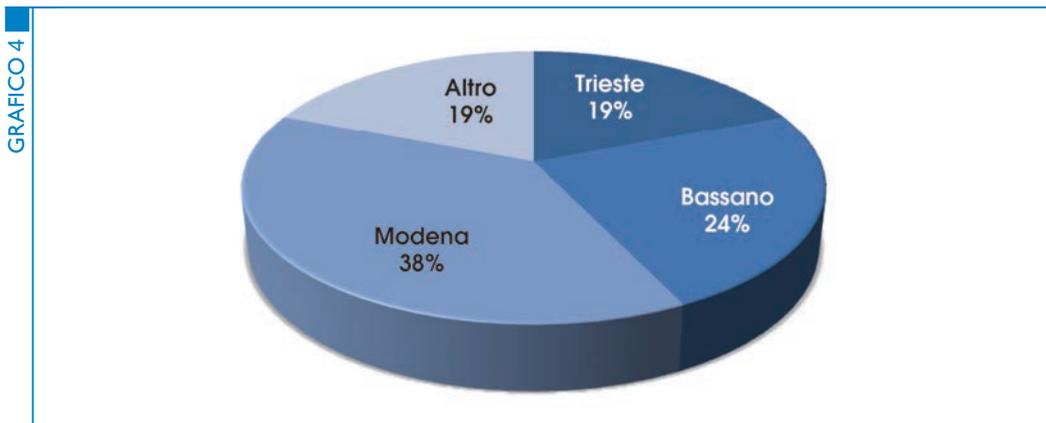
Se si aggregano i temi per singola ASL, si può notare una sorta di “divisione del lavoro comunicativo” tra le diverse Aziende sanitarie. Le campagne concentrate sull'alimentazione hanno visto un certo predominio di Milano e Modena, che insieme hanno intrapreso il 59% (33 su 56) dell'attività di comunicazione relative. È emblematico il fatto che le azioni di cinque ASL (Bassano, Savona, Parma, Prato, Roma B) si attestino intorno a un quarto della produzione complessiva.

Campagne di comunicazione sul tema dell'alimentazione per singola Azienda sanitaria



Il tema del movimento prevede una strutturazione in parte differente. Modena primeggia con otto attività su un totale di ventuno, seguita da Bassano e Trieste, rispettivamente a cinque e quattro azioni. Anche in questo caso, aggregando il dato delle restanti Aziende sanitarie (Milano, Savona, Roma B, Parma e Prato), è possibile notare come queste, insieme, non riescano a raggiungere il 20% delle attività totali.

Campagne di comunicazione sul tema del movimento per singola Azienda sanitaria



Nell'area HIV/AIDS Trieste è al primo posto per quanto riguarda il numero di iniziative, realizzando ben undici azioni su venticinque. Segue Modena, con sette, e Prato. Anche in questo caso il dato aggregato di cinque Aziende sanitarie (Milano, Bassano, Savona, Parma, Roma B) supera di poco il 10%, confermando forti discrasie tra le diverse ASL considerate.

Modena e Trieste sono ancora le più attive anche rispetto al tema dell'alcol, dove insieme hanno realizzato ben diciotto iniziative su un totale di ventiquattro. In quest'area, la differenza rispetto alle altre ASL appare dunque maggiore.

Infine, nell'area fumo la situazione non è dissimile: le AUSL di Modena e Trieste hanno portato a termine ben venti iniziative su un totale di ventiquattro.

Da queste evidenze emerge una marcata differenziazione tra le prime due ASL e le altre. Modena e Trieste hanno infatti dimostrato una capacità diffusiva notevole. L'Azienda sanitaria emiliana e quella triestina, sul totale delle cinque azioni considerate, si sono rivelate più "produttive" in tre occasioni. Milano si è specializzata in modo evidente intorno all'alimentazione, che costituisce il suo tema dominante (63%). Questo discorso vale, in parte, anche per Parma (che sempre in questo ambito realizza il 66,7% delle sue attività). Per Prato è centrale, invece, l'area dell'HIV/AIDS (80%), mentre Bassano ha articolato la sua azione comunicativa su più temi.

Campagne di comunicazione sul tema HIV/AIDS per singola Azienda sanitaria

GRAFICO 5

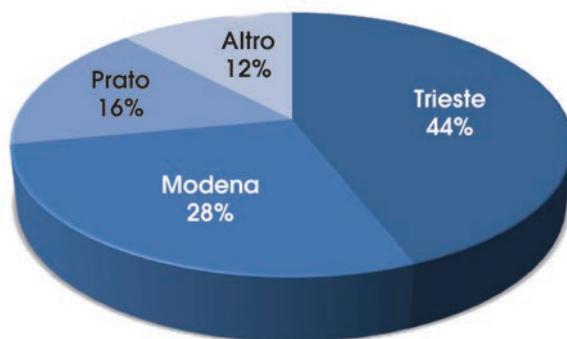
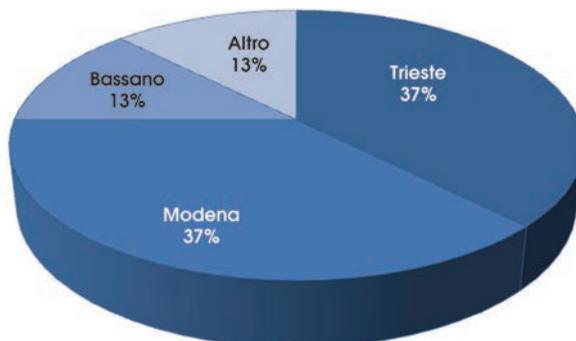
**Campagne di comunicazione sul tema alcol per singola Azienda sanitaria**

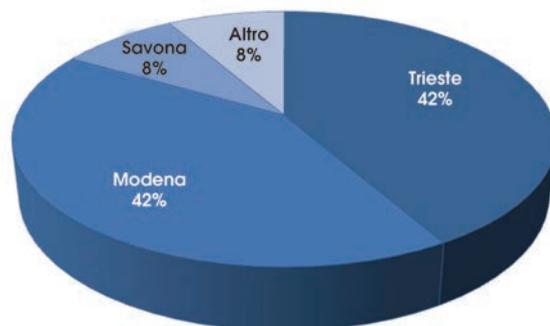
GRAFICO 6

**5.2. STILI, STRUMENTI E STRATEGIE DI COMUNICAZIONE NELL'AMBITO DELLA PREVENZIONE E DEGLI STILI DI VITA SALUTARI**

Analizzando lo stile delle campagne, è possibile delineare nello specifico le strategie effettivamente adottate dalle ASL. Il primo elemento che emerge con forza è che l'aspetto *informativo* tende a prevalere in modo significativo su tutti gli altri, tanto da caratterizzare il 55,3% dei messaggi veicolati. L'informazione implica una maggiore neutralità nella campagna, finalizzata a presentare in modo neutro e distaccato un dato contenuto. L'*appello alla paura*, stile più enfatico e suggestivo, in grado a volte anche di generare effetti *boomerang* nel pubblico a cui si rivolge, si attesta intorno al 12,6%. Ancor meno presenti lo stile *paternalistico* e *rassicurante* che si collocano poco al di sotto. Il ricorso all'*ironia*, invece, appare marginale (5%), probabilmente perché le tematiche legate alla salute, e soprattutto

Campagne di comunicazione sul tema fumo per singola Azienda sanitaria

GRAFICO 7

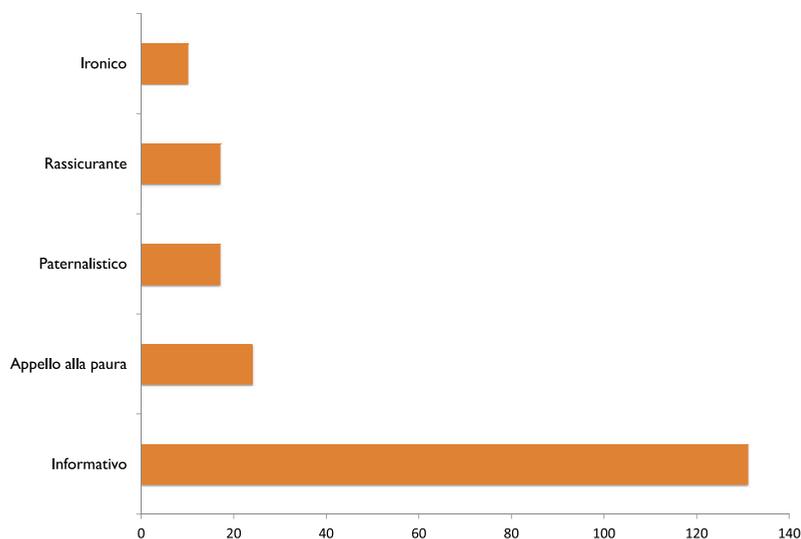


to gli aspetti caratterizzati da un elevato livello di problematicità, sono poco adatti a essere presentate in modo ironico.

Differenziando gli stili per area tematica, il primo dato che emerge è il fatto che nella sezione HIV/AIDS, tutte le campagne hanno utilizzato un approccio comunicativo di tipo informativo. Il secondo elemento interessante è che *l'appello alla paura* si concentra nelle

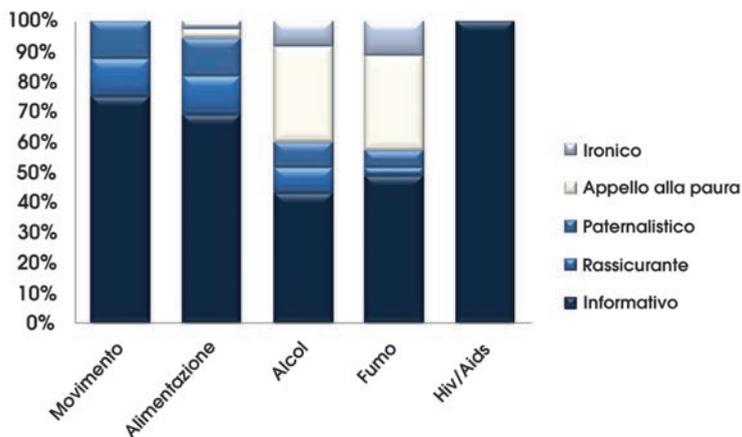
Stili di comunicazione prevalenti (un messaggio può contenere più di uno stile, che è stato dunque conteggiato singolarmente)

GRAFICO 8



Stili di comunicazione per ambito tematico

GRAFICO 9



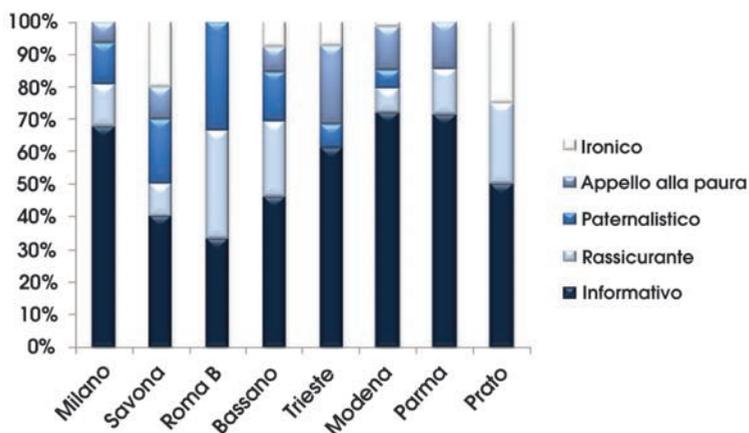
aree fumo e alcol. In questo caso le campagne mirano a rappresentare i rischi connessi a pratiche scorrette: i due temi sembrano presentarsi come territori privilegiati all'interno dei quali è possibile articolare questa strategia. Non sorprende che siano questi stessi temi a presentare un approccio comunicativo maggiormente tendente all'ironia.

Nel complesso, lo stile informativo è diversamente diffuso tra le campagne: incide di più nelle azioni di Milano, Modena e Parma, mentre Roma B, Savona e Bassano vi ricorrono in proporzione minore. Roma B, ad esempio, tende a privilegiare uno stile paternalistico e rassicurante. Trieste fa maggiormente leva sull'appello alla paura nel suo pubblico di riferimento. Infine, Savona e Prato sono le ASL che utilizzano maggiormente l'ironia.

Il ricorso agli strumenti di comunicazione chiarisce il livello strategico delle campagne intraprese. È evidente come nel 59% dei casi le Aziende sanitarie abbiano fatto ricorso a

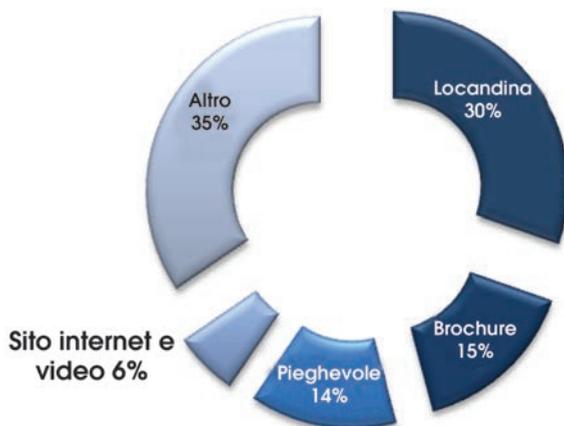
Stili di comunicazione per ASL

GRAFICO 10



Strumenti di comunicazione

GRAFICO 11



un mezzo informativo estremamente tradizionale, cartaceo e statico. In realtà, tale dato è più accentuato se si considera che nella voce “altro” sono contenuti riferimenti a pubblicazioni, pillole, questionari, volantini, pagine stampate. Aggregando i due risultati, infatti, si raggiunge ben il 94%.

Analizzando il rapporto tra strumenti di comunicazione e aree tematiche, è significativo che il ricorso alla *locandina*, come detto sopra particolarmente diffuso, tende ad essere minimo nell’ambito del *movimento*, in cui il *pieghevole* e la *brochure* costituiscono alternative interessanti e dove il *web* è più adottato. Proprio la *brochure* è utilizzata, invece, quando si tratta di realizzare campagne di comunicazione relative all’HIV e all’AIDS.

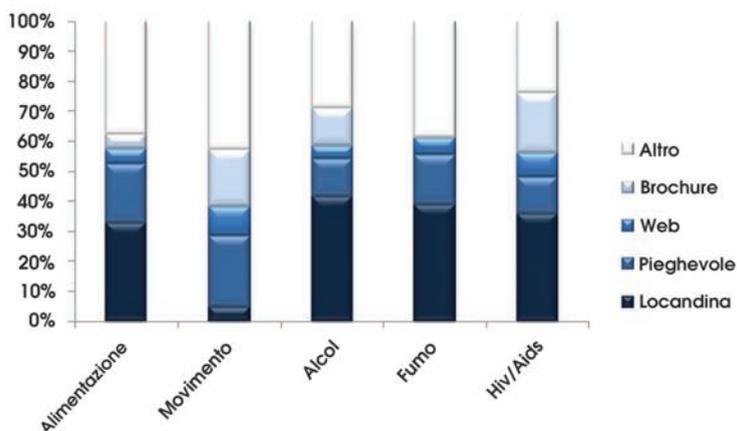
Se consideriamo quali Aziende utilizzano questi strumenti, la *locandina* è ovunque diffusa, tranne che nel caso di Savona in cui vi è un sistematico ricorso al *pieghevole* come strumento di veicolazione del messaggio.

Modena è la ASL che utilizza il web più di frequente: su nove azioni condotte online, otto sono realizzate all’Azienda emiliana, che è anche quella più portata a diversificare l’impiego dei mezzi comunicativi. Se, da un lato, questo costituisce un merito, dall’altro conferma come sia necessario lavorare ulteriormente sulla modernizzazione delle campagne istituzionali.

Analizza il target a cui sono rivolte le campagne, emerge che nel 44,8% dei casi il pubblico è sostanzialmente generico, mentre il 20,2% delle attività riguarda un target composto da soggetti che, a vario titolo, ruotano intorno alla scuola (dirigenti, insegnanti, genitori, studenti materna, elementari, medie e superiori). Tanto più il pubblico cui ci si rivolge è indefinito, quanto più il messaggio si rivela dispersivo e dunque potenzialmente inefficace. Nel complesso, dunque, il dato riguardante le campagne comunicative appare controverso, caratterizzato, da un lato, da una discreta produttività, sebbene concentrata in un numero estremamente ridotto di Aziende sanitarie e, dall’altro, da un rapporto ancora embrionale con gli strumenti e le strategie comunicative più moderni, che si riflette in un ricorso a mezzi tradizionali e generalisti lì dove la specificità del target richiederebbe una personalizzazione quanto più marcata possibile.

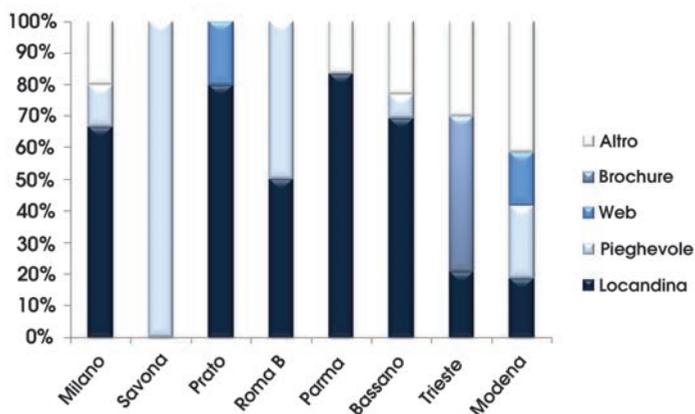
Strumenti di comunicazione per aree tematiche

GRAFICO 12



Strumenti di comunicazione per ASL

GRAFICO 13



5.3. UN'ANALISI CRITICA DELLE STRATEGIE DI COMUNICAZIONE PER LA PREVENZIONE UTILIZZATE, SECONDO LE TECNICHE DEL MARKETING SOCIALE

Tutte le campagne messe in campo dalle ASL per la prevenzione della salute e la promozione di stili di vita sani sono state qui analizzate in base ai dettami fondamentali dal marketing sociale (cfr. Fattori et al., 2009; Wakefield et al., J. French e C. Blaire-Stevens; Wakefield et al., 2010).

- **ASL:** la ASL che ha realizzato la campagna.
- **Progetto:** nome della campagna.
- **Prodotto:** “composto dal comportamento che si intende favorire e dai relativi benefici, a cui possono aggiungersi beni tangibili e servizi di supporto”.

- **Prezzo:** l'insieme dei costi, economici e non, come ad esempio la perdita di tempo, di energia, rischi psicologici, disagio, a cui i destinatari vanno incontro per attuare il cambiamento comportamentale e che nell'intervento di marketing occorre controbilanciare.
- **Promozione:** il modo in cui un prodotto viene promosso: *face to face*, con incontri frontali, attraverso l'utilizzo di strumenti, come gadget o volantini, video, etc.
- **Distribuzione:** sono i canali attraverso i quali il prodotto viene distribuito (scuole, luoghi all'aria aperta, stand con operatori qualificati, mass media, new media).
- **Partner:** coloro che danno supporto, anche economico, ai progetti che vengono sviluppati e ne garantiscono una maggiore e migliore diffusione sul territorio.
- **Commento:** i diversi progetti hanno tutti una forte strategia informativa-comunicativa. Quindi per tutti nell'analisi è presente la voce "comunicazione". Solo alcuni di loro hanno anche una strategia concreta di applicazione dei contenuti e dei messaggi presentati. In questo caso nell'analisi sarà presente anche la voce "azione".

ALIMENTAZIONE

Le ASL hanno adottato differenti approcci per promuovere il benessere nell'ambito dell'alimentazione. Definire la loro efficacia è impossibile a causa dei dati mancanti sulla valutazione dei risultati (presente solo per una campagna), ma possiamo inquadrare le varie campagne in diverse aree di azione. Alcuni dei seguenti progetti sono campagne di comunicazione, un tipo di approccio efficace solo nei casi in cui il soggetto target già adotti stili di vita salutari.

- **Il Suo pediatra risponde; È sempre questione di stile; l'ABC del diabete: AUSL Modena. Meno sale e più salute contro l'ipertensione e le malattie cardiovascolari: ASL Milano. Alimenta: nutri la mente, vivi la diversità: AUSL Parma.** Queste campagne sono di tipo comunicativo e potremmo definirle autoritarie e collettive. Si differenziano leggermente nel tipo di linguaggio usato, che è sempre e comunque tecnico (ad esempio ne "Il Suo pediatra risponde" il linguaggio appare più "morbido" rispetto a quello utilizzato ne "l'ABC del diabete"). In tutti i casi i comportamenti auspicati sembrano quasi obbligati in quanto i benefici vengono considerati irrinunciabili.
- **Alimentazione e chemioterapia: AUSL Modena.** La campagna si rivolge a un target specifico, ossia persone con un cancro in cura chemioterapica; l'approccio è di tipo autoritario e collettivo; anche qui il linguaggio prescrive fortemente determinate scelte alimentari.
- **Nutrizione in gravidanza; Al seno è meglio: ASL Milano.** Due campagne rivolte non solo a cittadine italiane ma anche straniere; l'approccio, autoritario e collettivo, non tiene conto delle differenze sociali e culturali delle donne a cui ci si rivolge.
- **Gimmy Mangiobene e Monica Patata: ASL Milano.** Il target di riferimento è quello dei bambini in età scolare; il tipo di linguaggio utilizzato e le immagini rendono i messaggi salutistici fruibili e accattivanti, rimanendo però in un ambito autoritario e collettivo.

- **VARIO: Valore alimentare nella ristorazione italiana con metodo olistico: AAS1 Triestina.** Opuscolo che si rivolge a un target capace di comprenderne il linguaggio tecnico e i benefici associati a un mangiare sano.

Altri progetti, all'aspetto comunicativo, hanno affiancato delle azioni, volte a interagire con i fruitori dei messaggi di promozione della salute.

- **Scegli la salute: AUSL Modena.** La campagna è un ottimo esempio di comunicazione e azione: la presenza di numerosi partner permette di mettere in pratica i “consigli per una sana alimentazione”; oltre al materiale cartaceo tradizionale, infatti, sono presenti canali di distribuzione di alimenti salutari.
- **Sperimentazione di un intervento di educazione alimentare nelle scuole primarie e secondarie di primo grado; Il laboratorio del gusto; Progettazione e attivazione di una serie di iniziative mirate alla promozione di una sana alimentazione e di una adeguata attività motoria; Pasti erogati nelle residenze socio assistenziali per anziani (RSA) della città di Milano; Promozione di corretti stili di vita e comportamenti socialmente utili; Star bene? È una questione di stili di vita; La settimana della salute: ASL Milano.** Tutti i progetti sono accomunati da una presenza importante di azioni pratiche che supportano il numero di materiale cartaceo fornito, mentre le schede si limitano a raccontare il progetto, per cui risulta difficile poterne dare un giudizio per quanto riguarda il linguaggio utilizzato ed il ritorno in termini di risultati.
- **Ricette Salvacuore: ASL 2 Savonese.** Il progetto vede il coinvolgimento, come partner, di istituti tecnici professionali. Il lavoro è stato presentato sotto forma di ricettario, sicuramente un mezzo più fruibile rispetto agli opuscoli informativi, tenuto conto del target del progetto (persone adulte e soprattutto anziani).
- **Un amico di nome pesce: ASL 2 Savonese.** Un progetto è ricco di differenti azioni: accanto ai classici incontri frontali nelle scuole (il target sono bambini in età scolare), sono previste gite al mercato ittico e laboratori didattici. Il linguaggio ironico e divertente della campagna risulta vincente se rapportato al pubblico di riferimento, per il quale un approccio pratico può rafforzare gli aspetti teorici veicolati.

AUSL	Modena
Progetto	Scegli la Salute
Prodotto	Mangiare sano e cambiare abitudini alimentari
Prezzo	Benessere
Promozione	Bicchieri e locandine con messaggi sulla salute Conferenza stampa di Confindustria Adesivi che indicano il canale di distribuzione Bollini sugli alimenti salutari
Distribuzione	Macchinette automatiche nelle imprese e nelle università
Partner	SSR Emilia-Romagna Buonristoro Confindustria Modena Confida
Commento	Comunicazione e azione

AUSL	Modena
Progetto	Il Suo pediatra risponde
Prodotto	Alimentazione a tavola dei bambini Importanza di riconoscere le etichette Alimentazione nella prima infanzia
Prezzo	Benessere
Promozione	Schede con informazioni derivanti da personale competente
Distribuzione	ND
Partner	Pediatrati di libera scelta Laboratorio per il cittadino competente
Commento	Comunicazione

AUSL	Modena
Progetto	È sempre questione di stile
Prodotto	Educazione alimentare e prevenzione delle malattie cronic-degenerative
Prezzo	Benessere
Promozione	Opuscolo informativo
Distribuzione	ND
Partner	Laboratorio cittadino competente Medici di medicina generale Farmacisti
Commento	Comunicazione

AUSL	Modena
Progetto	L'ABC del diabete
Prodotto	Diffondere la conoscenza sul diabete
Prezzo	Benessere
Promozione	Opuscolo informativo
Distribuzione	ND
Partner	FAND: Associazione italiana diabetici
Commento	Comunicazione

AUSL	Modena
Progetto	Alimentazione e chemioterapia
Prodotto	Promozione di una corretta educazione alimentare in regime di chemioterapia
Prezzo	Benessere
Promozione	Opuscolo informativo
Distribuzione	Reperti di Oncologia
Partner	Tavolo di continuità ospedale/territorio Area nord
Commento	Comunicazione

ASL	Milano
Progetto	Sperimentazione di un intervento di educazione alimentare nelle scuole primarie e secondarie di primo grado Il laboratorio del gusto
Prodotto	Educazione alimentare nelle scuole elementari e medie Promuovere il consumo di frutta e verdura ed educare al gusto
Prezzo	Benessere
Promozione	Zainetto con borraccia, cappellino e sacchettino di frutta
Distribuzione	Incontri nelle scuole faccia a faccia con gli alunni Incontri di cucina di tipo pratico
Partner	ND
Commento	Comunicazione e azione

ASL	Milano
Progetto	Sperimentazione di un intervento di educazione alimentare nelle scuole primarie e secondarie di primo grado Il laboratorio del gusto
Prodotto	Educazione alimentare nelle scuole elementari e medie Promuovere il consumo di frutta e verdura ed educare al gusto
Prezzo	Benessere
Promozione	Zainetto con borraccia, cappellino e sacchettino di frutta
Distribuzione	Incontri nelle scuole faccia a faccia con gli alunni Incontri di cucina di tipo pratico
Partner	ND
Commento	Comunicazione e azione

ASL	Milano
Progetto	Progettazione e attivazione di una serie di iniziative mirate alla promozione di una sana alimentazione e di una adeguata attività motoria
Prodotto	Promuovere una sana alimentazione e l'attività motoria
Prezzo	Benessere
Promozione	Snack salutari quali yogurt, insalate e frutta Pasti salutari nelle mense
Distribuzione	Macchinette automatiche nelle ASL Mensa aziendale
Partner	ND
Commento	Comunicazione e azione

ASL	Milano
Progetto	Pasti erogati nelle residenze socio assistenziali per anziani (RSA) della città di Milano
Prodotto	Mangiare bene per gli anziani
Prezzo	Benessere
Promozione	Volantini Pasti salutari Programma informatizzato per valutare le tabelle dietetiche
Distribuzione	Mense delle case di riposo Personale appositamente formato
Partner	ND
Commento	Comunicazione e azione

ASL	Milano
Progetto	Nutrizione in gravidanza Al seno è meglio
Prodotto	Mangiare bene in gravidanza Allattare al seno
Prezzo	Prevenzione di problemi per la mamma e per il bambino Dare il nutrimento migliore al proprio bambino
Promozione	Materiale informativo per le mamme
Distribuzione	Spazi di ascolto per le donne straniere e non in gravidanza con personale appositamente formato Nidi d'infanzia
Partner	ND
Commento	Comunicazione

ASL	Milano
Progetto	Promozione di corretti stili di vita e comportamenti socialmente utili
Prodotto	Donare il sangue
Prezzo	Benessere
Promozione	Consulenza professionale gratuita
Distribuzione	Unità di raccolta mobile del sangue
Partner	AVIS
Commento	Comunicazione e azione

ASL	Milano
Progetto	Star bene? È una questione di stili di vita
Prodotto	Mangiare bene sul posto di lavoro
Prezzo	Benessere
Promozione	Materiale informativo Snack salutari Menù diversi Questionari
Distribuzione	Mensa di una casa editoriale milanese Distributori automatici di alimenti Stand con personale appositamente formato
Partner	ND
Commento	Comunicazione e azione

ASL	Milano
Progetto	La settimana della salute
Prodotto	Mangiare bene sul posto di lavoro
Prezzo	Benessere
Promozione	Snack salutari Menù bilanciati Materiale informativo Questionari
Distribuzione	Distributori automatici di snack Stand con personale appositamente formato
Partner	ND
Commento	Comunicazione e azione

ASL	Milano
Progetto	Gimmy Mangiobene e Monica Patata
Prodotto	Mangiare bene nelle scuole, fare esercizio fisico ed avere una buona igiene dentale
Prezzo	Migliora la respirazione e la circolazione, tonifica i muscoli, attenua lo stress, infonde serenità, aumenta il consumo di energia Aspetto fresco e sano, prevenzione delle malattie gengivali e delle carie
Promozione	Videofilmati Poster Opuscoli scientifici
Distribuzione	Incontri frontali
Partner	Gemeaz Cusin
Commento	Comunicazione

ASL	Milano
Progetto	Meno sale e più salute contro l'ipertensione e le malattie cardiovascolari
Prodotto	Riduzione del consumo di sale
Prezzo	Evitare morte per ictus e per malattie cardiovascolari Riduzione dei rischi
Promozione	Opuscolo informativo
Distribuzione	ND
Partner	SINU GIRCSI WASH
Commento	Comunicazione

ASL 2	Savonese
Progetto	Ricette salvacuore
Prodotto	Prevenzione e cura delle malattie cardiovascolari
Prezzo	Benessere
Promozione	Libro di ricette
Distribuzione	Mensa per i pazienti ricoverati nel reparto di cardiologia
Partner	Centro alberghiero Miretti di Celli Ligure
Commento	Comunicazione e azione

ASL 2	Savonese
Progetto	Un amico di nome pesce
Prodotto	Far conoscere il pesce ai bambini in età scolare Incentivarne il consumo nella dieta
Prezzo	Benessere
Promozione	Materiale didattico Interventi educativi quali incontri frontali e laboratori didattici Visite guidate al mercato ittico
Distribuzione	Incontri frontali con bambini in età scolare
Partner	Lega pesca Cooperative di pescatori e di consumo Direzione del Mercato ittico di Savona
Commento	Comunicazione e azione

AUSL	Parma
Progetto	Alimenta: nutri la mente, vivi la diversità
Prodotto	L'importanza della diversità nei vari ambiti dell'attività umana
Prezzo	Benessere
Promozione	Discussioni di vari aspetti dell'alimentazione
Distribuzione	Incontro frontale tramite convegno
Partner	Conferenza territoriale sociale e sanitaria Comune di Parma Provincia di Parma USR PPS
Commento	Comunicazione

AAS1	Triestina
Progetto	VARIO: Valore alimentare nella ristorazione italiana con metodo olistico
Prodotto	Mangiare bene in mensa
Prezzo	Benessere
Promozione	Brochure
Distribuzione	ND
Partner	Descò Incipit
Commento	Comunicazione

MOVIMENTO

Nell'ambito del movimento prevalgono le campagne di marketing sociale per eccellenza: l'argomento è sicuramente adatto a questo tipo di approccio, perché il modo migliore di parlare del movimento è attraverso il movimento stesso. Tutte le ASL hanno trovato spazi all'aperto dove mettere in pratica le proprie iniziative. Un aspetto da sottolineare è che il prezzo è uguale per tutti: benessere sia a livello fisico che psicologico (socializzazione). Esclusa la campagna Movimento salute armonia della ULSS 3 Bassano, che prevede incontri frontali in cui esperti si confrontano su argomenti relativi al corpo umano e al movimento, tutte le altre rispecchiano questo modello, con alcune differenze.

- **Camminare a tutta salute: ASL 2 Savonese. Bavisela AAS1 Triestina. Cammina Cammina; Passeggiata per il cuore; Attivi-amoci: ULSS 3 Bassano.** Progetti accomunati dall'idea che il movimento all'aria aperta, strutturato in gruppi di cammino, sia vincente rispetto alla proposta del semplice movimento: in questo modo è possibile non solo rivolgersi ad ampie fasce di età, ma anche sfruttare l'aspetto della socializzazione come movente in più per coloro che non amano fare sport individuale.
- **Promuovere il benessere psicofisico degli anziani: AAS1 Triestina.** Progetto rivolto agli anziani: oltre al movimento quale modo per tenersi in forma, punta anche agli aspetti psicologici e sociali del movimento, cercando di favorire le amicizie e gli incontri in un target dove la solitudine è più sentita rispetto ad altri gruppi di età.
- **Centro estivo "E...state al parco"; Ricreiamoci: un nuovo modo di fare salute: AAS1 Triestina.** Due progetti rivolti ai bambini in età scolare. Il primo è uno dei progetti più ricchi presenti in quest'area tematica: oltre alle visite guidate, sono presenti moltissime attività particolari, come quelle equestri, balneari ed ecologiche; punto di forza del progetto sono sicuramente i numerosi partner; il secondo associa il movimento di uno sport quale judo con laboratori di alimentazione.
- **Movimenti divertenti – festival di Filosofia; Mi muovo con piacere: AUSL Modena.** Progetti rivolti a bambini in età scolare: i punti di forza sono i vari mezzi utilizzati per "distribuire" il messaggio: incontri frontali, gadget, esercizi fisici, oltre a video, rassegne stampa e giochi.

ASL 2	Savonese
Progetto	Camminare a tutta salute
Prodotto	Promozione e incentivazione dell'attività fisica di gruppo
Prezzo	Incontrare nuove persone, stare in compagnia, avere un stimolo per svolgere attività fisica, migliorare la propria condizione
Promozione	Brochure, gruppi di cammino
Distribuzione	Posti all'aria aperta a Savona
Partner	Distretto sociosanitario n. 7 Facoltà di scienze motorie di Genova AUSER Palestra Wellness way club
Commento	Comunicazione e azione

ULSS 3	Bassano del Grappa
Progetto	Attivi-amoci
Prodotto	Fare attività fisica fa bene, ma è anche divertente!
Prezzo	Prevenzione malattie cardiovascolari e cronico-degenerative
Promozione	Attività motoria in piscina Lezioni di danza Nordic walking
Distribuzione	Piscina comunale, palestra comunale, aria aperta
Partner	Amministrazioni comunali di Marostica, Pianezze e Nove
Commento	Comunicazione e azione

ULSS 3	Bassano del Grappa
Progetto	Passeggiata per il cuore
Prodotto	Attività fisica per prevenire le malattie cardiovascolari
Prezzo	Prevenzione malattie cronico-degenerative
Promozione	Camminata
Distribuzione	Strada del vecchio trenino di Asiago
Partner	Riabilitazione cardiologica Asiago
Commento	Comunicazione e azione

ULSS 3	Bassano del Grappa
Progetto	Movimento Salute Armonia
Prodotto	Prevenzione malattie cronico-degenerative
Prezzo	Benessere
Promozione	Discussioni sull'attività fisica, l'alimentazione ed il corpo
Distribuzione	Incontri frontali con personale esperto
Partner	Comune di Romano d'Ezzelino
Commento	Comunicazione

ULSS 3	Bassano del Grappa
Progetto	Cammina cammina
Prodotto	Fare attività fisica fa bene ma è anche divertente!
Prezzo	Benefici per la salute, combattere lo stress e formare nuove amicizie
Promozione	Gruppi di cammino
Distribuzione	Posti all'aria aperta a Romano
Partner	Comune di Romano Associazione Veneto Benessere
Commento	Comunicazione e azione

AUSL	Modena
Progetto	Movimenti divertenti - festival di Filosofia
Prodotto	Diffondere pratiche di salute pubblica
Prezzo	Benessere
Promozione	Reportage fotografico, Video, rassegna stampa, attività ludiche, gadget, punti informativi
Distribuzione	Stand con personale qualificato, centro sportivo
Partner	Centro sportivo italiano
Commento	Comunicazione e azione

AAS1	Triestina
Progetto	Bavisela
Prodotto	Camminare per guadagnare in salute
Prezzo	Benessere
Promozione	Camminata all'aria aperta
Distribuzione	Percorso dislocato nella città di Trieste
Partner	HPH
	Centro Cardiovascolare
Commento	Comunicazione e azione

AAS1	Triestina
Progetto	Ricreiamoci: un nuovo modo di fare salute
Prodotto	Sana alimentazione e judo
Prezzo	Benessere
Promozione	Laboratori di sana alimentazione, judo
Distribuzione	Palestra dell'associazione sportiva di judo
Partner	Università degli Studi di Trieste
	Associazione Sportiva Dilettantistica DOJO Trieste
Commento	Comunicazione e azione

AAS1	Triestina
Progetto	Centro estivo "E...state al parco"
Prodotto	Conoscere e conoscersi nel rispetto delle diversità, integrare la disabilità, promuovere l'amore per gli animali, praticare uno stile di vita sano in rapporto con la natura
Prezzo	Benessere
Promozione	Attività equestri, di zooantropologia, balneari, laboratori di sana alimentazione, gite, judo, yoga, ecolandia
Distribuzione	Parco di San Giovanni
Partner	Comune di Trieste Università degli studi di Trieste Querciamiente DOJO Trieste Equilandia Trieste trasporti USACLI Trieste Rittmeyer LILT
Commento	Comunicazione e azione

AAS1	Triestina
Progetto	Promuovere il benessere psicofisico degli anziani
Prodotto	Promozione del benessere psicofisico degli anziani
Prezzo	Benessere
Promozione	Attività motorie, iniziative di socializzazione
Distribuzione	Palestre (UISP, ASP Prosenectute, Associazione benessere, Unione Sportiva ACLI, Casa Emmaus)
Partner	Provincia di Trieste
Commento	Comunicazione e azione

ALCOL

Le campagne sull'alcol sono solite utilizzare un linguaggio duro o ironico a seconda del target di riferimento; spesso è il sentimento di paura quello che si cerca di instillare nelle persone alle quali è rivolta la campagna.

Le campagne descritte di seguito sono spesso di tipo autoritario e collettivo e quasi esclusivamente comunicative:

- **Figli nottambuli: ASL 2 Savonese; Ap & Ap: ULSS 3 Bassano.** Progetti di tipo comunicativo, rivolti a un pubblico di ragazzi: il linguaggio utilizzato è "giovanile", ma l'idea di tenere esclusivamente degli incontri frontali potrebbe non risultare sufficiente.
- **Aperitivo analcolico: AUSL Parma; Usa la testa: ULSS 3 Bassano.** Progetti di tipo "esecutivo"; il linguaggio utilizzato è giovanile e l'idea proposta è di utilizzare bevande analcoliche al posto di quelle alcoliche (siano esse preparate in un bar o a casa).
- **Non aggiungere l'alcol ai rischi già presenti sul tuo lavoro: ULSS 3 Bassano.** Campagna rivolta ai lavoratori, che si caratterizza per la sua grafica e il linguaggio tecnico, oltre a utilizzare uno stile che fa leva sulla paura e sulla responsabilità sulla vita altrui.

ASL 2	Savonese
Progetto	Figli nottambuli
Prodotto	Prevenzione sulle nuove sostanze di abuso
Prezzo	Benessere
Promozione	Gioco di carte, volantini
Distribuzione	Scuole superiori
Partner	SERT Comunità terapeutiche
Commento	Comunicazione

AUSL	Parma
Progetto	Aperitivo analcolico
Prodotto	Prevenzione sull'abuso di alcol
Prezzo	Benessere
Promozione	Aperitivo analcolico gratuito
Distribuzione	Bar "il gastronomico"
Partner	Unità di strada SERT
Commento	Comunicazione e azione

ULSS 3	Bassano del Grappa
Progetto	Ap & Ap: Appigli e Appartenenze
Prodotto	Riconoscere e valorizzare le potenzialità dei ragazzi in età scolare
Prezzo	Benessere
Promozione	Lavori e incontri frontali tra insegnanti e studenti
Distribuzione	Scuola superiore
Partner	Dipartimento prevenzione Servizio educazione e promozione salute Dipartimento dipendenze
Commento	Comunicazione e azione

ULSS 3	Bassano del Grappa
Progetto	Usa la testa
Prodotto	Bere in modo consapevole
Prezzo	Benessere
Promozione	Ricette di cocktail analcolici su volantino
Distribuzione	ND
Partner	Istituto di istruzione superiore
Commento	Comunicazione e azione

ULSS 3	Bassano del Grappa
Progetto	Non aggiungere l'alcol ai rischi già presenti sul tuo lavoro
Prodotto	Non bere sul luogo di lavoro soprattutto se coinvolge terzi
Prezzo	Bere disturba la capacità visiva, rallenta i tempi di reazione, fa perdere la concentrazione, scarsa capacità di giudizio, mancanza di coordinazione
Promozione	Volantino
Distribuzione	ND
Partner	SPISAL SERD SEPS
Commento	Comunicazione

FUMO

Le campagne sul fumo sono simili a quelle sull'alcol: il linguaggio è solitamente duro, anche se nelle campagne prese in considerazione prevale l'ironia e si dà molto peso alla responsabilità individuale, piuttosto che rivolgersi a un collettivo di persone.

- **Chi non fuma vince: ASL 2 Savonese.** questo progetto prevede che i ragazzi producano degli elaborati ironici, con cui far emergere il lato positivo dello smettere di fumare.
- **Scommetti che smetti? AUSL Modena.** Il progetto, ben articolato anche nei mezzi di diffusione (cartaceo, web), punta molto sulla responsabilità individuale: mettendo a disposizione uno sprone esterno per tutti coloro che vogliono provare a farla finita con il fumo (premi consistenti).
- **Rivolgiti al Centro antifumo! AUSL Parma.** Il progetto, più che sull'ironia, punta sugli aspetti più "seri" legati allo smettere di fumare: i centri antifumo forniscono

supporto farmacologico alle persone che vi si rivolgono. Il fumare è trattato come una vera e propria dipendenza che le persone difficilmente possono superare senza i farmaci (la responsabilità individuale non è totale).

ASL 2	Savonese
Progetto	Chi non fuma vince
Prodotto	Non fumare fa bene alla salute
Prezzo	Salute e benessere psicofisico
Promozione	Lavoro degli studenti
Distribuzione	ND
Partner	Scuola superiore "Fabrizio de Andrè"
Commento	Comunicazione

AUSL	Parma
Progetto	Rivolgiti al Centro antifumo!
Prodotto	Combattere la dipendenza dal fumo
Prezzo	Benessere
Promozione	Locandina, azioni (visita medica, trattamento con supporto farmacologico)
Distribuzione	Centri antifumo di Savona
Partner	ND
Commento	Comunicazione e azione

AUSL	Modena
Progetto	Scommetti che smetti?
Prodotto	Combattere la dipendenza dal fumo
Prezzo	Benessere
Promozione	Concorso web (premi, informazioni)
Distribuzione	Internet
Partner	Molti (vedi www.scommettichesmetti.it)
Commento	Comunicazione e azione

MST

Le campagne sulle malattie sessualmente trasmissibili sono per la maggior parte di tipo comunicativo; l'argomento è sicuramente delicato ed è difficile poter intervenire in maniera attiva e "pratica".

MST

- **HIV + - = insieme vinciamo l'AIDS: AAS1 Triestina.** Il materiale della campagna è ricchissimo, diversificato e poco usuale (spettacoli teatrali e mostre) per un tema così difficile da trattare: le brochure e le locandine non espongono tutte le iniziative di questa campagna.
- **Figli nottambuli: ASL 2 Savonese.** Il progetto è di tipo comunicativo, rivolto a un pubblico di ragazzi: il linguaggio utilizzato è "giovanile", ma l'idea di tenere esclusivamente incontri frontali potrebbe non risultare sufficiente per trattare questo argomento.

AAS1	Triestina
Progetto	HIV + - = insieme vinciamo l'AIDS
Prodotto	Diffondere la conoscenza, la prevenzione e la sensibilità sull'AIDS
Prezzo	Benessere
Promozione	Mostre, convegni, incontri, spettacoli teatrali, brochure
Distribuzione	Diversi luoghi (scuole, palazzi e teatri storici della città)
Partner	Cooperative sociali e associazioni
Commento	Comunicazione e azione

AAS1	Triestina
Progetto	Figli nottambuli
Prodotto	Prevenzione nella sfera sessuale
Prezzo	Benessere
Promozione	Incontri frontali (gioco di carte, volantini)
Distribuzione	Scuole superiori
Partner	SERT Comunità terapeutiche
Commento	Comunicazione e azione

6. UNO SGUARDO ALL'ESTERO. INIZIATIVE E PROGETTI PER LA PREVENZIONE E LA DIFFUSIONE DI STILI DI VITA SANI IN EUROPA E NEL MONDO

di *Michaela Liuccio e Anna Maria Colacchi*

Al fine di contestualizzare meglio le campagne di promozione e comunicazione della salute realizzate dalle Aziende sanitarie coinvolte nella rilevazione, si è deciso di analizzare le iniziative istituzionali (o di associazioni riconosciute a livello nazionale e internazionale) più rilevanti realizzate negli stessi ambiti e nello stesso periodo in Europa e nel mondo.

6.1. ALIMENTAZIONE E MOVIMENTO

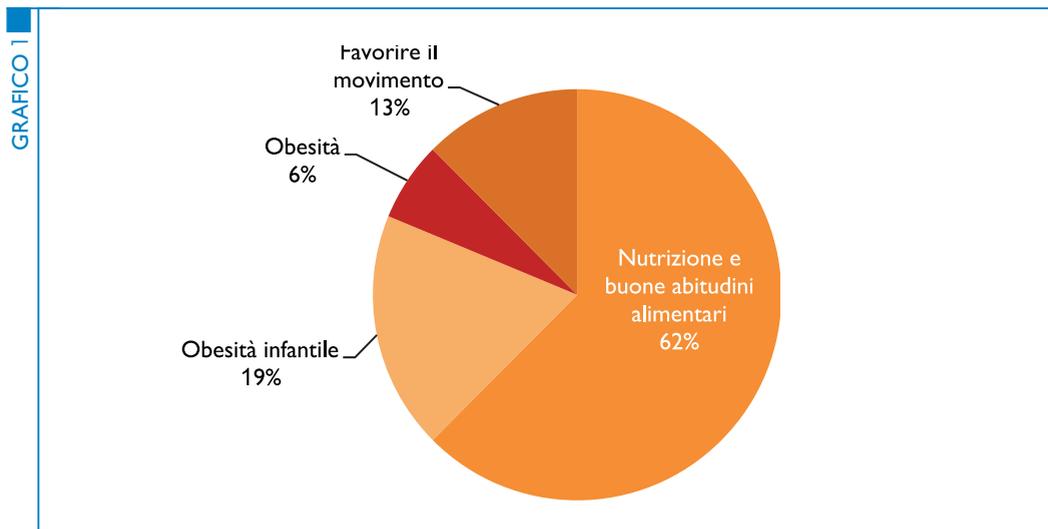
Un'alimentazione varia ed equilibrata è alla base di una vita in salute. Un'alimentazione inadeguata, infatti, oltre a incidere sul benessere psicofisico, rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza di numerose malattie croniche. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, circa un terzo delle malattie cardiovascolari e dei tumori potrebbero essere evitati grazie a una equilibrata e sana alimentazione; si potrebbero evitare tre milioni di morti ogni anno con un consumo sufficiente di frutta e verdura fresca. L'alimentazione, assieme all'attività fisica, ha un ruolo fondamentale nella prevenzione di molte malattie: le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte al mondo. Dopo il fumo e l'età, un'alimentazione non equilibrata rappresenta il fattore di rischio principale per questo gruppo di malattie. A influire negativamente è un'alimentazione troppo ricca, particolarmente abbondante in calorie, grassi, specie quelli saturi, colesterolo, sale e zuccheri e povera di fibre, che favorisce l'insorgenza di aterosclerosi. Secondo l'OMS l'obesità colpisce nel mondo quasi mezzo miliardo di persone e rappresenta uno dei principali fattori di rischio per l'insorgenza delle malattie cardiovascolari, del diabete di tipo 2, di alcuni tumori, dell'artrosi, dell'osteoporosi. Riduce inoltre notevolmente l'aspettativa di vita. Il diabete di tipo 2 colpisce circa il 6% della popolazione mondiale e fra le sue complicanze ma le malattie cardiovascolari, le malattie renali, la vasculopatia diabetica (piede diabetico) e la cecità. Le persone che ne sono affette hanno un'aspettativa di vita ridotta rispetto alla popolazione generale. L'alimentazione influenza anche l'insorgenza di alcuni tumori. Un consumo eccessivo di carni rosse e carente di fibre (frutta, verdura, legumi e cereali integrali) è associato al rischio di sviluppare tumori dell'apparato digerente (stomaco, esofago, intestino). Un ruolo altrettanto importante viene svolto dal consumo di alcol e di sale. Un'alimentazione povera di calcio e vitamina D nel corso della vita, associata a una scarsa attività fisica, può facilitare il danno osseo causato da condizioni come l'osteoporosi, una patologia molto diffusa soprattutto a causa dell'allungamento della vita e che aumenta il rischio di fratture e riduce la qualità e la speranza di vita.

Per quanto riguarda il *movimento* invece, muoversi quotidianamente produce effetti positivi sulla salute fisica e psichica della persona. Gli studi scientifici che ne confermano gli

effetti benefici sono ormai innumerevoli e mettono in luce che l'attività fisica: migliora la tolleranza al glucosio e riduce il rischio di ammalarsi di diabete di tipo 2; previene l'ipercolesterolemia e l'ipertensione e riduce i livelli della pressione arteriosa e del colesterolo; diminuisce il rischio di sviluppo di malattie cardiache e di diversi tumori, come quelli del colon e del seno; riduce il rischio di morte prematura, in particolare quella causata da infarto e altre malattie cardiache; previene e riduce l'osteoporosi e il rischio di fratture, ma anche i disturbi muscolo-scheletrici (per esempio il mal di schiena); riduce i sintomi di ansia, stress e depressione; previene, specialmente tra i bambini e i giovani, i comportamenti a rischio come l'uso di tabacco, alcol, diete non sane e atteggiamenti violenti e favorisce il benessere psicologico attraverso lo sviluppo dell'autostima, dell'autonomia e della facilità la gestione dell'ansia e delle situazioni stressanti; produce dispendio energetico e la diminuzione del rischio di obesità. Quando si parla di attività fisica non è raro incorrere nell'errore di confonderla con lo sport. Non è così. L'Organizzazione mondiale della sanità la definisce come qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede un dispendio energetico. In questa definizione rientrano quindi non solo le attività sportive, ma anche l'attività lavorativa di coloro che svolgono un lavoro manuale e normali movimenti della vita quotidiana, come camminare, andare in bicicletta, ballare, giocare, fare giardinaggio e i lavori domestici. Per svolgere attività fisica, quindi, non è necessario trovare del tempo espressamente dedicato a questo. Si può trovare l'occasione di fare movimento in ogni momento della giornata trasformando le normali attività quotidiane in un pretesto per fare un po' di esercizio.

Sono state identificate 13 campagne istituzionali di comunicazione incentrate su alimentazione e movimento, sia europee che mondiali, che mostrano una prevalenza del tema "nutrizione e buone abitudini alimentari"; importanti sono anche i temi dell'obesità (soprattutto infantile) e del movimento (Grafico 1).

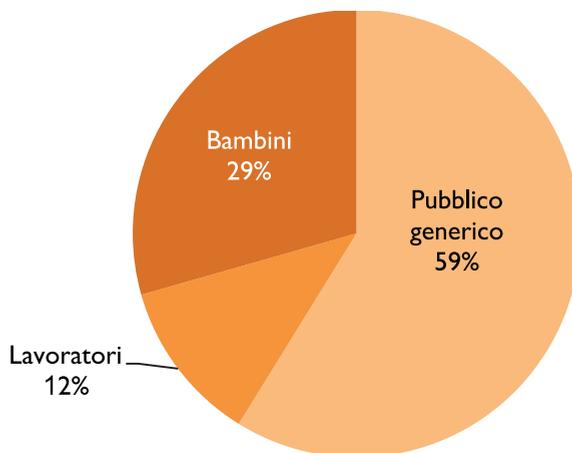
Temi Alimentazione e Movimento



In riferimento al target, prevale sicuramente il pubblico generico, seguito dai bambini e dai lavoratori (Grafico 2). Questi dati mostrano delle tendenze significative delle campagne in generale: innanzitutto a parlare di sane abitudini si inizia fin da piccoli; numerose sono le campagne dedicate proprio ai bambini in età elementare; questo perché si è visto come cominciare fin da piccoli sia estremamente importante affinché un comportamento corretto diventi “automatico” una volta diventati adulti. L'alimentazione dei più piccoli è fondamentale per una normale crescita, per prevenire malattie croniche e per acquisire uno stile alimentare sano che si porterà avanti per tutta la vita. Tuttavia, i bisogni nutrizionali di bambini al di sotto dei 12 anni sono peculiari. Innanzitutto, perché il loro bisogno in energia e in nutrienti è più alto, in rapporto al peso, rispetto a quello degli adulti. È fondamentale che la dieta sia varia, ricca e abbia un alto contenuto di frutta e ortaggi. I bambini andrebbero incoraggiati ad assaggiare cibi diversi e a masticare bene. È importante, inoltre, che siano attivi fisicamente per almeno un'ora al giorno, anche solo correndo e giocando, e che non trascorrono molto tempo della loro giornata in attività sedentarie. Un altro luogo importante in cui poter parlare di alimentazione è sicuramente il luogo dove si lavora e in cui si spende la maggior parte del tempo; in questo modo i lavoratori sono sicuramente un target “appetibile” per le campagne sulle sane abitudini alimentari, in quanto i pasti vengono consumati fuori casa.

Target Alimentazione e Movimento

GRAFICO 2



IN EUROPA

Anno	2005
Titolo/Progetto	EU Platform on Diet, Physical Activity and Health
Prodotta da	Evaluation Partnership on behalf of the Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium (PHEIAC)
Temi/Prodotto	Nutrizione e buone abitudini alimentari
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Realizzare azioni per la lotta all'obesità e per lo sviluppo di un maggiore dialogo tra gli attori del settore e a un significativo impatto sulle politiche nazionali ed europee
Materiale/Promozione	Campagne varie

Anno	2007-2012
Titolo/Progetto	European action plan
Prodotta da	Commissione Europea
Temi/Prodotto	Nutrizione e buone abitudini alimentari
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Realizzare azioni riguardanti quattro aree prioritarie d'intervento: le malattie legate alle abitudini alimentari, l'obesità nei bambini e negli adolescenti, la carenza di micronutrienti e le malattie legate alla sicurezza alimentare
Materiale/Promozione	Campagne varie

Anno	2009-2012
Titolo/Progetto	Eatwell
Prodotta da	Commissione Europea
Temi/Prodotto	Nutrizione e buone abitudini alimentari
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Fornire agli Stati Membri dell'UE le migliori direttive pratiche per sviluppare interventi politici appropriati che incoraggino un'alimentazione sana. Il progetto riunisce nove consorzi partner, incluse le massime università europee, istituti, organizzazioni no-profit, ma anche rappresentanti dell'industria alimentare e agenzie di comunicazione, che lavorano insieme e condividono le loro competenze riguardo il comportamento dei consumatori, la nutrizione, l'economia, la comunicazione e la politica sulla salute
Materiale/Promozione	Campagne varie

Anno	2009
Titolo/Progetto	Eat it, drink it, move it
Prodotta da	Commissione Europea
Temi/Prodotto	Nutrizione e buone abitudini alimentari
Target	Bambini
Obiettivo	Promuovere i principi di un'alimentazione equilibrata e abitudini alimentari più sane
Materiale/Promozione	Sito internet, gare, eventi

Anno	2009
Titolo/Progetto	Tasty Bunch: la squadra dei sapori
Prodotta da	Commissione Europea
Temi/Prodotto	Nutrizione e buone abitudini alimentari
Target	Bambini
Obiettivo	Promuovere corrette abitudini alimentari tra i bambini
Materiale/Promozione	Materiale didattico, quiz, ricette

Anno	2009
Titolo/Progetto	FOOD
Prodotta da	Commissione Europea
Temi/Prodotto	Nutrizione e buone abitudini alimentari
Target	Pubblico generico, lavoratori
Obiettivo	Affronta il crescente problema dell'obesità promuovendo abitudini alimentari sane durante la giornata lavorativa. Persegue due obiettivi: migliorare le abitudini alimentari dei lavoratori, sensibilizzandoli ai temi legati alla salute e promuovere la qualità nutritiva degli alimenti offerti da ristoranti e mense aziendali
Materiale/Promozione	Pubblicità di prodotti alimentari sani sui buoni pasto, menù, tovaglette, seminari di cucina, quiz, test

Anno	2010
Titolo/Progetto	FAN
Prodotta da	Università della Svizzera italiana (USI), Istituto di comunicazione pubblica (ICP), in collaborazione con il Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (SPVS) dell'Ufficio del medico cantonale, e con il sostegno di Promozione salute svizzera (PSS)
Temi/Prodotto	Nutrizione e buone abitudini alimentari
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Promuovere l'attività fisica e l'alimentazione equilibrata tramite l'uso di tecnologie di comunicazione
Materiale/Promozione	Social media, sito internet

Anno	2011
Titolo/Progetto	Food 4 U
Prodotta da	Ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali
Temi/Prodotto	Nutrizione e buone abitudini alimentari
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Sensibilizzare i giovani sull'importanza di essere consapevoli delle proprie scelte alimentari per il benessere presente e futuro. Gli studenti, attraverso il lancio di un concorso per la realizzazione di uno spot televisivo, sono coinvolti in modo interattivo
Materiale/Promozione	Spot su Youtube

Anno	2012
Titolo/Progetto	We care you, enjoy
Prodotta da	Hortyfruta e Proexport, con il supporto dell'Unione europea e del Ministero dell'Agricoltura spagnolo
Temi/Prodotto	Nutrizione e buone abitudini alimentari
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Un'attenzione particolare è rivolta ai cinque ortaggi spagnoli per eccellenza: broccoli, pomodori, lattuga, cetrioli e peperoni. Nel ricettario sono indicati suggerimenti e idee su come poter raggiungere uno stile di vita più sano attraverso la preparazione in cucina di piatti semplici, freschi e salutari
Materiale/Promozione	Collezione di ventiquattro ricette di cucina mediterranea su internet

NEL MONDO

Anno	2009
Titolo/Progetto	Stairway to Health
Prodotta da	Agenzia per la salute pubblica (Canada), Canadian Council for Health and Active Living at Work (CCHALW) e Ottawa Heart Beat
Temi/Prodotto	Favorire il movimento
Target	Lavoratori
Obiettivo	Promozione dell'uso delle scale in azienda
Materiale/Promozione	Locandine, iniziative

Anno	2010
Titolo/Progetto	Let's Move
Prodotta da	Michelle Obama
Temi/Prodotto	Obesità Infantile
Target	Bambini
Obiettivo	Promuovere il movimento e corrette abitudini alimentari per combattere l'obesità infantile
Materiale/Promozione	Sito internet, iniziative, opuscoli, brochure, ricette

Anno	2012-2014
Titolo/Progetto	Obesity Day
Prodotta da	OMS
Temi/Prodotto	Obesità
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Per promuovere scelte consapevoli e combattere la diffusione delle malattie croniche è necessario avere un approccio multisettoriale e avviare strategie di prevenzione a livello di popolazione
Materiale/Promozione	Iniziative varie

Anno	2013
Titolo/Progetto	Strong 4 Life
Prodotta da	Children's Healthcare of Atlanta
Temi/Prodotto	Obesità infantile
Target	Bambini
Obiettivo	Promuovere il movimento per combattere l'obesità infantile
Materiale/Promozione	Incontri, sito internet, poster

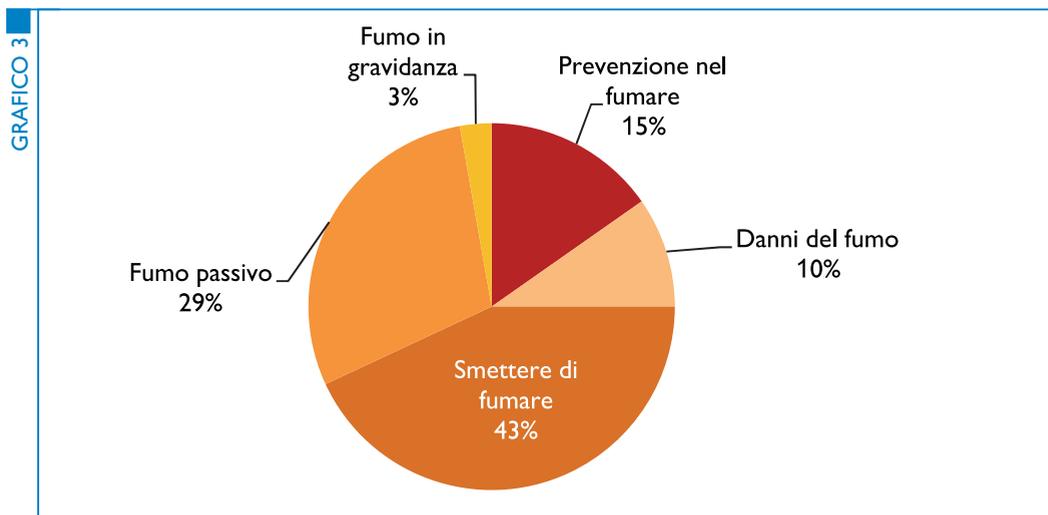
6.2. FUMO E ALCOL

Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. L'epidemia del tabacco è una delle più grandi sfide di sanità pubblica della storia. L'OMS ha definito il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea". Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno venticinque malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive e altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie. Il tabacco rappresenta un grave problema per la salute nell'UE e nel mondo, con circa un miliardo di fumatori, di cui circa l'80% vive in paesi a basso e medio reddito, nei quali il carico di malattia e mortalità collegato al tabacco è più pesante. Il 70% dei consumatori inizia a fumare prima dei 18 anni di età e il 94% prima dei 25 anni. A livello mondiale, l'OMS stima che il consumo di tabacco uccida attualmente quasi sei milioni di persone ogni anno. Tale cifra potrebbe raggiungere gli otto milioni entro il 2030 se non si prendono provvedimenti volti a invertire questa preoccupante tendenza. In Europa, il fumo uccide ogni anno circa settecentomila persone, il che rende il consumo di tabacco il principale rischio evitabile per la salute. Milioni di cittadini dell'UE soffrono di malattie correlate al fumo, tra cui cancro, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie. Circa il 50% dei fumatori muore in media quattordici anni prima e chi fuma è affetto per più anni da condizioni precarie di salute. L'abitudine al fumo (tabagismo) rappresenta uno dei più grandi problemi di sanità pubblica a livello mondiale ed è uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie neoplastiche, cardiovascolari e respiratorie. Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile. L'OMS calcola che quasi sei milioni di persone perdono la vita ogni anno per i danni da tabagismo, fra le vittime oltre 600.000 sono non fumatori esposti al fumo passivo. Il fumo uccide una persona ogni sei secondi ed è a tutti gli effetti un'epidemia fra le peggiori mai affrontate a livello globale. Il totale dei decessi entro il 2030 potrebbe raggiungere quota otto milioni all'anno e si stima che nel XXI secolo il tabagismo avrà causato fino a un miliardo di morti. Il fumo non è responsabile solo del tumore del polmone, ma rappresenta anche il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie non neoplastiche, fra cui la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ed è uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare: un fumatore ha un rischio di mortalità, a causa di una coronaropatia, superiore da tre a cinque volte rispetto a un non fumatore. Un individuo che fuma per tutta la vita ha il 50% di probabilità di morire per una patologia direttamente correlata al fumo e la sua vita potrebbe non superare un'età compresa tra i 45 e i 54 anni. In generale, va considerato che la qualità di vita del fumatore è seriamente compromessa, a causa della maggiore frequenza di patologie respiratorie (tosse, catarro, bronchiti ricorrenti, asma, etc.) e cardiache (ipertensione, ictus, infarto) che possono limitare le attività della vita quotidiana.

In questi anni a livello sia nazionale che internazionale si stanno sempre più sviluppando interventi di prevenzione e di cura per affrontare questa "epidemia" in modo complessivo. Su un totale di cinquantasei campagne identificate, per quanto riguarda i temi vi è una netta prevalenza di iniziative che si concentrano sullo "smettere di fumare", seguite da quelle sul fumo passivo e sulla prevenzione. L'azione prevale quindi sulla prevenzione, sia in prima persona che in terza persona: ci si rivolge ai fumatori affinché tutelino la propria

salute, ma anche la salute di chi li circonda, soprattutto bambini. Altro tema toccato è il fumo in gravidanza, che rientra tra le azioni di tutela di chi non può scegliere autonomamente della propria salute (Grafico 3).

Temi fumo

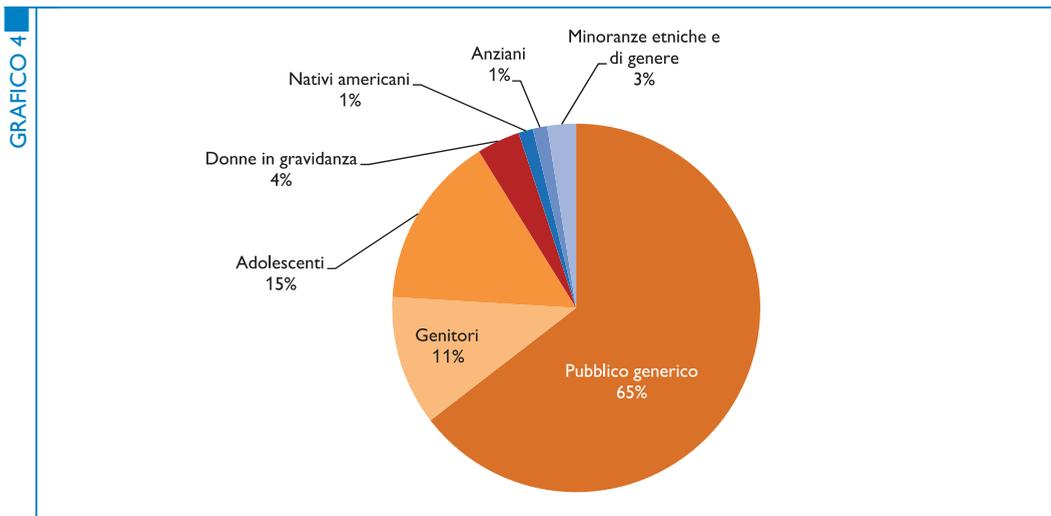


Il target rispecchia i temi trattati: oltre al pubblico generico, che rappresenta la percentuale massima, troviamo genitori, adolescenti e donne in gravidanza (Grafico 4). Il periodo della gravidanza è un'opportunità particolare per smettere definitivamente di fumare, chiedendo sia al ginecologo che ai servizi sanitari. Inoltre è importante che anche i familiari fumatori che vivono con una donna in gravidanza, in primo luogo l'altro genitore, facciano lo stesso. Molti studi hanno dimostrato che il tabagismo della madre, durante la gravidanza, è una delle cause di aborto spontaneo, di parto prematuro, così come di aumento della mortalità e morbilità perinatale e infantile; inoltre aumenta il rischio di sindrome di morte improvvisa del lattante, di basso peso alla nascita, di sindrome di astinenza neonatale da nicotina.

Gli studi evidenziano anche un ritardo nella crescita cognitiva nell'infanzia, un rischio maggiore di infezioni respiratorie, asma e alterazioni in alcuni cromosomi fetali più sensibili ai composti genotossici del tabacco. Le madri che fumano hanno meno latte e di minore qualità rispetto a una non fumatrice. Per quanto riguarda gli adolescenti, nonostante la diminuzione del numero dei fumatori nei paesi industrializzati, resta preoccupante la percentuale dei fumatori giovani. In tutto il mondo, in base ai dati dell'OMS, ogni giorno circa centomila giovani iniziano a fumare. L'iniziazione e lo sviluppo dell'abitudine al fumo progredisce secondo una sequenza solitamente composta di 5 fasi: sviluppo di credenze e attitudini relative al tabacco; sperimentazione con finalità di prova; adozione del comportamento a breve termine; uso regolare; dipendenza. Le motivazioni che spingono i giovani a fumare dipendono da un processo multifattoriale complesso, come fattori di rischio

ambientali (accessibilità ai prodotti a base di tabacco, accettazione del tabacco nel contesto sociale di vita, disagio familiare), sociodemografici (basso livello socioeconomico) e comportamentali-individuali (basso livello di scolarità, capacità nel resistere all'influenza sociale, basso livello di autostima e di autoefficacia). Per contrastare questo problema, che racchiude in sé sia aspetti sanitari che sociali, la comunità scientifica raccomanda programmi di prevenzione da rivolgere sia alla società nel suo complesso e alla popolazione "sana" (prevenzione ambientale e universale), che a gruppi e individui a rischio (prevenzione selettiva e indicata). In linea generale l'obiettivo degli interventi di prevenzione è quello di contrastare l'uso di sostanze nella comunità e tra i giovani, attraverso la riduzione dei fattori di rischio e l'acquisizione di competenze e abilità personali (*life skills*), che influenzino i fattori di protezione. Uno dei contesti privilegiati dove sviluppare programmi di prevenzione efficaci è quello scolastico, attraverso interventi partecipativi, volti a fornire informazioni corrette sull'uso del tabacco e, contestualmente, facilitare lo sviluppo di competenze come il pensiero critico, la capacità decisionale e la gestione delle emozioni. L'efficacia di questi interventi aumenta se viene coinvolta la famiglia e il contesto sociale di appartenenza. In generale questi interventi devono avere la finalità di promuovere l'*empowerment* persone e della comunità di riferimento, affinché ognuno possa fare delle scelte sulla salute consapevoli.

Target fumo



Per quanto riguarda l'alcol, la Commissione Europea stima che cinquantacinque milioni di adulti consumino in Europa alcolici secondo modalità a rischio e che ventitré di questi siano alcol dipendenti. In Italia sono nove milioni i consumatori a rischio di cui oltre un milione giovani dagli 11 ai 24 anni e oltre tre milioni di *over-65*. Quattro milioni di italiani bevono ogni anno almeno una volta per ubriacarsi. L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e con la capacità di indurre dipendenza. Al contrario di quanto si

ritiene comunemente, l'alcol non è un nutriente e il suo consumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni. Causa invece danni diretti alle cellule di molti organi, soprattutto fegato e sistema nervoso centrale, e in particolare alle cellule del cervello. Il consumo di bevande alcoliche è responsabile o aumenta il rischio dell'insorgenza di numerose patologie: cirrosi epatica, pancreatite, tumori maligni e benigni (per esempio quello del seno), epilessia, disfunzioni sessuali, demenza, ansia, depressione. L'alcol è inoltre responsabile di molti danni indiretti (i cosiddetti danni alcol-correlati), dovuti a comportamenti associati a stati di intossicazione acuta, come nel caso dei comportamenti sessuali a rischio, degli infortuni sul lavoro e degli episodi di violenza. Un capitolo a parte meritano gli incidenti stradali provocati dalla guida in stato d'ebbrezza che hanno un peso preponderante nella mortalità giovanile: non a caso la percentuale maggiore delle campagne affronta questo tema. Si stima che in Europa sia attribuibile all'uso dannoso di alcol il 25% dei decessi tra i ragazzi di 15-29 e il 10% dei decessi tra le ragazze di pari età. Per quanto riguarda le donne in gravidanza, l'alcol che una donna beve in gravidanza passa direttamente nella circolazione sanguigna del feto con possibili conseguenze sulla sua normale crescita intrauterina. Bastano quaranta minuti perché la concentrazione di alcol nel sangue del feto eguagli quella del sangue materno. Le conseguenze dell'esposizione all'alcol variano in base alla quantità assunta ma non esistono quantità pur minime di alcol che possono essere considerate non nocive per il feto. Ridurre il consumo di alcol, o smettere completamente di bere, produce sempre effetti benefici sullo stato di salute in qualunque momento della vita. Alcuni danni prodotti dall'alcol sono completamente reversibili se affrontati tempestivamente.

Per consumo moderato di alcol si intende una quantità inferiore a un bicchiere di bevanda alcolica al giorno, pari in media a non più di 10 grammi di alcol. I possibili vantaggi del consumo così inteso sono riferibili a una riduzione del rischio di mortalità cardiocoronarica, di diabete di tipo 2 e di calcolosi della colecisti; non sono vantaggi registrabili per tutti e di solito riferibili a soggetti di sesso maschile di età superiore ai 65 anni. Non esiste consenso scientifico e non sono verificati i vantaggi del bere moderato per le donne e per i giovani. L'esposizione protratta a quantità superiori a quelle definite moderate e qualunque fenomeno di eccesso pur sporadico annullano di fatto eventuali possibili vantaggi; in molti casi, la riduzione o la cessazione del consumo di alcol sono associate a un rapido miglioramento delle condizioni fisiche e anche a una riduzione del rischio di mortalità prematura. Al netto degli effetti positivi e negativi, gli svantaggi del bere prevalgono comunque sempre sui vantaggi per cui attuare scelte informate assume il significato di attenta valutazione dei contesti e delle situazioni in cui avviene il consumo.

Sono state identificate soltanto quattro campagne istituzionali dedicate alla prevenzione rispetto all'abuso di alcol, dedicate ai danni dell'alcol in generale e in gravidanza in particolare.

Per quanto riguarda il target, è interessante notare come ci si rivolga soprattutto alle donne in gravidanza e ai guidatori. Non esistono quantità di alcol sicure alla guida: il livello di concentrazione di alcol nel sangue (alcolemia) ottimale ai fini dell'idoneità psicofisica alla guida è zero grammi per litro. Mettersi alla guida dopo aver bevuto fa sì che si riduca il campo visivo e si abbia una percezione distorta delle distanze e della velocità. Non è un caso che il numero degli incidenti stradali causati dalla guida in stato di ebbrezza sia eleva-

tissimo e rappresenti quasi il 50% di tutti gli incidenti, causando in totale circa ottomila morti, diecimila invalidi gravi e sessantamila ricoveri l'anno. Se si deve guidare quindi è fondamentale non bere, qualunque sia l'età. Quando si consuma alcol nonostante ci si debba mettere alla guida è indispensabile aspettare due ore per ogni bicchiere di bevanda consumato.

IN EUROPA

Anno	2011-2013
Titolo/ Progetto	Ex smokers are unstoppable
Prodotta per	Unione europea
Prodotta da	Unione europea
Temii/Prodotto	Prevenzione nel fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Incoraggiare e aiutare i cittadini a smettere di fumare Sensibilizzare ai pericoli del tabacco Contribuire a realizzare l'obiettivo di lungo termine della Commissione europea di un'Europa senza fumo
Materiale	ICoach (app mobile), stampe, volantini, web, filmati, spot

Anno	2011
Titolo/Progetto	Io parlo di alcol
Prodotta da	Ufficio federale della sanità pubblica (Svizzera), Dipendenze Svizzera, Ticino Addiction, Fachverband Sucht e Groupement Romand d'Etudes des Addictions
Temii/Prodotto	Alcol
Target	Pubblico generico
Obiettivo	La campagna poggia sulla volontà di dare la parola alla popolazione affinché possa esprimere la sua opinione in merito al tema dell'alcol; si intende creare un'ampia piattaforma per scambi d'opinione e lanciare il dialogo sociale sul tema dell'alcol
Materiale/Promozione	Incontri, brochure, cartelloni

Anno	2011
Titolo/Progetto	Look younger. Longer
Prodotta per	NHS (sistema sanitario nazionale UK)
Prodotta da	Studio Hungryman
Temii/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Mostrare i danni del fumo sul viso e sulla pelle di una donna mentre fuma
Materiale/Promozione	Spot http://www.ilpost.it/2011/11/30/video-effetti-fumo/

Anno	2013
Titolo/Progetto	Baby Love
Prodotta da	Cancer society of Finland
Temi/Prodotto	Fumo in gravidanza
Target	Donne in gravidanza
Obiettivo	Mostrare i danni del fumo in gravidanza; una madre fumatrice viene rappresentata come una psicopatica: prepara il fasciatoio appuntandovi degli spilli, affila dei coltelli che pone insieme ai peluche della giostrina sopra la culla, piega e deforma forchette che infila nei buchi della corrente, tosa con un rasoio elettrico un orso di peluche, mette l'acido nel biberon ed un serpente vivo nella carrozzina; infine si siede sul divano ed accarezzando il pancione fuma una sigaretta
Materiale/Promozione	Spot http://www.youtube.com/watch?v=SPBQI15c9fw

Anno	2013
Titolo/Progetto	Drop a glass size
Prodotta da	Governo scozzese
Temi/Prodotto	Alcol
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Ciascuno può caricare una propria foto di oggi e vedere come cambierà il proprio aspetto tra dieci anni in base ai livelli di consumo di alcol dichiarati
Materiale/Promozione	App per smartphone

Anno	2013
Titolo/Progetto	Drugs and Alcool
Prodotta da	Network Europeo delle Polizie Stradali (TISPOL)
Temi/Prodotto	Alcol alla guida
Target	Guidatori
Obiettivo	Si intende sviluppare una cooperazione operativa tra le Polizie Stradali europee per ridurre il numero di vittime della strada e degli incidenti stradali, elevando gli standard di sicurezza stradale e armonizzando l'attività di prevenzione, informazione e controllo. Obiettivo della campagna è di effettuare in Europa, durante l'intera settimana in cui si articola l'operazione congiunta, almeno un milione di controlli per l'accertamento della guida in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti.
Materiale/Promozione	Controlli stradali

Anno	2014
Titolo/Progetto	Too young to drink
Prodotta da	European Fasd Alliance (Svezia)
Temi/Prodotto	Alcol in gravidanza
Target	Donne in gravidanza
Obiettivo	Mostrare i danni dell'alcol sui bambini durante la gravidanza, anche attraverso testimonianze
Materiale/Promozione	Spot, cartelloni, sito internet, video

NEL MONDO

Anno	2003
Titolo/Progetto	National Tobacco Campaign
Prodotta da	Governo australiano
Temì/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Contribuire a ridurre il numero di fumatori
Materiale/Promozione	Televisione, radio, stampa, avvertimenti telematici

Anno	2006
Titolo/Progetto	Code Blue for Lung Cancer
Prodotta da	American Legacy Foundation, National Associations of Broadcasters
Temì/Prodotto	Prevenzione nel fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	La diagnosi precoce, lo smettere di fumare e la ricerca di una cura possono aiutare a prevenire il cancro ai polmoni. La campagna è uno sforzo nazionale di sensibilizzazione sulla prevenzione del cancro al polmone e per cercare di aumentare il tasso di sopravvivenza di coloro che lottano contro di esso
Materiale/Promozione	Documentari, annunci radiofonici, spot televisivi, servizio online dedicato

Anno	2007
Titolo/Progetto	Now Is Time To Quit Smoking
Prodotta da	Ministero della salute e dell'invecchiamento australiano
Temì/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Adolescenti, genitori
Obiettivo	Mostrare i danni del fumo
Materiale/Promozione	Stampe, annunci radio, spot

Anno	2008
Titolo/ Progetto	TRU - Tobacco: This is the Life
Prodotta per	North Carolina Tobacco Prevention and Control Branch (DHHS)
Prodotta da	Capstrat
Temì/Prodotto	Prevenzione nel fumare, danni del fumo
Target	Adolescenti
Obiettivo	Condividere storie vere di persone che hanno avuto gravi problemi di salute a causa del tabacco
Materiale	Spot televisivi

Anno	2009
Titolo/Progetto	The Quit and Win Smoking Cessation Program
Prodotta da	Ufficio promozione della salute NY, Servizio di cure primarie NY
Temì/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Dare un aiuto concreto, confidenziale e gratuito a chi desidera smettere di fumare
Materiale/Promozione	Assistenza

Anno	2010
Titolo/ Progetto	Arkansas - Clear the Air/Secondhand Smoke Campaign
Prodotta per	Arkansas Department of Health
Prodotta da	Soundscapes
Temi/Prodotto	Fumo passivo, leggi antifumo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Mostrare le conseguenze del fumo passivo e i benefici delle leggi antifumo
Materiale	Stampe, spot televisivi, annunci radio

Anno	2010
Titolo/ Progetto	Camel campaign
Prodotta per	Massachusetts Department of Public Health
Prodotta da	Massachusetts Department of Public Health
Temi/Prodotto	Prevenzione nel fumare, manipolazione delle industrie di tabacco
Target	Adolescenti
Obiettivo	Ridurre il consumo di tabacco fra i giovani
Materiale	Spot televisivi

Anno	2010
Titolo/ Progetto	Don't Be Fooled - Colored Packs Campaign
Prodotta per	New York City Department of Health and Mental Hygiene
Prodotta da	DCF Advertising
Temi/Prodotto	Manipolazione delle industrie del tabacco
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Avvisare i consumatori sulle tecniche di marketing dell'industria del tabacco
Materiale	Spot televisivi, stampe

Anno	2010
Titolo/ Progetto	Dear me (Alaska)
Prodotta per	Alaska Tobacco Prevention and Control Program
Prodotta da	Northwest Strategies
Temi/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Sostiene i fumatori che vogliono smettere, soprattutto i lavoratori a basso reddito, facendo leva sulla determinazione personale
Materiale	Spot televisivi

Anno	2010
Titolo/ Progetto	I'm a Model
Prodotta per	Ringgold County Public Health (IA)
Prodotta da	ZLR Ignition
Temi/Prodotto	Smettere di fumare, fumo passivo
Target	Donne in gravidanza
Obiettivo	Aiutare le madri a diventare un modello per i propri figli smettendo di fumare
Materiale	Stampe

Anno	2010
Titolo/ Progetto	Legacy Secondhand Smoke Campaign (ALF-American Legacy Foundation)
Prodotta per	Legacy
Prodotta da	Arnold Worldwide
Temì/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Evidenziare i danni del fumo passivo come un rischio sul posto di lavoro, soprattutto cercando di salvaguardare coloro che non possono scegliere il posto in cui lavorare
Materiale	Stampe, radio

Anno	2010
Titolo/ Progetto	Let's Do This - Smokefree Parks
Prodotta per	Public Health - Seattle & King County
Prodotta da	GMMB
Temì/Prodotto	Fumo passivo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Avere il sostegno della comunità per i parchi liberi dal fumo
Materiale	Stampa

Anno	2010
Titolo/ Progetto	Let's Do This - Smokefree Parks
Prodotta per	Public Health - Seattle & King County
Prodotta da	GMMB
Temì/Prodotto	Fumo passivo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Avere il sostegno della comunità per i parchi liberi dal fumo
Materiale	Stampa

Anno	2010
Titolo/ Progetto	Quitline Counselor
Prodotta per	Nebraska, Tobacco Free Nebraska
Prodotta da	Snitily Carr
Temì/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Dare un rinforzo positivo alle persone che stanno cercando di smettere di fumare e ricordare loro che c'è aiuto disponibile per aiutarli a smettere
Materiale	Spot televisivi, radio

Anno	2010
Titolo/ Progetto	Reverse The Damage
Prodotta per	New York City Department of Health and Mental Hygiene
Prodotta da	Rivet
Temì/Prodotto	Danni del fumo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Mostrare quali siano le conseguenze del fumo sul fisico
Materiale	Stampe, spot televisivi

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Strategic Program Awareness Campaign
Prodotta per	Alaska Tobacco Prevention and Control Program
Prodotta da	Northwest Strategies
Temi/Prodotto	Prevenzione nel fumare
Target	Pubblico generico, nativi americani
Obiettivo	Educare la popolazione sulla prevenzione, far vedere come si stia lavorando in termini di leggi sul tabacco nello stato
Materiale	Web video

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Piles of Packs Campaign
Prodotta per	Arkansas Department of Health
Prodotta da	Soundscapes
Temi/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Motivare le persone a smettere di fumare mostrando loro l'elevato costo delle sigarette e chiedendo loro di rivolgersi a una linea telefonica
Materiale	Stampe

Anno	2011
Titolo/ Progetto	One Cigarette
Prodotta per	New York City Department of Health and Mental Hygiene
Prodotta da	DCF Advertising
Temi/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Far capire ai fumatori di NY che smettere di fumare comporta molti vantaggi per la salute, rivolgendosi soprattutto ai "fumatori leggeri" che fumano meno di 10 sigarette al giorno
Materiale	Stampe, spot televisivi, web banner,

Anno	2011
Titolo/Progetto	Act 811
Prodotta per	Arkansas Department of Health
Prodotta da	Soundscapes
Temi/Prodotto	Leggi antifumo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Evidenziare il passaggio della legge 811 che rende illegale fumare in un veicolo con bambini al di sotto di 14 anni
Materiale/Promozione	Cartelli, annunci radio

Anno	2011
Titolo/Progetto	Act 811
Prodotta per	Arkansas Department of Health
Prodotta da	Soundscapes
Temi/Prodotto	Leggi antifumo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Evidenziare il passaggio della legge 811 che rende illegale fumare in un veicolo con bambini al di sotto di 14 anni
Materiale/Promozione	Cartelli, annunci radio

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Be an original
Prodotta per	Rhode Island Department of Health
Prodotta da	(add)ventures
Temì/Prodotto	Prevenzione nel fumare, manipolazione delle industrie di tabacco
Target	Adolescenti
Obiettivo	Mostrare gli inganni del marketing delle industrie di tabacco ai danni dei più giovani per ridurre da parte loro il consumo di tabacco
Materiale	Sticker, stampe

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Oklahoma Tobacco Helpline
Prodotta per	Oklahoma Tobacco Settlement Endowment Trust
Prodotta da	VI Marketing and Branding
Temì/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Mostrare i vantaggi dello smettere di fumare attraverso l'esempio di alcuni testimonial
Materiale	Spot televisivi, stampe, radio

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Big T
Prodotta per	Virginia Foundation for Healthy Youth
Prodotta da	Barber Martin Advertising
Temì/Prodotto	Prevenzione nel fumare, manipolazione delle industrie di tabacco
Target	Adolescenti
Obiettivo	Ridurre il consumo di tabacco fra i giovani della Virginia
Materiale	Spot televisivi, annunci radio

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Doorways
Prodotta per	Southern Nevada Health District
Prodotta da	Virgen
Temì/Prodotto	Fumo passivo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Far vedere come i danni del fumo passivo non siano correlati alla quantità di fumo inalato
Materiale	Spot televisivo, radio, stampe

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Keep Childhood Smoke-Free
Prodotta per	North Carolina Tobacco Prevention and Control Branch (DHHS)
Prodotta da	Capstrat
Temì/Prodotto	Smettere di fumare, fumo passivo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Far sì che i genitori non fumino in presenza dei bambini, attraverso la rivisitazione di alcune poesie per bambini
Materiale	Radio, stampe

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Faces of Florence
Prodotta per	Smoke Free Florence
Prodotta da	Smoke Free Florence
Temi/Prodotto	Fumo passivo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Informare sui pericoli del fumo passivo e sostenere posti di lavoro dove non sia permesso fumare
Materiale	Stampe

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Partially Protected/Completely Exposed
Prodotta per	Colorado Department of Public Health and Environment
Prodotta da	SE2
Temi/Prodotto	Fumo passivo, leggi antifumo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Creare la consapevolezza che non esiste un livello sicuro di esposizione al fumo passivo
Materiale	Stampe

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Project Filter - Inspiration
Prodotta per	Idaho Department of Health and Welfare
Prodotta da	Idaho Tobacco Prevention and Control Program
Temi/Prodotto	Smettere di fumare, prevenzione nel fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Utilizzando noti testimonial, si cerca di influenzare i giovani che fumano a smettere
Materiale	Spot televisivi, stampe

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Project Filter - LGBT Countermarketing/Outreach
Prodotta per	Idaho Department of Health and Welfare
Prodotta da	Idaho Tobacco Prevention and Control Program
Temi/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Minoranze etniche e di genere
Obiettivo	Contrastare l'influenza dell'industria del tabacco sulla comunità LGBT e dirigere i membri di questa comunità a utilizzare i servizi gratuiti offerti dallo Stato
Materiale	Stampe

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Smokefree Vegas
Prodotta per	Southern Nevada Health District
Prodotta da	Rescue Social Change Group
Temi/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Sensibilizzare i residenti di Las Vegas sul fatto che il tabacco rappresenta un problema per l'ambiente, le finanze e la salute personale
Materiale	Stampe, radio, spot televisivi

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Manipulicious
Prodotta per	Wisconsin Tobacco Control Board
Prodotta da	Knupp & Watson & Wallman
Temii/Prodotto	Manipolazioni dell'industria del tabacco
Target	Adolescenti
Obiettivo	Mostrare ai giovani le manipolazioni dell'industria del tabacco
Materiale	Stampe

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Project Filter Camel Snus Countermarketing Campaign
Prodotta per	Idaho Department of Health and Welfare
Prodotta da	Idaho Tobacco Prevention and Control Program
Temii/Prodotto	Manipolazione delle industrie del tabacco
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Mostrare le manipolazioni dell'industria del tabacco e fornire degli strumenti ai cittadini che volessero smettere di fumare
Materiale	Stampe

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Quit Story
Prodotta per	Philadelphia Department of Public Health
Prodotta da	Philadelphia Department of Public Health
Temii/Prodotto	Fumo passivo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Convincere chi vive a Philadelphia a smettere di fumare ed essere assistiti in questa decisione tramite medici, farmaci, linee telefoniche di aiuto
Materiale	Radio

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Right to Breathe
Prodotta per	Southern Nevada Health District
Prodotta da	Rescue Social Change Group
Temii/Prodotto	Fumo passivo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Esporre i danni del fumo passivo e supportare le leggi antifumo
Materiale	Radio, spot televisivi

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Secondhand Smoke Kids
Prodotta per	New York City Department of Health and Mental Hygiene
Prodotta da	Rivet
Temii/Prodotto	Fumo passivo
Target	Pubblico generico, genitori
Obiettivo	Far sì che la gente smetta di fumare anche dentro casa, allertando i genitori sui rischi del fumo passivo sui bambini
Materiale	Stampe, web banner, spot televisivi

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Show Ur No
Prodotta per	New Mexico Department of Health
Prodotta da	McKee Wallwork Cleveland
Temi/Prodotto	Prevenzione nel fumare
Target	Adolescenti
Obiettivo	Far sì che i ragazzi riescano a dire no al tabacco
Materiale	Web video

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Suffering Every Minute
Prodotta per	NYC Department of Health and Mental Hygiene
Prodotta da	Bandujo Advertising and Design
Temi/Prodotto	Smettere di fumare, danni del fumo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Incoraggiare le persone a smettere di fumare ed educarle sui danni a lungo termine del fumo
Materiale	Stampe, spot televisivi, web banner

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Sweet Deceit
Prodotta per	Advocacy Solutions/Providence Mayor's Substance Abuse Prevention Council, Rhode Island
Prodotta da	Advocacy Solutions/Providence Mayor's Substance Abuse Prevention Council, Rhode Island
Temi/Prodotto	Prevenzione nel fumare, manipolazione delle industrie del tabacco
Target	Adolescenti, genitori
Obiettivo	Educare i residenti di Providence su come l'industria del tabacco si rivolga ai giovani utilizzando nei loro prodotti tabacchi fruttati o dal gusto dolce, oltre a strategie di prezzo interessanti
Materiale	Radio, televisione

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Tanker/Smoke
Prodotta per	Austin/Travis County Health and Human Services Department
Prodotta da	Sherry Matthews Advocacy Marketing
Temi/Prodotto	Fumo passivo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Diminuire la prevalenza del consumo di tabacco e l'esposizione al fumo passivo
Materiale	Spot televisivi

Anno	2011
Titolo/ Progetto	The Cigar Trap
Prodotta per	Maryland Department of Health and Mental Hygiene
Prodotta da	Pinnacle Communications Resource Co., llc/MD Department of Health and Mental Hygiene
Temi/Prodotto	Prevenzione nel fumare, manipolazione delle industrie del tabacco
Target	Adolescenti, genitori, pubblico generico
Obiettivo	Evidenzia i pericoli di fumare sigarette aromatizzate, utilizzate per fare maggior presa sugli adolescenti
Materiale	Stampe, radio

Anno	2011
Titolo/ Progetto	When You Smoke They Smoke
Prodotta per	County of Santa Clara Public Health Department
Prodotta da	Better World Advertising
Temii/Prodotto	Fumo passivo
Target	Genitori
Obiettivo	Aumentare la consapevolezza dei pericoli del fumo passivo e sostenere iniziative politiche sul fumo passivo
Materiale	Stampe, spot televisivi

Anno	2012
Titolo/ Progetto	Painful Cancers
Prodotta per	New York City Department of Health and Mental Hygiene
Prodotta da	DCF Advertising
Temii/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Incoraggiare le persone a smettere di fumare, informando le persone sui possibili danni del fumo, soprattutto di tipo canceroso
Materiale	Spot televisivo, web banner, stampe

Anno	2012
Titolo/ Progetto	Dear me
Prodotta per	New Hampshire Department of Health and Human Services
Prodotta da	New Hampshire Department of Health and Human Services
Temii/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Sostiene i fumatori che vogliono smettere, soprattutto quelli facenti parte dei lavoratori a basso reddito, facendo leva sulla determinazione personale
Materiale	Web video, radio, Spot televisivi

Anno	2012
Titolo/ Progetto	Real Tobacco Stories
Prodotta per	Austin/Travis County Health and Human Services Department
Prodotta da	Sherry Matthews Advocacy Marketing
Temii/Prodotto	Danni del fumo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Ridurre la prevalenza del consumo di tabacco e l'esposizione al fumo passivo attraverso i racconti di testimonial
Materiale	Radio, spot televisivi

Anno	2012
Titolo/ Progetto	Tobacco Stops With Me
Prodotta per	Oklahoma Tobacco Settlement Endowment Trust
Prodotta da	VI Marketing and Branding
Temii/Prodotto	Smettere di fumare, danni del fumo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Evidenziare i pericoli del fumo per la salute ed offrire un aiuto a chi desidera smettere
Materiale	Spot televisivi

Anno	2013
Titolo/Progetto	Free Yourself
Prodotta da	OMS
Temi/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Incentivare la diffusione di leggi anti-fumo severe e complete (divieto di pubblicità diretta o indiretta, limitazioni per i minori, divieti nei locali pubblici e via dicendo)
Materiale/Promozione	Video, brochure, poster, sito internet

Anno	2013
Titolo/ Progetto	Break up with tobacco
Prodotta per	Los Angeles County Department of Health
Prodotta da	Los Angeles County Department of Health
Temi/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Minoranze etniche e di genere
Obiettivo	Incoraggiare il target a smettere di fumare
Materiale	Stampe

Anno	2014
Titolo/Progetto	The Real Cost
Prodotta da	FDA
Temi/Prodotto	Smettere di fumare
Target	Adolescenti
Obiettivo	Ridurre il consumo di tabacco tra i ragazzi, mostrando loro i reali danni del fumo
Materiale/Promozione	Video, cartelloni

Anno	2014
Titolo/ Progetto	Smoke Free Multi-Unit Housing
Prodotta per	Centers for Disease Control and Prevention
Prodotta da	Comcast Xfinity
Temi/Prodotto	Fumo passivo
Target	Anziani
Obiettivo	Aumentare il numero di anziani residenti negli ospizi che non siano sottoposti al fumo passivo
Materiale	Spot televisivi

Anno	2014
Titolo/ Progetto	Tips From Former Smokers
Prodotta per	Centers for Disease Control and Prevention
Prodotta da	The Plowshare Group/Arnold Worldwide
Temi/Prodotto	Fumo passivo, smettere di fumare
Target	Pubblico generico, adolescenti, genitori
Obiettivo	Sensibilizzare l'opinione pubblica sulle conseguenze del fumo sulla salute, soprattutto del fumo passivo, e promuovere le risorse per smettere
Materiale	Stampe, spot televisivi, radio

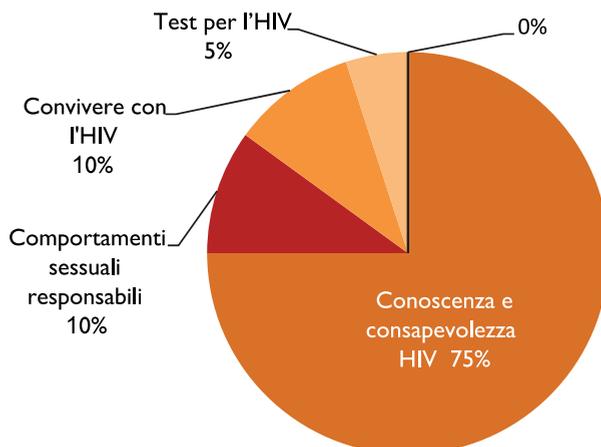
Anno	2014
Titolo/ Progetto	Tobacco Factoids
Prodotta per	North Carolina Tobacco Prevention and Control Branch (DHHS)
Prodotta da	North Carolina Tobacco Prevention and Control Branch (DHHS)
Tem/Prodotto	Fumo in gravidanza, smettere di fumare
Target	Pubblico generico, donne incinte
Obiettivo	Evidenziare i rischi del fumo sulla salute propria e del bambino
Materiale	Stampe

6.3. HIV E MST

AIDS significa “sindrome da immunodeficienza acquisita”. Nelle persone malate le difese immunitarie normalmente presenti nell’organismo sono fortemente indebolite a causa di un virus denominato HIV (*Human immunodeficiency virus*) e non sono più in grado di contrastare l’insorgenza di infezioni e malattie, più o meno gravi, causate da altri virus, batteri o funghi (infezioni/malattie opportunistiche). Per questo il motivo l’organismo subisce malattie e infezioni che, in condizioni normali, potrebbero essere curate più facilmente. L’infezione non ha una propria specifica manifestazione, ma si rivela esclusivamente attraverso gli effetti che provoca sul sistema immunitario. Una persona contagiata dal virus viene definita sieropositiva all’HIV. In questa fase viene riscontrata la presenza di anticorpi anti-HIV, ma non sono ancora comparse infezioni opportunistiche. Pur essendo sieropositivi, è possibile vivere per anni senza alcun sintomo e accorgersi del contagio solo al manifestarsi di una malattia opportunistica. Sottoporsi al test della ricerca degli anticorpi anti-HIV è, quindi, l’unico modo di scoprire l’infezione. L’introduzione di terapie antiretrovirali, che riducono e bloccano la replicazione virale, ha migliorato la qualità di vita e prolungato la sopravvivenza delle persone sieropositive. Sono state identificate 20 campagne. I temi trattati sono vari: una buona parte è incentrata sulla consapevolezza e conoscenza della malattia; esiste ancora molta confusione sul tema, per cui tante campagne cercano di fare chiarezza in un contesto in cui è presente anche molta disinformazione (Grafico 5).

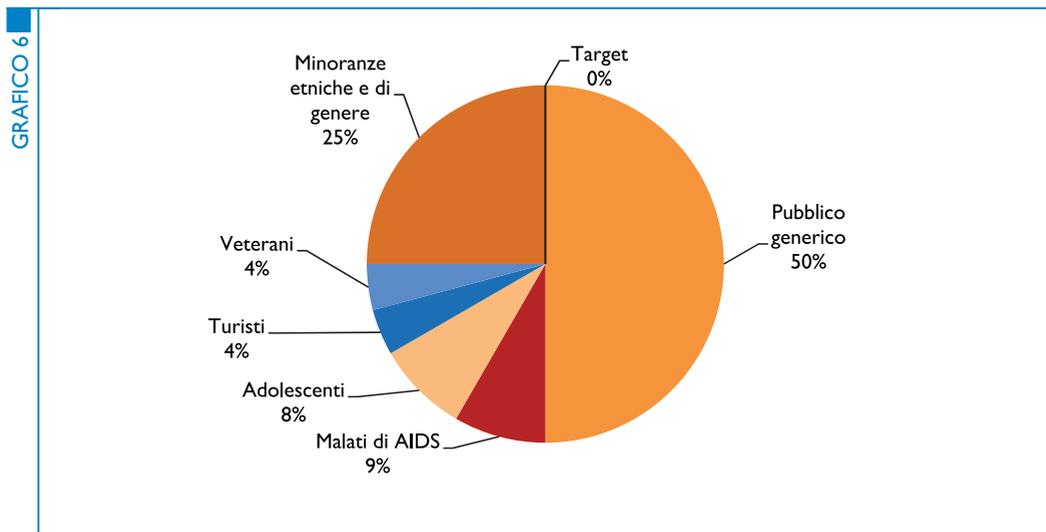
Temi HIV & MST

GRAFICO 5



Il target delle campagne di comunicazione europee e mondiali sul tema è diviso in due grandi fasce: la prima è rappresentata dal pubblico generico, la seconda vede un'importante presenza delle minoranze etniche e di genere, tra le quali la malattia è più presente a causa di comportamenti a rischio. Le campagne sono rivolte anche a chi ha contratto la malattia, affinché non si senta abbandonato a se stesso (Grafico 6).

Target HIV & MST



IN EUROPA

Anno	2004
Titolo/ Progetto	Café Capote
Prodotta da	Comune di Parigi, Ministero della Sanità francese, INPES
Temi/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Pubblico generico, malati di AIDS
Obiettivo	Aumentare la consapevolezza su come l'utilizzo del preservativo possa evitare il contagio
Materiale	Spot, manifesti

Anno	2009-2014
Titolo/ Progetto	LOVE LIFE
Prodotta da	UFSP (Ufficio federale sanità pubblica), Aiuto AIDS Svizzera, Salute Sessuale Svizzera
Temi/Prodotto	Comportamenti sessuali responsabili
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Mostrare i vantaggi che proteggersi consapevolmente dalle infezioni sessualmente trasmissibili può avere. Al centro vi è il manifesto LOVE LIFE con le tre affermazioni "Amo la mia vita. Perché me lo merito", "Amo il mio corpo. Per questo lo proteggerò" e "Non ho nessun rimpianto. E faccio di tutto per riuscirci".
Materiale	Locandine, poster, sito internet, gadget (anello)

Anno	2010
Titolo/ Progetto	Condom, no condom?
Prodotta per	NHS
Prodotta da	NHS
Tem/Prodotto	Preservativo
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Far riflettere sulle scelte che possono essere effettuate in tema di utilizzo del preservativo e di sesso sicuro, mostrando la "conclusione della storia" alla quale possono condurre. Caratteristica del video sono infatti "i bivi": alla fine di ogni sequenza che racconta episodi della vita quotidiana è necessario selezionare un'azione per visualizzare la sequenza successiva: comprare o no il preservativo per una festa? Indossarlo o meno?
Materiale	Video su Youtube

Anno	2011
Titolo/ Progetto	Protegez Vous
Prodotta da	Organizzazione francese AIDES
Tem/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Per la campagna sono stati scelti due testimonial che di solito di protezione non ne hanno bisogno: Wonder Woman e Superman, ritratti in una veste insolita, quella dei malati, per dimostrare che nessuno è invulnerabile
Materiale	Spot, sito internet, manifesti

Anno	2013
Titolo/ Progetto	Talk HIV, Test HIV
Prodotta per	ECDC
Prodotta da	ECDC
Tem/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Aumentare la consapevolezza sull'importanza e l'efficacia del test
Materiale	Brochure, stampe, sito internet

NEL MONDO

Anno	2007-2013
Titolo/ Progetto	Giornata Mondiale contro l'AIDS
Prodotta da	World Aids Campaign-South Africa
Tem/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Dare risonanza mondiale al problema dell'AIDS con temi e campagne diversi ogni anno: prevenzione dei comportamenti a rischio, diffusione dei dati mondiali sulla malattia,
Materiale	Stampe, volantini, brochure, iniziative, sito internet, spot

Anno	2012
Titolo/ Progetto	Há uma festa? Vá com um preservativo
Prodotta per	Mondiali di calcio 2012
Prodotta da	Ministero della Salute brasiliano
Temi/Prodotto	Comportamenti sessuali responsabili
Target	Pubblico generico, turisti
Obiettivo	L'utilizzo del profilattico e la diagnosi rapida divengono il modo migliore di proteggersi e proteggere gli altri; sensibilizzare nei confronti del problema per affrontarlo di petto, utilizzando per fare breccia le immagini del carnevale e del calcio
Materiale	Spot, slogan, manifesti, distribuzione di preservativi e di test rapidi per la diagnosi della malattia

Anno	2013
Titolo/ Progetto	Let's stop HIV together
Prodotta da	Centers for Disease Control and Prevention
Temi/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Aumenta la consapevolezza riguardo l'HIV e combatte lo stigma condividendo storie di persone che vivono con l'HIV: madri, padri, fratelli, sorelle, figli, figlie, compagni, mogli, mariti e colleghi di lavoro
Materiale	Poster, brochure, sito internet

Anno	2013
Titolo/ Progetto	Reasons/Razones
Prodotta da	Centers for Disease Control and Prevention
Temi/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Minoranze etniche e di genere
Obiettivo	Incoraggia il test HIV tra i gay e i bisessuali latini attraverso materiale che mostra le ragioni per le quali fare il test dell'HIV
Materiale	Sito internet, video

Anno	2013
Titolo/ Progetto	Testing makes us stronger
Prodotta da	Centers for Disease Control and Prevention
Temi/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Minoranze etniche e di genere
Obiettivo	Incoraggia i gay e i bisessuali afroamericani a emanciparsi facendo il test dell'HIV
Materiale	Sito internet

Anno	2013
Titolo/ Progetto	Take charge. Take the test
Prodotta da	Centers for Disease Control and Prevention
Temi/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Minoranze etniche e di genere
Obiettivo	Incoraggia le donne afroamericane a farsi carico della loro salute, riconoscendo il rischio d'infezione dell'HIV e facendo il test
Materiale	Sito internet, stampe

Anno	2013
Titolo/ Progetto	Act Against AIDS
Prodotta da	Centers for Disease Control and Prevention
Temii/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Sforzo nazionale per combattere l'HIV e l'AIDS negli USA. Le campagne si concentrano sulla sensibilizzazione sul virus cercando di ridurre i rischi di infezione tra le persone più a rischio
Materiale	Sito internet, stampe, poster, brochure, video

Anno	2013
Titolo/ Progetto	Be the generation
Prodotta da	Centers for Disease Control and Prevention
Temii/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Pubblico generico
Obiettivo	Promuovere la consapevolezza e il sostegno alla ricerca sulla prevenzione dell'HIV, compresi i vaccini, microbiciidi e profilassi pre-esposizione
Materiale	Brochure, stampe, sito internet

Anno	2013
Titolo/ Progetto	Drugs+HIV Learn the link
Prodotta per	Centers for Disease Control and Prevention
Prodotta da	National Institute on Drug Abuse
Temii/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Adolescenti
Obiettivo	Educa i giovani su come droga e alcol mettano gli individui in condizioni di rischio
Materiale	Sito internet, video, blog, stampe, brochure, eventi, pubblicazioni

Anno	2013
Titolo/ Progetto	Information is powerful medicine
Prodotta per	Centers for Disease Control and Prevention
Prodotta da	HHS office for Civil Rights
Temii/Prodotto	Convivere con l'HIV
Target	Minoranze etniche e di genere
Obiettivo	Educare uomini afroamericani positivi all'HIV che hanno rapporti sessuali con altri uomini circa i loro diritti sulla privacy secondo la legge "HIPAA"
Materiale	Stampe, sito internet, video

Anno	2014
Titolo/ Progetto	Play2Prevent
Prodotta da	Università di Yale
Temii/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Adolescenti
Obiettivo	Aiutare adolescenti appartenenti a minoranze etniche a conoscere come prevenire la diffusione dell'HIV
Materiale	Applicazione per iPad

Anno	2014
Titolo/ Progetto	HIV Treatment Works
Prodotta da	Centers for Disease Control and Prevention
Temi/Prodotto	Convivere con l'HIV
Target	Malati di AIDS
Obiettivo	Incoraggia le persone che vivono con l'HIV a prendersi cura di se stesse, prendendo le medicine, rimanendo in salute e attenendosi ai trattamenti
Materiale	Stampe, poster, web banner, sito internet

Anno	2014
Titolo/ Progetto	We can stop HIV One conversation at a time
Prodotta da	Centers for Disease Control and Prevention & Partners
Temi/Prodotto	Conoscenza e consapevolezza HIV
Target	Minoranze etniche e di genere
Obiettivo	Incoraggiare gli ispanici/latini a parlare apertamente dell'HIV e dell'AIDS con le loro famiglie, amici, parenti e comunità
Materiale	Sito internet, poster, brochure

Anno	2014
Titolo/ Progetto	Start talking. Stop HIV
Prodotta da	Centers for Disease Control and Prevention
Temi/Prodotto	Conoscenza & consapevolezza HIV
Target	Minoranze etniche e di genere
Obiettivo	incoraggia uomini gay e bisessuali a parlare apertamente del test dell'HIV, dell'uso del condom e delle medicine che possono aiutare a prevenire e trattare l'HIV
Materiale	Poster, brochure, banner, video, sito internet

Anno	2014
Titolo/ Progetto	Get checked
Prodotta per	Centers for Disease Control and Prevention
Prodotta da	U.S. Department of Veterans Affairs
Temi/Prodotto	Test per l'HIV
Target	Veterani
Obiettivo	incoraggia ogni veterano a fare il test per l'HIV almeno una volta
Materiale	Stampe, video, sito internet

7. STRATEGIE DI VALUTAZIONE DELLE CAMPAGNE DI PREVENZIONE E LINEE GUIDA

di *Michaela Liuccio*

La consapevolezza che la comunicazione sia essenziale per promuovere e tutelare la salute dei cittadini è stata una pietra miliare nella sanità pubblica. Il ruolo della comunicazione è stato per molto tempo ridotto da molti professionisti della salute pubblica esclusivamente alla divulgazione dei risultati, dando per scontato che le informazioni di salute pubblica possano "parlare per sé". Fortunatamente, molti dei leader di salute pubblica di oggi conoscono l'importanza di un uso attento e strategico comunicazione. Oggi possiamo dunque affermare che la comunicazione della salute pubblica è lo sviluppo scientifico, la diffusione strategica e la valutazione critica di pertinenti, precise, accessibili e comprensibili informazioni sanitarie, che hanno lo scopo di promuovere la salute del pubblico di riferimento. Senza dubbio le innovazioni della tecnologia dell'informazione e le comunicazioni avanzate offrono opportunità senza precedenti per queste politiche pubbliche.

La comunicazione sanitaria pubblica attinge da numerose discipline, tra cui la comunicazione di massa, l'educazione sanitaria, il marketing sociale, il giornalismo, le relazioni pubbliche, la psicologia, l'informatica e l'epidemiologia. La comunicazione della salute pubblica abbraccia la più generale prospettiva ecologica della sanità pubblica, secondo cui la salute è profondamente influenzata da fattori sociali, politici, ambientali e comportamentali, incoraggiando strategie di comunicazione multilivello con, ad esempio, messaggi personalizzati a livello individuale, messaggi mirati a livello di gruppo, il marketing sociale a livello di comunità, l'advocacy dei media a livello politico, campagne mediatiche al livello di popolazione indifferenziata. La comunicazione della salute pubblica è intrinsecamente "interventista": cerca di promuovere e tutelare la salute attraverso il cambiamento a tutti i livelli di influenza. Quando ben concepiti, rigorosamente applicati e sostenuti nel tempo, i programmi di comunicazione per la salute pubblica hanno la capacità di suscitare il cambiamento tra gli individui e le popolazioni attraverso la sensibilizzazione, l'aumento delle conoscenze e il cambiamento dei comportamenti.

La portata e l'impatto della comunicazione sanitaria pubblica è ormai evidente soprattutto attraverso le numerose campagne che affrontano problemi di salute in tutto il mondo, tuttavia, per raggiungere il suo pieno potenziale, è necessario continuare le attività di ricerca nel settore volte, in particolare, allo studio delle disparità di salute, delle disparità di competenze comunicative per l'accesso e di interventi sanitari elettronici anche verso le popolazioni meno abbienti. È inoltre necessario un soste-

gno maggiore alla valutazione delle attività di comunicazione sanitaria pubblica che sia realmente interdisciplinare, affrontando contemporaneamente i problemi di salute, i livelli di intervento e i canali di comunicazione: effettuare valutazioni complete, con la conseguente diffusione dei risultati, è fondamentale per ampliare la conoscenza e migliorare i programmi e l'assegnazione di risorse spesso limitate.

Nell'ambito delle attività della comunicazione per la salute pubblica, senza dubbio le campagne di comunicazione sociale sono state le modalità maggiormente utilizzate per esporre ai messaggi un'elevata percentuale di popolazione, attraverso l'utilizzo di mass media come la televisione, la radio, i quotidiani e la cartellonistica. Le campagne di comunicazione sulla salute possono essere di breve durata o protrarsi per lunghi periodi di tempo; essere isolate o inserite all'interno di programmi multicomponente. La loro grande promessa è quella di diffondere messaggi ben definiti, incentrati sul comportamento, a un pubblico molto vasto, ripetutamente nel tempo e a costi poco elevati. Recenti revisioni della letteratura hanno analizzato i risultati delle campagne di comunicazione relative a diversi comportamenti a rischio (fumo, abuso di alcol e droghe, fattori di rischio legati ai disturbi cardiovascolari, comportamenti a rischio legati al sesso, sicurezza stradale, screening e prevenzione del cancro, etc.), per giungere all'importante conclusione che queste modalità comunicative possono effettivamente produrre cambiamenti positivi o prevenire cambiamenti negativi rispetto ai comportamenti di salute di una vasta gamma di popolazione (Wakefield, Loken e Hornik, 2010). Tuttavia, è emerso anche che i messaggi della campagna possono avere uno scarso successo o addirittura fallire prima del tempo: l'esposizione del target al messaggio potrebbe non andare incontro alle aspettative, ostacolata da finanziamenti inadeguati e dall'uso di un formato inappropriato o di un linguaggio poco articolato (messaggi noiosi o un contenuto non adatto per la fascia d'età); messaggi omogenei potrebbero non funzionare per un target eterogeneo; le campagne potrebbero essere incentrate su comportamenti che il target non è in grado di modificare per una mancanza di risorse.

Va sottolineato che, tendenzialmente, l'esposizione a tali messaggi risulta generalmente passiva: l'utilizzo dei mass media è spesso di tipo casuale e non intenzionale, mentre invece le campagne di comunicazione su temi inerenti la salute devono competere spesso con fattori come il marketing pervasivo di un prodotto, norme sociali molto radicate e comportamenti indotti dalla dipendenza o dall'abitudine. Pertanto è stata evidenziata la necessità di introdurre alcuni elementi che, associati alle campagne, possano supportare il conseguimento di un buon risultato, ovvero la disponibilità di prodotti e servizi e la disponibilità di programmi a livello di comunità e di politiche a supporto del cambiamento di comportamento. Inoltre, è stato mostrato che campagne a lunga durata, con un finanziamento maggiore, sono più utili per raggiungere un'adeguata esposizione della popolazione ai messaggi.

Le campagne di comunicazione possono seguire percorsi diretti e indiretti per modificare il comportamento della popolazione. Numerose iniziative sono rivolte direttamente ai singoli destinatari, evocando risposte cognitive o emotive, con lo scopo di agire sui processi decisionali a livello individuale, attraverso l'eliminazione o la ridu-

zione delle barriere al cambiamento, aiutando le persone ad adottare stili di vita sani o a riconoscere quelli non sani e ad associare emozioni positive al cambiamento raggiunto. Per esempio, una campagna antifumo può enfatizzare i rischi legati al fumo e i benefici derivanti dalla cessazione, fornire un numero verde di sostegno, ricordare ai fumatori le norme sociali positive legate alla cessazione, associare la cessazione a una considerazione positiva di sé o una combinazione di questi elementi. Il cambiamento di comportamento potrebbe anche essere raggiunto attraverso percorsi indiretti: i messaggi diffusi attraverso i mezzi di comunicazione di massa possono inserire alcuni temi nell'agenda pubblica e aumentare la frequenza e l'approfondimento delle discussioni interpersonali su un particolare problema di salute, anche, ad esempio, all'interno di un social network: questo, insieme all'esposizione individuale ai messaggi, può rafforzare specifici cambiamenti di comportamento. In secondo luogo, dal momento che i messaggi diffusi attraverso i mezzi di comunicazione di massa raggiungono un target molto ampio, i cambiamenti di comportamento che diventano norme in un social network possono influenzare le decisioni individuali del singolo senza che quest'ultimo sia stato esposto direttamente al messaggio o che sia stato inizialmente persuaso dalla campagna. Per esempio, dopo aver visto i messaggi di uno spot antifumo in televisione, molti membri di un social network possono essere motivati a creare un gruppo di supporto per smettere di fumare e un'altra persona, pur non avendo visto la campagna, può decidere di unirsi al gruppo di supporto e cambiare il proprio comportamento. Infine, le campagne di comunicazione possono instaurare dei dibattiti pubblici sui problemi di salute e portare a dei cambiamenti in termini di politiche che impongono obblighi rispetto al comportamento individuale, portando a un cambiamento. Per esempio, una campagna incentrata sugli effetti del fumo passivo sui non fumatori potrebbe non convincere i fumatori a smettere, ma aumentare il sostegno pubblico a una politica che limiti il fumo in alcuni luoghi e che, come effetto secondario, potrebbe riuscire a convincere i fumatori a smettere.

7.1. FUMO E ALCOL

Gli studi sull'efficacia delle campagne relative al fumo di tabacco sono molto più numerosi di quelli effettuati per valutare le iniziative su altri temi di salute e, di conseguenza, le evidenze sono più numerose. Tra gli anni Settanta e gli anni Novanta, gli studi sono stati perlopiù sperimentali, parte di progetti di ricerca, mentre a partire dalla metà degli anni Novanta le campagne di comunicazione di larga scala sono state valutate come elementi chiave dei programmi governativi e nazionali di controllo del fumo. Revisioni e studi sul campo dimostrano che le campagne di comunicazione sul fumo hanno avuto come risultato un decremento del numero di persone che iniziano a fumare e un incremento nel numero di adulti che smettono. La prevenzione del fumo nei giovani sembra essere più efficace quando l'intervento di comunicazione viene associato a interventi nelle scuole o nella comunità. Numerosi studi sulla popolazione adulta dimostrano una diminuzione dei fumatori quando le campagne di comunicazione sono associate ad altre strategie quali l'aumento delle tasse sul fumo o le politiche "libere dal fumo".

È evidente che, senza gruppi di controllo non esposti alle campagne di comunicazione, risulta difficile distinguere gli effetti delle diverse strategie. Inoltre, la maggior parte delle evidenze deriva da studi effettuati in paesi ad alto reddito, dove è stata effettuata la maggior parte delle campagne e risiede, quindi, la possibilità di ricerca.

Uno studio di coorte ha suggerito che l'esposizione elevata alle campagne antifumo che provocano emozioni negative, come paura, disgusto e tristezza, promuove un incremento dei tassi di cessazione soprattutto nelle popolazioni con un basso status socioeconomico. Per esempio, le campagne di comunicazione che mettono in relazione graficamente il fumo con gravi problemi di salute, per motivare la cessazione dal fumo negli adulti, sono state anche associate alla prevenzione della diffusione dell'abitudine al fumo tra i giovani. Questo risultato potrebbe essere una conseguenza indiretta della riduzione del consumo di tabacco negli adulti (per esempio, i genitori) attribuibile alle campagne, che esercita un effetto protettivo nei confronti della diffusione tra i giovani.

Una sfida futura per le campagne di comunicazione sul controllo del fumo consiste nel garantire una loro diffusione nei paesi a basso e medio reddito, che sono stati raramente sottoposti a questo tipo di interventi, e su gruppi con un basso status socioeconomico nei paesi con reddito elevato.

Per quanto riguarda l'abuso di alcol, invece, a eccezione delle campagne di comunicazione volte a ridurre la guida in stato di ebbrezza, le campagne per diminuirne il consumo hanno avuto poco successo. La maggior parte è stata rivolta ai giovani, ma i potenziali effetti sono stati oscurati dalle strategie di marketing delle aziende, molto diffuse e senza restrizioni, e dalla considerazione del bere come una norma sociale. Le campagne sul bere sano sponsorizzate dalle aziende produttrici si sono dimostrate inefficaci nel modificare i comportamenti legati all'assunzione di alcol, in quanto i messaggi erano considerati ambigui dai destinatari. Non è stato invece valutato se, e in che misura, la pubblicazione di linee guida sull'assunzione di alcol influiscano sui comportamenti alcol-correlati.

7.2. ALIMENTAZIONE E ATTIVITÀ FISICA

Negli anni Settanta e Ottanta gli interventi di comunicazione pubblica su larga scala basati sulla comunità erano volti unicamente a prevenire le malattie cardiovascolari. I programmi di prevenzione su scala ridotta si sono sviluppati negli anni Ottanta e Novanta, portando anche a una maggiore consapevolezza e a notevoli miglioramenti in termini di riduzione dei comportamenti a rischio, con la scelta di un'alimentazione più sana e un aumento dell'attività fisica.

Dalla metà degli anni Ottanta, il numero di campagne di comunicazione sulla salute cardiaca è diminuito, mentre sono aumentate le campagne volte a migliorare l'alimentazione o ad aumentare l'attività fisica. Prima del 1990, le iniziative avevano spesso l'unico obiettivo di ridurre l'apporto di grassi, ma i risultati in termini di miglioramento delle scelte alimentari sembravano contrastanti. Successivamente, le campagne di comunicazione sono state incentrate sull'aumento del consumo di frutta, verdura e latte magro e si sono rivelate più efficaci, soprattutto sulle persone a cui è stata data la possibilità di

avere accesso a cibi più sani o su coloro che presentavano dei disturbi e che avrebbero tratto giovamento da determinati cambiamenti a livello di alimentazione. Anche le campagne volte ad aumentare il consumo di latte magro hanno portato a dei cambiamenti a livello di politiche istituzionali. Infine, l'introduzione di contrassegni ed etichette con informazioni nutrizionali sugli alimenti nei punti vendita, nei ristoranti, nei negozi di frutta e verdura e nei distributori automatici ha contribuito notevolmente ad aumentare l'opportunità di scegliere cibi sani.

Le campagne di comunicazione volte a modificare i comportamenti legati all'attività fisica hanno portato a un incremento a breve termine del livello di attività fisica, soprattutto in individui fortemente motivati. Si sono dimostrate di successo le campagne incentrate sul camminare rivolte agli adulti dell'intera comunità, soprattutto quelli più anziani (di età superiore ai 50 anni) e la campagna VERB del Centre for disease control and prevention (Stati Uniti), rivolta ai bambini tra i 9 e i 13 anni. Quest'ultima ha utilizzato le tecniche del marketing commerciale e ha ottenuto cambiamenti a livello di popolazione nel secondo anno di lancio, con evidenze relative al rapporto esposizione-reazione. Sono riusciti a modificare i comportamenti anche gli interventi su scala ridotta che si sono serviti di poster e cartelli motivazionali per incoraggiare l'uso delle scale invece degli ascensori. Hanno mostrato risultati incoraggianti i programmi di prevenzione dell'obesità infantile veicolati attraverso i mezzi di comunicazione, con miglioramenti nell'indice di massa corporea associati all'esposizione alla campagna.

La valutazione delle campagne di promozione dell'alimentazione e dell'attività fisica, come quelle sul controllo del fumo, mostra che è possibile raggiungere cambiamenti a breve termine ma è molto difficile mantenere gli effetti dopo la fine della campagna. Fattori ambientali concorrenti, come il marketing e il facile accesso a cibi molto calorici, la complessità delle raccomandazioni sui comportamenti legati all'alimentazione e all'attività fisica nei diversi sottogruppi di popolazione e i cambiamenti effettuati nel tempo dagli educatori sanitari rispetto alle raccomandazioni sono ostacoli importanti per il raggiungimento di cambiamenti a lungo termine a livello di popolazione. Inoltre, quasi tutte le campagne di comunicazione valutate hanno incluso programmi multi-componenti (per esempio interventi nella comunità, nella scuola e sul luogo di lavoro) e, pertanto, gli effetti derivanti dalle singole iniziative sono difficili da valutare in modo autonomo.

7.3. MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

I programmi di prevenzione dell'HIV hanno ricevuto sostanziali finanziamenti da tutto il mondo e le campagne di comunicazione sono sempre state una delle componenti principali di tali programmi. Gli obiettivi comportamentali comprendono la decisione di iniziare a sottoporsi al test dell'HIV e a utilizzare i preservativi e la diminuzione del numero di partner sessuali. Sono stati rilevati risultati contrastanti per quanto riguarda gli interventi di comunicazione attraverso i media nei paesi a basso reddito: alcuni studi hanno portato a degli effetti moderati, ma altri non hanno raggiunto nessun cambiamento.

Nei primi anni Novanta sono state realizzate una serie di campagne europee sull'AlDS attraverso i grandi mezzi di comunicazione ed è stato riscontrato un aumento lineare della percentuale di persone che aveva rapporti sessuali con partner occasionali usando il preservativo, soprattutto nei paesi esposti alle campagne più forti, ma non sono stati rilevati effetti sulla diminuzione del numero di partner sessuali.

7.4. PREVENZIONE E SCREENING DEI TUMORI

Sin dai primi anni Novanta, in molte nazioni a reddito elevato sono state avviate delle campagne di comunicazione volte ad incoraggiare le donne a sottoporsi a un Pap test e a uno screening mammografico. Da una prima esperienza, principalmente in Australia e negli Stati Uniti, è emerso che le campagne di comunicazione, supportate da un invio di avvisi di "promemoria" individuali, portano a degli incrementi a breve termine nel numero di persone che si sottopongono al test, soprattutto se ci sono a disposizione validi servizi di screening. Ricerche successive hanno indicato che programmi di breve durata che offrono un facile accesso ai servizi, inviando lettere di promemoria e servendosi del mezzo televisivo, erano associati a incrementi di breve durata nel numero di Pap test effettuati su tutta la popolazione, comprese le minoranze etniche e quelle con uno stato socioeconomico poco elevato. In modo analogo, per quanto riguarda le mammografie, l'uso di campagne di comunicazione e di lettere di promemoria, in aree già sottoposte a screening, ha portato ad un aumento del numero di persone che per la prima volta si sono sottoposte a una mammografia. I risultati di una meta-analisi di campagne statunitensi hanno fatto emergere un piccolo effetto positivo; tuttavia, le campagne di comunicazione senza servizi di screening ben organizzati hanno prodotto degli incrementi minimi (o non rintracciabili) rispetto agli screening del tumore della cervice uterina, mentre non sono stati fatti studi di questo tipo per lo screening del tumore al seno o al colon retto.

Le campagne di comunicazione volte a prevenire il tumore della pelle sono incentrate sulla riduzione dell'esposizione al sole, soprattutto per le popolazioni con una carnagione molto chiara. I comportamenti raccomandati più frequentemente sono: evitare l'esposizione diretta nei periodi in cui i raggi ultravioletti sono più forti e indossare occhiali da sole, abiti e prodotti in grado di proteggere dal sole. Una revisione sistematica ha mostrato evidenze insufficienti rispetto all'associazione tra campagne di comunicazione (singole o combinate a programmi comunitari) e cambiamenti di comportamento rispetto all'esposizione al sole. Tuttavia, uno studio svolto in Australia per valutare gli atteggiamenti e i comportamenti legati alla protezione solare dopo quindici anni di esposizione a un numero variabile di campagne di comunicazione (Sun-Smart), ha fornito evidenze convincenti rispetto a miglioramenti negli atteggiamenti e nei comportamenti in presenza di campagne di comunicazione per la prevenzione del tumore alla pelle. Inoltre, sono state osservate delle diminuzioni nell'incidenza del melanoma, soprattutto tra i giovani, negli ultimi dieci anni della campagna. I ricercatori di questo studio ritengono siano necessari sforzi di più organizzazioni e sostenuti a livello comunitario per mantenere gli esiti positivi delle campagne già svolte e per contrastare la promozione dell'abbronzatura come moda e il marketing dei solarium.

7.5. LINEE GUIDA ESSENZIALI PER LA COMUNICAZIONE DELLA SALUTE

Le campagne di comunicazione possono, in modo diretto o indiretto, produrre cambiamenti positivi nei comportamenti di salute o prevenire quelli negativi. La lettura attenta degli studi e, più in generale, delle revisioni e l'esperienza nell'ambito della ricerca e della valutazione ha portato i ricercatori ad alcune conclusioni: la probabilità di successo è incrementata in modo sostanziale quando gli interventi messi in atto sono multilivello e quando il comportamento di salute richiesto al target è "semplice" e legato ad un'azione unica o episodica (per esempio: screening, vaccinazione, uso dell'aspirina da parte dei bambini) invece che abituale o costante (scelte alimentari, fumo, esposizione ai raggi del sole, attività fisica). La disponibilità e l'accesso ai servizi e ai prodotti sono fondamentali per motivare i singoli individui a modificare un comportamento. Nuove politiche che supportano il cambiamento forniscono motivazioni ulteriori, mentre le politiche di rinforzo possono scoraggiare comportamenti non sani o non sicuri. Esistono, tuttavia, diverse barriere che ostacolano il successo delle campagne di comunicazione, come il marketing pervasivo dei prodotti concorrenti, i messaggi contrastanti, il potere delle norme sociali. Troppo spesso gli esiti positivi delle campagne di comunicazione non sono supportati, mentre per prolungarne gli effetti sarebbero necessari investimenti maggiori e a lungo termine. Inoltre, per ottenere un'esposizione adeguata ai messaggi veicolati dai mezzi di comunicazione, sono fondamentali una pianificazione attenta e una valutazione del messaggio e del formato della comunicazione insieme e del target di riferimento.

Le campagne di comunicazione dovrebbero essere inserite in tutti gli interventi come elementi chiave per migliorare i comportamenti di salute della popolazione: al fine di garantire un'esposizione frequente e diffusa ai messaggi della campagna in modo continuativo, soprattutto per quanto riguarda i comportamenti abituali e costanti, occorre stanziare fondi sufficienti. È necessario inoltre garantire un accesso adeguato ai servizi e ai prodotti promossi: i cambiamenti a livello di comportamento di salute dovrebbero essere incentivati attraverso decisioni politiche complementari che supportino le opportunità di cambiamento e che limitino il marketing concorrenziale. I messaggi della campagna dovrebbero essere basati su una solida ricerca preliminare ed essere testati sul target di riferimento prima, durante e dopo lo sviluppo della campagna stessa. Infine, non da ultimo, i risultati dovrebbero sempre essere sottoposti a una valutazione rigorosa.

Per condurre campagne efficaci destinate alla prevenzione della salute e alla diffusione di stili di vita sani è, prima di tutto, necessario condurre ricerche formative con il target di riferimento per comprendere i comportamenti realmente diffusi e la natura del problema. È utile, poi, utilizzare messaggi pre-test con il target di riferimento per valutarne appropriatezza ed efficacia.

Il pubblico va segmentato in sottogruppi significativi sulla base di caratteristiche importanti quali variabili demografiche, caratteristiche di rischio, esperienza con il comportamento, caratteristiche di personalità, etc. È importante sviluppare messaggi nuovi e creativi, che vanno veicolati attraverso canali frequentati dal target di riferimento. La valutazione del processo va condotta anche con il monitoraggio e la raccolta dei dati relativi all'attività della campagna, per permettere conclusioni causali definitive circa l'influenza della campagna sugli atteggiamenti e i comportamenti da modificare.

7.6. MARKETING SOCIALE E SALUTE PUBBLICA: ALCUNI SPUNTI PER IL FUTURO

Le società di tutto il mondo devono affrontare un numero sempre crescente di problemi di salute, e l'uso del marketing sociale nella progettazione e attuazione di programmi per il cambiamento di comportamenti sbagliati e poco salutari è cresciuto in popolarità all'interno della comunità della salute pubblica.

Nonostante la sua popolarità e la sua influenza, molti professionisti della salute pubblica hanno tuttavia un'comprensione incompleta del marketing sociale, percepito come un'attività prevalentemente promozionale o, in maniera ancora più restrittiva, come una semplice attività di comunicazione. Del resto l'educazione è più efficace quando gli obiettivi della società sono in linea con quelli del target di riferimento, i benefici del cambiamento di comportamento sono intrinsecamente attraenti, immediati e ovvi, i costi di cambio sono bassi e le competenze e le risorse necessarie per cambiare sono facilmente disponibili (ad esempio: mettere un bambino a dormire sulla schiena per evitare la SIDS, sindrome della morte improvvisa del lattante).

Una critica ricorrente al marketing sociale è quella di "accusare la vittima", concentrandosi sul comportamento individuale piuttosto che sul sottostante contesto ambientale e sociale, spesso cause dei problemi che si è costretti ad affrontare. C'è un elemento di verità in questa critica, ma i progetti attuali hanno ormai ben definita l'importanza di coinvolgere l'ambiente e il contesto sociale e renderlo più favorevole all'individuo per un comportamento sano: è quindi necessario progredire e rafforzare le iniziative sui *determinanti sociali della salute*. Un'altra denuncia al marketing sociale è quella di essere "manipolativo", valorizzando le persone solo per quello che possono acquistare e non per come possono partecipare. Per contrastare questi rischi il marketing sociale ha bisogno di concentrarsi meno sulla comunicazione, per informare i cittadini sui prodotti per la salute pubblica e porre maggiormente l'accento sullo sviluppo di prodotti accessibili a prezzi accessibili, che consentano alle persone di risolvere i propri problemi, realizzare le loro aspirazioni e modificare l'ambiente, rendendo più facile e più attraente adottare un comportamento sano. È necessario inoltre coinvolgere sempre più i consumatori negli obiettivi dei progetti, attraverso una strategia partecipativa che consenta loro di diventare partner dei programmi stessi.

Seguendo il "behavioral economics framework" di Craig Lefebvre (2013), il marketing sociale dovrebbe seguire alcuni punti chiave.

1. Make it easy

Sfruttare la forza del default: un'opzione predefinita ha una probabilità più elevata di essere adottata. Ridurre lo sforzo richiesto può aumentare i tassi di assorbimento o di risposta all'azione/comportamento proposto.

Semplificare i messaggi: rendere il messaggio chiaro, spesso, si traduce in un significativo aumento dei tassi di risposta alle azioni comunicative. Inoltre un obiettivo complesso può essere suddiviso in azioni più semplici/singole.

2. Make it attractive

Attirare l'attenzione: siamo più inclini a fare qualcosa che ha suscitato la nostra attenzione. Via libera, quindi, a: immagini, colori, etc.

Immaginare incentivi per massimizzare i risultati: i premi finanziari sono spesso molto efficaci.

3. Make it social

Mostrare che la maggior parte delle persone adottano il comportamento desiderato: descrivere cosa fa la maggior parte delle persone in una situazione particolare incoraggia gli altri a fare lo stesso. Allo stesso modo, i responsabili politici dovrebbero fare attenzione a non rafforzare inavvertitamente un comportamento problematico, sottolineando la sua alta prevalenza.

Sfruttare la potenza delle reti: siamo inseriti in una rete di relazioni sociali entro cui condividiamo azioni. I governi possono favorire le reti per consentire l'azione collettiva, fornire assistenza reciproca e incoraggiare la diffusione di comportamenti peer-to-peer.

Incoraggiare le persone a impegnarsi per gli altri: la natura sociale degli impegni è fondamentale.

4. Make it timely

Intervenire sulle persone quando sono più ricettive: la stessa offerta fatta in tempi diversi può avere differenti livelli di successo. Il comportamento è generalmente più facile da cambiare quando le abitudini sono già interrotte, ad esempio nelle fasi dei grandi eventi della vita.

Considerare costi e benefici immediati: siamo più influenzati da costi e benefici che hanno effetto.

Aiutare le persone a pianificare la loro risposta agli eventi: vi è un notevole divario tra le intenzioni e il comportamento effettivo. Una soluzione provata è di indurre le persone a identificare gli ostacoli all'azione e sviluppare un piano specifico per affrontarli.

Per concludere, un obiettivo prioritario per la salute pubblica dovrebbe essere quello di adottare il marketing sociale, considerando l'orientamento dei consumatori come un valore centrale nella cultura organizzativa piuttosto che solo uno strumento di programmazione e pianificazione o un nuovo tipo di intervento per prevenire le malattie. Le organizzazioni sanitarie pubbliche potrebbero trarre benefici dal visualizzare il "consumatore" come il centro di tutta la loro attività, invitando i cittadini a diventare dei veri partner per realizzare strategie su come soddisfare al meglio i loro bisogni. Questo significa che anche tutti i professionisti della comunicazione dovrebbero essere formati secondo questa logica, facendo così in modo che la mentalità propria del marketing possa ottimizzare la capacità delle politiche di salute pubblica, confidando sulle relazioni con i consumatori per rendere la vita di tutti più sana e più appagante.

8. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

di Walter Giacomo Locatelli

Seguendo l'evoluzione del concetto di salute, a partire dall'idea meramente "negativa" propria della prima parte del secolo scorso (salute come assenza di qualcosa, cioè della malattia) a quella "positiva" dei nostri giorni (salute come presenza di qualcosa, ovvero di uno stato di benessere psicofisico globale), è possibile osservare, di pari passo, un analogo sviluppo del concetto di comunicazione per la promozione della salute, passato da mero esercizio divulgativo, orientato perlopiù verso un pubblico concepito come indistinto, a iniziativa multilivello, multitarget e multimediale.

Il passaggio dalla cura alla prevenzione, in cui educazione e comunicazione giocano un ruolo cruciale, è uno dei tasselli delle sfide poste alla sanità pubblica occidentale dal nuovo panorama determinato da cronicità e invecchiamento della popolazione. In ambito europeo, come mostrato nelle pagine precedenti, il nostro paese è uno dei più virtuosi rispetto a indicatori come l'aspettativa di vita, la prevalenza dell'obesità o il consumo di alcolici.

Allo stesso tempo, però, aspetti come l'obesità infantile, l'incidenza di malattie sessualmente trasmissibili, la sedentarietà della popolazione adulta sono i segnali della presenza di fattori di rischio che, tra qualche anno, potrebbero aggravare quell'aumento della cronicità nella popolazione europea già previsto dagli epidemiologi.

Le linee guida internazionali dell'Organizzazione mondiale della sanità raccomandano di destinare all'educazione e alla prevenzione il 5% per cento della spesa sanitaria nazionale. Valore a cui l'Italia si avvicina, pur non raggiungendolo, come sottolineato più di una volta dall'Agenas a fronte della circolazione di statistiche errate che sottostimano il dato del nostro paese.

Come dimostra la ricerca richiamata all'interno del volume, però, il campo della promozione della salute non è assimilabile a una campagna di prevenzione come, ad esempio, per le vaccinazioni, in cui a un certo investimento, corrisponde (pur con le dovute eccezioni) un risultato diretto. Come sa ogni esperto di marketing, investire grandi cifre non è sufficiente per ottenere un ritorno, che sia economico, come nel caso delle aziende che operano su un mercato, o di salute, nel caso delle Aziende sanitarie.

Una campagna, per avere successo, deve essere preceduta da una analisi della condizioni di contesto: popolazione di riferimento, stato socioeconomico, età, livello di istruzione, abitudini alimentari e sessuali, declinando poi questi elementi all'interno di una strategia che includa medium, messaggio, durata e intensità dell'iniziativa. Un'at-

tività granulare che però non significa sregolata autonomia della componente territoriale e locale. Al contrario, si tratta di un processo che prende spunto da una prima attività di indirizzo centrale correttamente rappresentata in Italia dal Piano nazionale della prevenzione.

A questo orientamento *top down* deve però corrispondere, in direzione contraria, un uguale movimento *bottom up*. A questo vuole contribuire il lavoro del Laboratorio FIASO sulla Comunicazione: le decine di esperienze delle Aziende sanitarie sul territorio italiano vengono messe a sistema, condivise e tesaurizzate, rappresentando così un capitale di esperienza comune a cui ogni realtà può attingere nella pianificazione dei propri interventi. Allo stesso modo, la ricerca ha voluto mettere in risalto peculiarità e difficoltà delle strategie aziendali, in modo tale da poter indicare in maniera ancora più forte, di fronte ai molti risultati positivi acquisiti negli ultimi anni in tema di prevenzione e contrasto dei comportamenti a rischio, gli snodi centrali dell'“universo” comunicativo su cui concentrare l'azione delle Aziende e di tutto il sistema nel medio periodo.

Scorrendo le evidenze emerse dalla ricerca portata avanti dal Laboratorio FIASO “Comunicazione e promozione della salute”, si nota, in primo luogo, il panorama fortemente eterogeneo all'interno del quale si muove l'attività di comunicazione e promozione della salute delle Aziende sanitarie che hanno partecipato al progetto. Differenti sono, infatti, le legislazioni regionali e le strategie delle singole realtà, le articolazioni amministrative e i temi affrontati.

Un primo aspetto rilevante riguarda l'eterogeneità delle strutture deputate alla creazione delle campagne e delle iniziative: oltre all'Ufficio comunicazione e marketing, infatti, questi compiti sono spesso almeno in parte evasi anche dagli URP, dagli Uffici stampa e da quelli che si occupano di web, con una sovrapposizione e un intersecarsi di ruoli che varia da Azienda ad Azienda.

Risalta inoltre una sorta di specializzazione nei temi affrontati dalle campagne di comunicazione aziendali, con una “divisione del lavoro” che però porta a una polarizzazione anche territoriale degli elementi trattati, con Aziende, e quindi aree del paese, che si concentrano sul nodo dell'alimentazione e del movimento, altre sul fumo o sull'alcol.

Ma mentre la quasi totalità delle Aziende svolge una attività di prevenzione, quella di comunicazione non è ancora diffusa a livello nazionale (se è vero che una Azienda su tre, tra quelle che hanno risposto al questionario della ricerca, non svolge attività di comunicazione). Allo stesso tempo, i media tradizionali sono ancora i più usati dalle ASL che hanno partecipato al progetto (un terzo dei casi), con l'attività sui nuovi mezzi di comunicazione in crescita e ormai vicina al 20% delle iniziative. Il numero di esperienze realizzate, però, risente ancora di una certa incidenza di progetti non portati a termine, che va dal 6% delle attività di promozione al 16 di quelle di comunicazione. Non tutte le Aziende, inoltre, curano una newsletter o una rassegna stampa, raccolgono dichiarazioni sulla donazione di organi, curano il proprio sito internet.

Anche il linguaggio usato è ancora spesso di tipo “classico”, distaccatamente informativo, con una sperimentazione di codici innovativi o settoriali ancora limitata. Sotto il profilo della formazione, infine, gli operatori, pur portatori di curricula e competenze adeguati e spesso di qualità, richiedono maggiore formazione sulle conoscenze tecnico-informatiche e su quelle linguistiche, con particolare riferimento alla lingua inglese. È questa una delle cause della osservata difficoltà nella produzione di strumenti multimediali, mentre le realizzazioni editoriali e monomediali in genere raggiungono un buon livello qualitativo.

Oltre all'importante attività di raccolta di dati e diffusione di esperienze ve ne è un'altra, altrettanto fondamentale, di valutazione, a cui la presente ricerca ha voluto dare impulso. È noto come l'analisi sotto il profilo quantitativo dei risultati di una campagna di comunicazione, in termini di cambiamento di stili di vita, abitudini, comportamenti a rischio, sia estremamente complessa, in virtù della difficoltà a individuare gruppi di controllo, fare verifiche controfattuali e testare ipotesi in contesti *ceteris paribus*. Tuttavia, in questo panorama, i nuovi media possono rappresentare uno strumento straordinario non solo per raggiungere in modo capillare, grazie alla “coda lunga” della rete, diversi segmenti di pubblico in modo semplice ed economico, ma anche per stimare l'impatto di diverse iniziative tramite misurazioni sociali quali quantitative.

Individuazione e condivisione delle buone pratiche, pianificazione, fissazione di obiettivi determinati *ex ante* e valutazione *ex post* sono le due strade al cui crocevia passa la sfida di efficienza, efficacia e appropriatezza su cui è incamminato il nostro servizio sanitario. Prevenzione, educazione e comunicazione, in quanto ambiti strategici di investimento per permettere la sostenibilità dell'intero sistema in un domani ormai prossimo, non fanno eccezione. Le sfide che attendono le Aziende sanitarie italiane, nei prossimi anni, sono quelle individuate grazie anche al lavoro del Laboratorio FIASO: formazione tecnica degli operatori, campagne multimediali e multitarget, valutazione dei risultati, integrazione e coordinamento tra i settori aziendali, vasta copertura di tutti i temi presenti nell'agenda sanitaria internazionale.

Obiettivi che FIASO continuerà ad affrontare nel secondo momento di ricerca del Laboratorio “Comunicazione e promozione della salute”, che ha l'obiettivo di realizzare approfondimenti verticali sugli stili di vita; analizzare gli strumenti di comunicazione individuati per promuovere la tematica di riferimento, con particolare attenzione all'uso del web 2.0 e dei social network; valorizzare le esperienze aziendali e renderle patrimonio comune; individuare *best practice* di promozione della salute nelle diverse Aziende, valutandone i risultati e diffondendo e condividendone contenuti e competenze. Un percorso, con lo svolgimento parallelo di giornate di studio e workshop formativi sui nuovi media, che testimonia ancora una volta l'impegno delle Aziende sanitarie italiane nell'affrontare le sfide della sanità pubblica di domani nell'interesse dell'intero SSN e, quindi, di tutti i cittadini.

9. BIBLIOGRAFIA

- Bandura A., “Health Promotion by Social Cognitive Means”, in *Health Education & Behavior*, 2004, pp. 31-143
- Browne J. e Sørensen T.I.A., “European public health research in Horizon 2020”, *European Journal of Public Health*, 23, p. 722
- Bucchi M. e Neresini F., *Sociologia della salute*, Carocci Editore, 2001
- Castells M., *Comunicazione e potere*, UBI, 2009
- Cipolla C., *Darwin e Dunant. Dalla vittoria del più forte alla sopravvivenza del più debole*, Franco Angeli, 2009
- Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, Franco Angeli, 2004
- Cucco E., Pagani R., Pasquali M. e Soggia A., *Secondo Rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*, Carocci Editore, 2011
- Du Pré A., *Communicating about health*, Mayfield Publishing Company, 2000
- Eysenbach G., “What is E-Health?”, *Journal of Medical Internet Research*, 2001
- Faccioli F., *Comunicazione pubblica e cultura del servizio*, Carocci Editore, 2000
- Fattori G., Vanoli M. e Boni M., “Social Marketing & Health Promotion: designing a public health model”, *Abstract Book of the World Social Marketing Conference Toronto 2013*
- Fattori G., French J. e Blair-Stevens C., *Guida operativa al marketing sociale*, Artestampa, 2009
- Fondazione Zoé, *La comunicazione della salute. Un manuale*, Raffaello Cortina Editore, 2009
- Gadotti G. (a cura di), *La comunicazione sociale. Soggetti, strumenti, linguaggi*, Arcipelago, 2001
- Gardini G. e Lalli P., *Per un’etica dell’informazione e della comunicazione. Giornalismo, radiotelevisione, new media, comunicazione pubblica*, Franco Angeli, 2009
- Gellert C. et al., “Impact of smoking and quitting on cardiovascular outcomes and risk advancement periods among older adults”, *European Journal of Epidemiology*, 2013
- Giarelli G. e Venneri E., *Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*, Franco Angeli, 2009

- Glanz K., Rimer B.K. e Viswanath K., *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, Jossey-Bass, 2008
- Geense W.W., van de Glind I.M., Visscher T.L.S. e van Achterberg, “Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study”, *BMC Family Practice*, 2013, pp. 14-20
- Hastings G., “Why corporate power is a public health priority”, *BMJ*, 2012, 345
- Ingrosso M., *Ecologia sociale e salute*, Franco Angeli, 1994
- Ingrosso M., *Senza benessere sociale. Nuovi rischi e attese di qualità della vita nell'era planetaria*, Franco Angeli, 2003
- Johnson, S. B. e Millstein, S. G., “Prevention opportunities in health care settings”, *American Psychologist*, 2003, 58, pp. 475-481
- Kotler P. e Lee N.R., *Social Marketing*, Sage, 2008
- Leonzi S., *La salute tra norma e desiderio*, Meltemi, 1999
- Liuccio M. (a cura di), *Parlare di salute con i giovani. Il portale Chiediloqui*, Aracne, 2014
- Liuccio M., *Giovani, salute e società. Un territorio innovativo per le scienze e le politiche sociali*, Egea Editore, 2012
- Maistrello S., *La parte abitata delle rete*, Tecniche Nuove, 2007
- Morgan G., *Images. Le metafore dell'organizzazione*, Franco Angeli, 1989
- Navarro V., “The Underdevelopment of health of working America: Causes, Consequences and Possible Solutions”, *American Journal of Public Health*, 1976, 66, pp. 538-47
- Nutbeam D., “Health Literacy as public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century”, *Health Promotion International*, 15, 2000
- Olivero N. e Russo V., *Manuale di psicologia dei consumi. Individuo, società, comunicazione*, Ed.Mc Graw Hill, 2009
- Rice R.E. e Atkin C.K., *Public communication campaigns*, Sage, 2013
- Rose N., *The politics of life itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton University Press, 2007
- Rubinelli S., Camerini L. e Schulz P.J., *Comunicazione e salute*, Apogeo, 2010
- Sunder Rajan K., *Biocapital: The Constitution of Postgenomic Life*, Duke University Press, 2006
- Wakefield M.A., Loken B. e Hornik R.C., “Use of mass media campaigns to change health behavior”, *The Lancet*, 2010, 76, pp. 1261-1271
- Witte K. e Allen M. A., “Meta-Analysis of Fear Appeals: Implications for Effective Public Health

- Campaigns”, *Health Education & Behaviour*, 2000, 27, pp. 591-615
- WHO, *The World Health Report 2006 - Working together for health*, 2006
- Zamperini A., *Gioventù sregolata e società del benessere. Per una psicologia della salute critica*, Liguaro Editore, 2010.

