

**277**

gennaio - marzo 2020



# la Salute umana

Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute

## Dossier

SOCIAL MEDIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Salute e Web 2.0

Dai Social Network ai Social Media

Esperienze

Social media: la via da seguire o una perdita di tempo per i medici?

L'efficacia del Web 2.0 e dei Media Sociali (Social Media)

per comunicare la Salute

Sezione COVID-19

Da Salute Internazionale

To advocate: sostenere la comunità per il miglioramento della salute



Volume 64, Numero 1

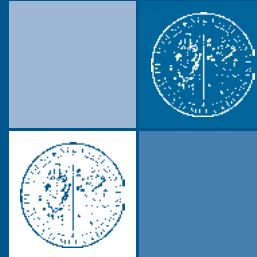
gennaio-marzo 2020

# SISTEMA SALUTE

**La Rivista italiana di educazione sanitaria  
e promozione della salute**

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute  
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 4, comma 1, C1/PG/110



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

## *Abbonamento (4 fascicoli)*

### *Italia*

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 100 / on-line € 90 / cartaceo+on-line € 180

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 45 / cartaceo+on-line € 90

Un fascicolo: cartaceo € 20 / on-line € 15

### *Estero*

cartaceo € 150 / on-line € 120 / cartaceo+on-line € 250

Un fascicolo: cartaceo € 50 / on-line € 40

## PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

## UFFICIO ABBONAMENTI

[rivistecespes@gmail.com](mailto:rivistecespes@gmail.com)

tel.: 075.585.7357

per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

In copertina: Her,Spike Jonze, 2013

# Sommario

n° 277, 2020

## 2 INTRODUZIONE

### 3 EDITORIALI

**Covid-19: riorientare la sanità pubblica**

*Giancarlo Pocetta*

### 4 Covid-19: Servizio Sanitario, Scuola e Società

*Fabrizio Germini*

### 8 Tra il dire e il fare - come Agire al Tempo del COVID 19

*Antonino Trimarchi*

---

## 10 SEZIONE “COVID-19”

*Da Salute Internazionale*

**Una sola salute**

*Gavino Maciocco*

### 13 Le scelte tragiche di questi tempi

*Sandro Spinsanti*

### 15 A mani nude

*Marco Geddes*

### 18 COVID-19: gli invisibili

*Marzia Ravazzini*

### 22 Il convitato di pietra

*Lidia Goldoni*

### 24 La salute bene comune

*Paolo Cacciari*

### 27 Diffondere la solidarietà, non il virus

*Chiara Bodini*

### 30 Covid-19 e ambiente

*Paolo Lauriola, Roberto Romizi, Guido Giustetto, Francesco Romizi,*

*Emanuele Vinci, Fabrizio Bianchi*

## 33 DOSSIER

**Social media e promozione della salute**

*a cura di Giuseppe Fattori*

### 34 Introduzione

*Giuseppe Fattori*

### 35 Salute e Web 2.0

*Giuseppe Fattori*

### 39 Dai Social Network ai Social Media

*Giuseppe Fattori*

### 42 Esperienze

*Giuseppe Fattori*

### 46 Bibliografia

*Giuseppe Fattori*

### 48 Social media: la via da seguire o una perdita di tempo per i medici?

*Matthew DeCamp, Anne Marie Cunningham*

### 54 L'efficacia del Web 2.0 e dei Media Sociali (Social Media) per comunicare la Salute

Sintesi e adattamento dell'articolo di M. Bardus "The Web 2.0 and Social Media Technologies for Pervasive Health Communication: Are they Effective?"

*Elena Barbera, Eleonora Tosco*

### 64 Da: The Health Communicator's Social Media Toolkit

*Division of News and Electronic Media, Office of the Associate*

*Director of Communication at the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*

Sintesi e adattamento a cura di Paola Cavazzuti e Maria Monica Daglio

---

## 76 PROMOZIONE DELLA SALUTE

**To advocate: sostenere la comunità per il miglioramento della salute**

*Patrizia Lemma*

**LA SALUTE UMANA**, Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.

EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia - [www.edizioniculturasalute.com](http://www.edizioniculturasalute.com); [rivistecespes@gmail.com](mailto:rivistecespes@gmail.com)

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta.

COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Marco Cristofori, Osvaldo Fressoia, Patrizia Garista, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli, Elisa Marceddu

SEGRETERIA DI REDAZIONE: Paola Beatini [e-mail [paola.beatini@unipg.it](mailto:paola.beatini@unipg.it)]

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978

*Per gentile concessione del "Comité française d'éducation pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista "La Santé en action" e da documenti O.M.S.*

**Abbonamento annuale Italia 2020** - ENTI: cartaceo €100.00 / on-line €90.00 / cartaceo + on-line € 180.00 - PRIVATI: cartaceo €50.00 / on-line €45.00 / cartaceo + on-line € 90.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €15.00

**Abbonamento annuale Estero 2020** - Cartaceo €150.00 / on-line €120.00 / cartaceo + on-line € 250.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €50.00 / on-line €40.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia - Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770

Nel momento in cui ci siamo accinti a comporre, stampare e diffondere questo numero della rivista, il paese è stato investito dall'epidemia da Coronavirus Covid-19.

È nostro desiderio e intento rivolgere un pensiero a quanti drammaticamente toccati in prima persona da questa tragedia. Manifestiamo con forza la nostra solidarietà e il nostro ringraziamento a tutti i professionisti della medicina del territorio e degli ospedali che combattono in prima linea per la salvezza delle persone; il nostro plauso ai numerosi gruppi di ricercatori che lavorano senza sosta per individuare una soluzione.

Abbiamo chiesto al nostro Redattore Capo, Giancarlo Pocetta, un editoriale sul tema e a Fabrizio Germini del Comitato di Redazione della Rivista, medico di medicina generale, un contributo, legato anche alla sua esperienza di lavoro.

Il numero è poi composto da due Sezioni, una prima sezione dedicata al Covid-19, contenente analisi e commenti tratti da *Salute Internazionale* e ringraziamo a tale proposito l'amico Gavino Maciocco per la ricchezza, sensibilità e profondità delle riflessioni Sue e dei Suoi collaboratori.

A seguire il Dossier programmato con

Giuseppe Fattori "Social Media e Promozione della Salute" che contiene i documenti sui quali per mesi Fattori ha scritto e reperito collaborazioni e materiale per la redazione di questo primo numero.

Lo ringraziamo per la preziosa collaborazione.

Scrivo questo testo negli ultimi giorni che precedono l'annuncio che la prima fase della crisi pandemica quella del lockdown sta per concludersi. Sono 50 giorni da quando la nostra vita ha avuto una svolta. Ora che sta per cominciare il lungo, incerto cammino verso la "normalità" ci si può avventurare in qualche bilancio.

Una considerazione. Per la prima volta, le generazioni come la mia che sono nate e cresciute dopo la seconda guerra mondiale sono state investite da una crisi epocale. Non fu così nel 2008/2011, l'esperienza che stiamo percorrendo è qualcosa che ci costringe a mettere in discussione un intero sistema di vita. Qualcuno dice: niente sarà più come prima. Sta proprio in questa affermazione la chiave di lettura di questa situazione. Niente sarà più come prima: il cambiamento è ineludibile. Oltre la terribile crisi sanitaria, oltre la crisi economica che si annuncia pure tremenda. Io vorrei che non tutto ciò che sarà dopo sia come era prima.

La crisi ha reso evidenti il meglio e il peggio del nostro sistema di salute. Parliamo di questo, è il nostro campo d'azione. La crisi ha esaltato le più alte professionalità, in senso umano oltre che tecnico, così come ha svelato le conseguenze tragiche di scelte di politica sanitaria che si sono rivelate scellerate. Ma se c'è, come sempre c'è, un aspetto "positivo" nella crisi, è che nell'affrontare i diversi nodi non ci si può limitare a tamponare le emergenze. Va colta, invece, un'imperdibile occasione per cambiare e investire nel futuro. Anche per noi, appassionati di sanità pubblica, questa è un'occasione da non perdere.

Un mio amico di Torino con il quale ho condiviso un percorso di lavoro proprio in questo periodo, rifletteva che questa pandemia è "fonte di continua osservazione, sentimenti, ripensamenti per le nostre pratiche professionali e progettuali di oggi e del futuro prossimo e remoto... Il nostro lavoro deve essere pronto a interrogarsi e ri-orientarsi ai bisogni e alle risorse emergenti in una situazione inaspettata, drammatica ma anche ricca di solidarietà". Un richiamo alla dimensione più genuinamente umana del nostro lavoro di sanità pubblica. Faccio mie le parole di Claudio e le rilancio perché considererei miope e irresponsabile se nel nostro lavoro non cominciassimo sin da ora a pensare al futuro. Con questo numero de *La Salute Umana* dedicato proprio a riflettere sull'impatto della pandemia, vogliamo cominciare a porci le prime domande cercando spunti per ri-orientare la nostra sanità pubblica. Come cultori di un approccio ostinatamente teso a mettere al centro la/le capacità delle persone e delle comunità di essere padroni della propria salute, ci sentiamo interrogati da una visione della sanità pubblica che per inseguire logiche divergenti da quelle del guadagnare salute si è allontanata dalla gente e dai territori. Se dovessi cogliere uno, tra i tanti inviti impliciti al cambiamento nel nostro modo di operare la sanità pubblica che questa crisi ci suggerisce, sceglierei proprio questo: tornare dalla gente, rientrare nei territori.

## **Covid-19: riorientare la sanità pubblica**

*Giancarlo Pocetta*

La pandemia da COVID 19 ha avuto, ha e avrà un impatto eccezionale e drammatico sulla vita di tutti, nel mondo, come Medico di Medicina Generale vorrei proporre qualche riflessione sugli aspetti relativi che riguardano il sistema sanitario e, conservando l'abitudine ad un approccio olistico ai problemi di salute, anche ad altri ambiti sociali come il mondo della pubblica istruzione, pur avendone cognizione assolutamente generale.

Gli ambiti della Sanità e della Pubblica Istruzione negli ultimi decenni hanno subito tagli finanziari (per l'istruzione parzialmente recuperati) e, soprattutto, una serie di attacchi culturali, sociali e politici che hanno minato la stima e la considerazione da parte della opinione pubblica.

In questa occasione, forse, ci siamo resi conto di quanto sia importante avere in questi settori vitali servizi pubblici efficienti e accessibili a tutti, essendo diritti inalienabili, alla base del buon funzionamento di tutti i settori sociali, il lavoro, le produzioni e tutto il resto. Pensiamo anche quanto ci siamo trovati in difficoltà per le delocalizzazioni ingovernabili e selvagge che ci hanno resi dipendenti in molti settori cruciali.

E' inevitabile predisporre al meglio i mezzi necessari alla gestione da remoto di questi e altri settori, ma serve anche una disposizione culturale a volerli e saperli utilizzare. Smart working, telemedicina, corsi di formazione online

hanno potenzialità grandissime, in gran parte da sviluppare per liberare il tempo personale riducendo gli spostamenti e il conseguente impatto economico, ambientale e di salute, si tratta anche di pensare e condividere nuovi modelli sociali. Tutti ci siamo chiesti da dove fosse arrivata questa epidemia, i complottisti hanno dato versioni fantasiose, più volte smentite, anche se, volendo usare la metafora di un attacco all'umanità, l'arma è un virus, ma in realtà non abbiamo un mandante esterno, forse dovremmo cercarlo in noi stessi nei nostri modi di vivere. I media si sono concentrati sulle tragiche conte dei decessi e dei contagiati, l'impegno del Governo si è focalizzato, giustamente, sulle regole di isolamento sociale e personale per fronteggiare la quotidiana emergenza.

Forse è presto per fare una riflessione analitica e ampia su tutto questo, ma molti elementi ci inducono a pensare che i nostri stili di vita ci hanno spinto verso una situazione di rischio globale multifattoriale e anche questa pandemia risente delle forzature che abbiamo scelto o subito, ma di fatto accettato.

Le nostre abitudini alimentari, per entrare nel merito, sono spesso poco salutari, abbiamo poca attenzione ai consigli ispirati alla piramide alimentare, esageriamo nel consumo di proteine animali inducendo la necessità di allevamenti intensivi, esasperatamente intensivi, questo produce sofferenza animale, in-

quinamento ambientale, resistenze ad antibiotici, monoculture e relativa deforestazione, consumi idrici straordinari e sottrazione di terreni alle coltivazioni utili per la nutrizione delle popolazioni più povere, che diventano competitive con la alimentazione animale. Alla fine questa alimentazione sregolata aumenta i fattori di rischio oncologico, metabolico, cardiovascolare e respiratorio nella nostra società e anche qui colpisce di più la parte di popolazione con meno strumenti culturali ed economici perché sappiamo che la dieta mediterranea fa bene se di buona qualità e quindi più costosa, mentre il cibo spazzatura è alla portata di tutti.

Sul piano investigativo epidemiologico è stupefacente come in Germania si sia capito che il virus è passato dal paziente numero 4 al numero 5 per il passaggio di una saliera dall'uno all'altro, ma alzando lo sguardo con visione globale sappiamo che questo virus è riuscito a passare all'uomo attraverso la promiscuità fra animali selvatici vivi nei mercati cinesi e, forse, in quei mercati si consumano anche questi per crisi ripetute degli allevamenti intensivi di maiali che servono il mercato estero a scapito di quello interno: fantascienza? Secondo attente indagini giornalistiche sembra proprio di no<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ángel Luis Lara, "Causalidad de la pandemia, cualidad de la catástrofe", eldiario.es, 29 marzo 2020.

## Covid-19: Servizio Sanitario, Scuola e Società

*Fabrizio Germini*

I principi nutrizionali salutari, consumare cibi di stagione, da produzioni locali, possibilmente biologici, sono semplici e raccomandati dalle autorità sanitarie mondiali, ma evidentemente gli interessi economici che ci governano non riescono ad orientarsi verso queste produzioni, la salute non è un obiettivo primario, non riusciamo a contrastare queste tendenze nelle nostre democrazie.

Democrazia: un concetto e una pratica politica in crisi profonda su gran parte del pianeta, secondo alcuni funziona solo nelle società dove si è sconfitta la povertà, chi sa?

L'elemento ambientale ha risvolti ovviamente importanti in quanto facilita la diffusione del virus e, avendo minato la salute respiratoria di molte persone determina una facilità di complicanze maggiore dell'atteso per la tendenza specifica di questo virus<sup>2</sup>. Se consideriamo anche ciò che ciascuno fa di suo per aumentare la propria fragilità con fumo e alcool il quadro si articola con maggiore realismo, se vogliamo ripercorrere le cause che ci hanno portato a questa crisi.

Da una parte abbiamo bisogno naturalmente di contatti umani, dall'altra abbiamo costruito una situazione di pericolo che li rende impossibili, credo che dobbiamo assolutamente riflettere su questa concatenazione di eventi per costruire un mondo più vivibile.

---

<sup>2</sup> Rosy Battaglia, "La relazione pericolosa tra coronavirus e inquinamento atmosferico", lifegate.it, 19 marzo 2020. <https://www.lifegate.it/persona/news/coronavirus-inquinamento-smog-aria>

Quando la epidemia si è affacciata in Italia, nel nostro setting di lavoro come Medici di Medicina Generale, ci siamo preoccupati di dare due messaggi:

- 1) non venite in ambulatorio senza preavviso,
- 2) se avete sintomi respiratori contattate subito il vostro medico al telefono.

Questo messaggio in segreteria telefonica, con cartelli, trasmesso e rinforzato dai media ha cambiato le nostre giornate di lavoro, abbiamo avuto la percezione di uno stato di shock sociale: tutti bloccati!

La paura di ammalare e poter morire, per noi e per i nostri cari. I media non danno spazio ad altro, non ci sono più guerre, incidenti, cronaca nera, gossip.

La percezione di gravità di ciò che accade è alterata, la stessa partecipazione emotiva che avevamo per le tragedie quotidiane, numericamente irrilevanti rispetto a questo, si stabilizza adesso con una sensazione di pericolo cronico, ci si abitua ad una paura costante.

Coloro che presentavano sintomi respiratori sono stati molti, abbiamo passato giornate intere solo al telefono, più o meno 100 chiamate al giorno. Abbiamo raffinato le tecniche di colloquio con l'aiuto di schemi, di flowchart, con il duplice scopo di chiarire e comprendere al meglio la situazione clinica e il grado di impegno, soprattutto respiratorio delle persone che chiamavano, poi volevamo dare sicurezza, farle sentire ascoltate, curate. In fondo è stato presente il rischio di sentirsi abbandonati, nessuna visita a casa, la paura di dover chiamare l'emergenza e andare in ospedale, da soli, nessuno di famiglia a poterci assistere.

Sono convinto, sulla base della esperienza di tanti anni, di tante situazioni gravi, che la cura del morente sia un luogo assistenziale specifico, da studiare, da mettere in atto con doti professionali, tecniche e umane. Ricordo con affetto Suor Françoise, ultra novantenne, minuta, con lo sguardo acceso dall'amore che mi raccontava del suo ultimo lavoro nella casa per anziani dove viveva: tenere per mano i morenti, ruolo importante che dava pace al malato e alla famiglia lontana. In questa circostanza è stato difficile prendersi cura del morente sul piano umano e relazionale per non dire affettivo. I sanitari ospedalieri, medici, infermieri, os, tecnici, hanno fatto il loro meglio stravolti dall'incalzare del lavoro, dai ritmi straordinari, dalla paura per sé e per le proprie famiglie. Il racconto di un giovane infermiere che ha iniziato a lavorare in un ospedale lombardo in questa occasione, con lo spirito entusiasta del neofita appassionato, la sua tristezza di fronte alla morte me lo hanno testimoniato.

Tornando al nostro lavoro di medicina generale, dovevamo tenerci informati sullo stato della epidemia, sulle misure che venivano adottate dalle autorità politiche e sanitarie, circolari, decreti, disposizioni in un ritmo incalzante riempivano le caselle di posta elettronica. Auspicato da anni, le semplificazioni burocratiche finalmente si sono realizzate con cambiamenti nel modo di inviare le ricette dematerializzate permettendo alle persone interessate di recarsi in farmacia saltando il passaggio in ambulatorio per ritirare la stampa o stam-

pare loro stessi le prescrizioni. I nostri assistiti con patologie croniche ci hanno contattato al telefono con sms o messaggi WhatsApp e posta elettronica, molti si sono sentiti inibiti nella possibilità di consultare il medico pensando di non dover disturbare in questo momento.

Come nei telegiornali si parlava solo di COVID 19, così nei nostri ambulatori non si è più parlato di patologie croniche, per qualche settimana, poi sono riemerse parzialmente le problematiche e le necessità di sempre, con la difficoltà che non abbiamo avuto la possibilità di accesso agli ambulatori specialistici, se non per urgenze. Del resto i cittadini stessi hanno paura di andare negli ambulatori ospedalieri o aziendali per la paura dei contagi.

Addirittura alcuni traumatizzati con fratture sospette o conclamate hanno cercato percorsi alternativi al pronto soccorso tradizionale. Tutta la chirurgia non giudicata urgente è stata rimandata. Tutto questo ha ridotto la domanda di salute "espressa", ha ridotto all'essenziale le consultazioni mediche, in parte è auspicabile che si mantenga una maggiore sobrietà nella ricerca di soluzioni complesse a problemi semplici, si dia il giusto spazio alla autogestione di piccoli disturbi, senza rivolgersi subito al medico e senza correre in farmacia alla ricerca costante di un magico rimedio che ci faccia stare bene senza cambiare nulla delle nostre abitudini.

Con gli specialisti si è sviluppata una collaborazione telematica basata sulla condivisione dei risultati di analisi, informazioni sullo stato di salute dei pazienti e prescrizioni inviate digitalmente che, nella mia esperienza hanno toccato punte di grande efficienza, apprezzata dai pazienti interessati e che dovremmo portare nella routine che riprenderemo dopo la

epidemia. Si sono superate molte necessità prettamente burocratiche che imponevano al paziente di andare di persona anche solo per riavere piani terapeutici o sottoporre analisi di controllo.

Ridurre le consultazioni specialistiche a quelle che sono effettivamente necessarie migliora la efficienza di tutto il sistema.

Certo in questa occasione la percezione del pericolo sociale che ci riguarda tutti ha superato anche cattive abitudini o la pretesa di pseudo diritti ad avere tutto, anche il superfluo e ha ridato al MMG un potere decisionale maggiore e più oggettivo, basato sulla reale necessità clinica, non alterata dalle esigenze a volte pressanti per fare sempre più esami da parte di qualcuno.

E alla fine queste abitudini le abbiamo cambiate, senza volerle giudicare, dobbiamo prendere atto che si può cucinare del buon cibo a casa, si può camminare vicino casa, possiamo evitare aperitivi, fast food, palestre, soluzioni specialistiche a necessità fisiologiche.

Tornando al nostro specifico ribadiamo che l'istituto della visita domiciliare ha un grande valore e va riservato a situazioni di reale necessità, la valorizzazione di un attento triage telefonico può assicurare il malato, informarlo sulle caratteristiche del disturbo che lo affligge e istruirlo sui parametri da osservare e rilevare, quando possibile, tutto ciò riduce le necessità di visita. In sintesi siamo stati costretti a ridurre all'essenziale il nostro lavoro, a semplificare gli aspetti formali e burocratici e questo dovremmo conservarlo per migliorare la qualità del lavoro relazionale clinico e assistenziale tipico della medicina generale.

Apparentemente il MMG sembra non avere avuto un ruolo centrale, la situazione è stata governata dal servizio di prevenzione, ma questo è di fatto avve-

nuto su segnalazione dei MMG che indicavano i casi sospetti, le necessità di isolamento domiciliare. Molti cittadini, soprattutto all'inizio dell'epidemia, si sono rivolti direttamente ai numeri verdi o di emergenza, ma per fortuna, hanno mantenuto la buona abitudine di chiedere consiglio al medico curante, e anche nella fase di monitoraggio credo che nessuno dei miei colleghi abbia delegato il controllo del paziente e la eventuale decisione di ricorrere al ricovero. C'è stata una fase di sofferenza nella quale i colleghi di continuità assistenziale sono stati schiacciati fra noi, che non andavamo a casa dei casi dubbi o conclamati e il 118 che è stato oberato da molte richieste di intervento. La costituzione delle USCA fatta tempestivamente avrebbe costituito un elemento di grande aiuto per tutti, dato che non sono stati forniti presidi di protezione ai MMG.

In una situazione in cui i mezzi di diagnosi laboratoristici non sono disponibili per tutti il monitoraggio clinico da remoto può essere fatto efficacemente solo dal medico di medicina generale che conosce il paziente globalmente. In particolare può valutare la capacità del paziente di riferire sintomi e di rilevare parametri con qualche strumento. Abbiamo assistito telefonicamente le persone nel misurarsi la frequenza cardiaca e respiratoria, nel valutare il grado di affanno facendoli parlare e camminare e attivando la collaborazione dei caregiver, sapendo se ci sono e se possono essere di aiuto.

Sarà importante d'ora in avanti istruire preventivamente le persone con fattori di rischio specifici (ipertesi, cardiopatici, diabetici, bronchitici cronici...) all'uso dei nuovi semplici strumenti a disposizione di tutti. Si parla di telemedicina, dovremmo metterla in campo usando al meglio quel-

lo che la tecnologia attuale ci offre.

Ognuno deve essere emancipato al massimo delle sue possibilità per monitorare la propria salute in modo affidabile, senza scaricare sul malato responsabilità non sue, ma rendendolo protagonista attivo in corso di patologie di vario tipo. Nella prima fase, fino a qualche giorno fa, a casa del paziente non potevamo fare nulla di decisivo per la cura, ora ci sono prospettive reali di trattamento dei casi lievi moderati con la speranza di evitare il peggioramento drammatico che abbiamo visto in molti casi. Questo ci dà speranza per l'immediato futuro.

Credo che questa esperienza abbia aperto gli occhi a tutti, le tristi vicende della Lombardia hanno illuminato quali rischi comporta la riduzione di potenza culturale e gestionale e di credibilità della medicina del territorio, scavalcare e marginalizzare il ruolo di questa lascia dei vuoti che possono diventare drammaticamente irrecuperabili<sup>3</sup>.

La prevenzione, arma principale verso una epidemia come questa, si fa sul territorio ed è infinitamente più potente delle strutture di terapia intensiva in termini di salute pubblica.

Sinceramente credo che non sarebbe stato possibile dare a tutti i MMG le adeguate protezioni nella situazione in cui ci siamo trovati, forse ci sarebbe stata anche una certa impreparazione ad usarle correttamente. La istituzione di Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), équipes territoriali dedicate alle visite domiciliari, doveva essere fatta subito. Intercettare precocemente le persone malate può evitare la evoluzione infausta del quadro clini-

<sup>3</sup> "La zona grigia", Report, Rai3, 6 aprile 2020. <https://www.raiplay.it/video/2020/03/Report---La-zona-grigia-d2723d6e-ca03-426f-9223-6945f1bebe50.html>

co. Inoltre non si deve sottovalutare la possibilità di insorgenza di patologie importanti non Covid. Anche per questo sarebbe stato utile avere più tamponi a disposizione, in tempi più brevi, ma questa è un'altra storia.

La comunità scientifica sta imparando giorno per giorno ad affrontare la situazione epidemica e clinica provocata da COVID 19, è quindi inevitabile che ci sia difficoltà ad essere informati in tempo reale sui protocolli che cambiano. Anche questo può essere migliorato dopo questa esperienza, ma mi sorprende che a tutt'oggi io non sappia ufficialmente con quale criterio si decide di effettuare un tampone.

Dobbiamo anche ritrovare il modo di fare educazione sanitaria di base, le norme igieniche diffuse in questa occasione dovrebbero far parte del bagaglio culturale e comportamentale di tutti, insegnate in famiglia o a scuola, Ignác Fülöp Semmelweis (Buda, 1° luglio 1818 – Döbling, 13 agosto 1865) è stato un medico ostetrico e nel 1847 scoprì che, nelle cliniche ostetriche, l'alta incidenza di febbre puerperale poteva essere drasticamente ridotta mediante la disinfezione delle mani, all'epoca non si conoscevano i batteri e la sua intuizione fu rivoluzionaria. Il nostro modo di mangiare per strada o in luoghi affollati sarà compatibile col lavarsi le mani prima di mangiare?

Aver considerato essenziale il compere le sigarette che significa? Come è stato possibile chiudere le sale da gioco, come sarebbe il mondo senza di questo e lo stato senza i guadagni che ne derivano? Cosa pensiamo e vogliamo? Chi aveva trovato beneficio in attività di palestre e piscina riprenderà a fare attività fisica, ha sperimentato il farlo da solo all'aperto? Ci adatteremo a essere gui-

dati da un istruttore on line?

Forse potremmo dare ancora più enfasi alla promozione dei gruppi di cammino che il nostro servizio di prevenzione ha fatto nascere lodevolmente in questi anni. Il disagio psichico accentuato dalla solitudine, dalla paura che risposte ha avuto e avrà in una condizione di relativo isolamento sociale? Sappiamo che la malattia psichica è fortemente condizionata dal contesto, ne terremo conto?

La tutela delle fasce economicamente più deboli, la dignità del lavoro e le sue garanzie, quanto è stato diverso in questa circostanza avere un contratto o un lavoro precario o lavorare in nero...

In tante situazioni, anche negative, la forza dell'umanità è fare tesoro delle esperienze, interpretarle al meglio e acquisire comportamenti e strategie preventive per il futuro, soprattutto migliorando gli standard di sicurezza sociale come baluardo verso eventi avversi che inevitabilmente si ripresenteranno. Come cittadini dobbiamo informarci e pretendere dai nostri governanti, chiunque essi siano, di mettere al primo posto il bene comune, garantito a tutti e come individui possiamo sentirci responsabili e consapevoli che la sicurezza individuale si realizza solo se è garantita a tutti.

*Fabrizio Germini  
Medico di Medicina Generale  
Comitato di Redazione de  
"La Salute Umana"*

LA SALUTE È... *Lo sappiamo tutti, veroo?!*

È non solo Biologica del Corpo, ma anche Psicologica della Mente,  
Sociale della Comunità e Spirituale della *Sensibilità che ci connette*.

IL VIRUS: *Una botta di consapevolezza*

In-visibilità insidiosa ➡ In-cerchezza complessa

Non siamo degli dei, invincibili, immortali. Siamo umani.

Il virus ci insegna che siamo parte del Mondo, non i padroni del Mondo.

MENO PREGIUDIZI: *Meno Paura*

Le superstizioni fanno più danni del virus. Contagiano stupidità.

Ingigantiscono da una parte e minimizzano dall'altra il problema:

banalizzano le soluzioni in atto.

RITORNARE AL PASSATO: *No Grazie*

Tornare a come si era prima, non solo non sarà possibile, ma non conviene a nessuno.

Non dobbiamo nasconderci dietro alla paura: dividerla da forza.

Guai poi a chi la usa per farsi consegnare deleghe in bianco.

RITORNARE AL FUTURO: *Essere Comunità Educante*

Ora non abbiamo bisogno di garanzie assolute: disattese nella prassi, deprimono.

Le Responsabilità educanti invece, producono nella partecipazione, tutele avvincenti: tolgono la paura inutile, il panico, e sostengono il sistema immunitario.

NON SIAMO IN GUERRA *Siamo in Cura*

“E la cura, significativa dell'esistenza, abbraccia – nonostante la distanza fisica che ci è oggi richiesta – ogni aspetto della nostra esistenza.

**La guerra** necessita di nemici, frontiere e trincee, di armi e munizioni,  
di spie, inganni e menzogne, di spietatezza e denaro.

Le guerre suscitano ed incrementano la paura che a sua volta,  
abbassando le difese immunitarie, aumenta il rischio di ammalarsi.

**La cura** invece si nutre d'altro: prossimità, solidarietà, compassione, umiltà, dignità,  
delicatezza, tatto, ascolto, autenticità, pazienza, perseveranza... semplicità e  
sobrietà” (di Guido Dotti Monaco di Bose, modificata)

IO SONO - *PERCHÉ NOI SIAMO*

Dalla competizione esasperante di tutti contro tutto,  
alla coesistenza cooperativa generativa.

L'altruismo senza secondi fini come attenzione verso l'Altro,  
quale Farmaco di prima scelta nell'approccio ecologico sociale al virus.

**Tra il dire e il fare - come Agire al Tempo del COVID 19**

*Antonino Trimarchi*

DEI VINCOLI, DEI LIMITI, FARNE OPPORTUNITÀ *Curiosità e Saggezza non fastidio e rabbia*

Ci siamo dentro! Non è possibile uscirne...

Il valore del Res-stare: di stare nel reale, nel mondo.

Il valore del So-stare: di saper essere in relazione con Sé e gli Altri

COGLIERE L'ATTIMO *Mai fatto prima?*

Fare quello che si è sempre desiderato fare e non ce n'era il tempo

CRETIVITÀ - L'ECOLOGIA DELLA MENTE *Abattere i muri mentali. Abitare la Vita*

Nella propria casa, *Pensare globalmente* a come abitare la Casa Comune.

Stare in questo vuoto - decodificarlo e distinguerlo dal nulla.

Il Vuoto si può usare, il Nulla no: *Agire localmente* il Bene Comune.

Fare quello che non si era mai pensato di fare.

Incredibile ma vero! Possiamo farlo senza che sia necessario:

Giocare - Disegnare - Leggere - Ascoltare Musica - Pregare

ESSERE UMANI E NON DIGITALI - *Essere presenti e sensibili - non virtuali e finti*

Guardare con occhi che vedono

Ascoltare con orecchie che sentono

Odorare con nasi che annusano

CURARE LA NORMALITÀ *Ricordati di Te*

Prendersi cura di come siamo.

Meno norme, una sola *Norma*: Rispetto.

ECOLOGIA DELLA SALUTE *Non è possibile salvarci senza salvare il mondo*

Il mondo contiene anche i virus.

Inizia un nuovo Viaggio, un Nuovo Rinascimento: *Si-amo*. Siamo.

*Antonino Trimarchi  
Medico Specialista in Igiene e Medicina  
Preventiva  
Responsabile Centro Studi Area  
dell'Integrazione  
CARD ITALIA - Confederazione  
Associazioni Regionali di Distretto*

## Una sola salute

Gavino Maciocco

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

*Non era mai accaduto che il mondo improvvisamente si fermasse a causa della circolazione di un virus. Il quale ci ha ricordato che il mondo non è così controllabile, come credevamo. Il quale ci ha fatto scoprire molto più fragili e indifesi di quanto pensassimo. Speriamo di uscirne migliori.*

### **Double burden of disease (il doppio carico di malattia)**

Glielo avevamo detto ai paesi a basso livello di sviluppo, ai paesi più poveri - da quasi tutti i paesi dell'Africa sub-Sahariana, a molti paesi asiatici (dal Bangladesh alla Cambogia), a diversi paesi latino-americani, come Haiti -: "State attenti che vi sta arrivando addosso l'ondata di malattie croniche, e la dovrete affrontare mentre siete ancora alle prese con la secolare presenza di malattie infettive, più quelle arrivate di recente come l'HIV/AIDS e Ebola, con alti livelli di mortalità infantile e materna e di malnutrizione". La formula usata dagli epidemiologi per descrivere l'inedito scenario in cui sistemi sanitari debolissimi, come quelli africani, si trovano ad affrontare le epi-

emie di malaria e di tubercolosi insieme a quelle di ictus e di diabete è quella del "double burden of disease".

Mentre noi, paesi ricchi, lanciavamo il messaggio del "double burden of disease", senza peraltro fare quasi nulla per aiutarli, eccoci improvvisamente invasi da un virus, con tutte le conseguenze sulla salute (sulla nostra vita quotidiana e sull'economia) che conosciamo. "Double burden of disease" dunque anche per noi, con l'effetto del tutto inatteso che ora il "burden infettivo" attrae tutta l'attenzione e quasi tutta l'assistenza, a scapito del "burden cronico".

### **Spillover (il salto di specie)**

"Ecco, - scrive Ilaria Capua - io mi immagino circa 10 mila anni fa, a un certo punto compare, come dal nulla una malattia che inizia a colpire l'uomo con rialzo della temperatura e manifestazioni cutanee. Questo virus che fu il virus della peste bovina, divenuto poi morbillo, si è spostato a piedi, passo dopo passo con gli uomini infetti di allora, e circola nella popolazione umana da millenni. Covid-19 è stata generata

dal punto di vista biologico da un fenomeno rarissimo, sostanzialmente non diverso da quello che vi ho raccontato, ma il nostro coronavirus però è divenuto pandemico nel giro di qualche mese. Covid-19 è figlio del traffico aereo ma non solo: le megalopoli che invadono territori e devastano ecosistemi creando situazioni di grande disequilibrio nel rapporto uomo-animale".

Il fenomeno del passaggio di un virus dall'animale all'uomo, con la conseguente possibilità del contagio da uomo a uomo - il "salto di specie" ("Spillover"), è un fenomeno che si è sempre verificato nella storia dell'umanità, come il descritto caso della "peste suina-morbillo", ma negli ultimi decenni questo fenomeno si è presentato con una frequenza mai vista, dando vita a epidemie e pandemie virali devastanti: HIV/AIDS e Ebola (dalle scimmie); influenza aviaria A/H5N1 (dagli uccelli selvatici); influenza A/H1N1 - la pandemia del 2009 - (contenente geni di virus aviari e suini); per arrivare ai coronavirus (comuni in molte specie animali come i cammelli e i pipistrelli) che hanno provocato nell'or-

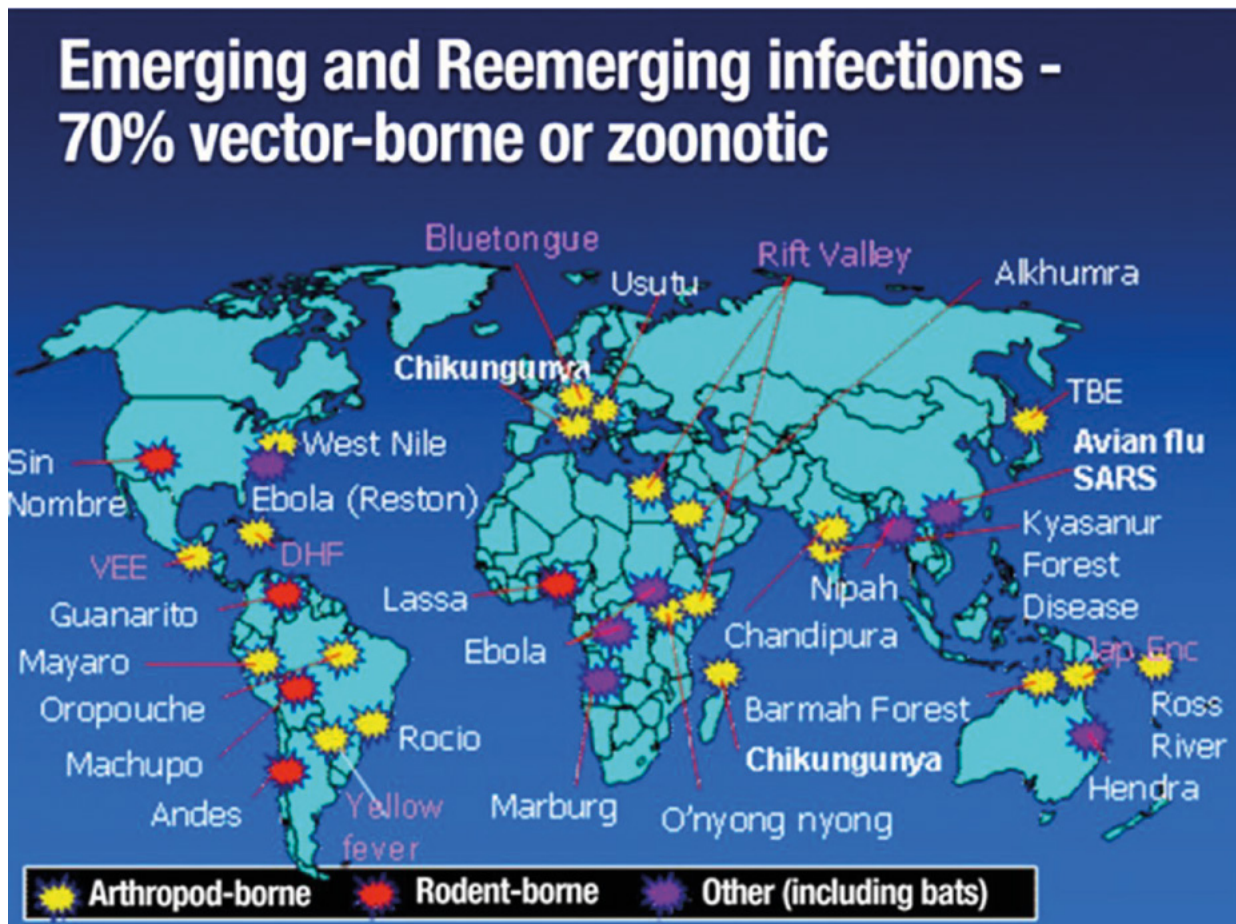
dine: SARS (sindrome respiratoria acuta grave, Severe acute respiratory syndrome), 2002-03; MERS (sindrome respiratoria mediorientale, Middle East Respiratory syndrome), 2012 e l'attuale COVID-19.

La storia dei salti di specie è descritta magistralmente nel libro di Dawid Quammen, pubblicato nel 2012, "Spillover: le infezioni umane e la prossima pandemia umana". Seicento pagine di dati, analisi, supposizioni, racconti di viaggio. Pagine profetiche, percorse da una riflessione fondamentale. L'uomo sta facilitando il passaggio di questi microrganismi dagli animali che facevano loro da serbatoio grazie a prati-

che insensate. Il punto fondamentale riguarda il comportamento umano: la nostra ingordigia e il modo in cui abbiamo modificato e deturpato gli ecosistemi. "Noi siamo tutti parte della natura e dell'ecosistema, il nuovo virus arriva da animali selvatici che fanno parte di un sistema diverso dal nostro e che hanno una pletera di virus che però sono singoli e specifici per ogni specie. Quando noi mescoliamo ambienti diversi, specie diverse, deforestiamo, sconvolgendo gli ecosistemi, noi umani diventiamo degli ospiti alternativi per questi virus che non sarebbero venuti a contatto con noi diversamente. L'effetto moltiplicativo che l'incontro

con l'essere umano genera, su 7 miliardi di possibili e potenziali ospiti interconnessi fra loro con viaggi e contatti, è enorme".

Nel 2010 pubblicammo un post dal titolo "Una sola salute. Una sola medicina", che prendeva spunto dall'iniziativa "One Medicine- One Health" tesa a promuovere la collaborazione e la comunicazione tra diverse discipline. Obiettivo comune: la prevenzione ed il controllo delle malattie in grado di determinare epidemie tra gli esseri umani e gli animali mantenendo l'integrità del nostro ecosistema, a beneficio di tutti gli esseri viventi, e garantendo la biodiversità fondamentale per tutti



noi. Dal citato sito riportiamo la mappa globale delle infezioni trasmesse attraverso gli animali (il 70% delle infezioni emergenti o riemergenti).

### **Le analogie del *Double burden of disease***

Ricchi e poveri del mondo, così lontani su tanti indicatori (PIL pro-capite, speranza di vita, etc), hanno ora in comune il *Double burden of disease* e altre due fondamentali variabili:

- **Gli effetti della globalizzazione.** Se da una parte il disprezzo per l'ambiente e dei suoi fragili equilibri ha enormemente favorito il rapido passaggio dei virus dagli animali all'uomo con la diffusione di ripetute epidemie, dall'altra "la diffusione globale delle "unhealthy commodities" - e di conseguenza l'esportazione su scala mondiale dei fattori di rischio delle malattie croniche - è stata favorita dalla liberalizzazione del commercio e dalla straordinaria capacità di penetrazione delle compagnie multinazionali" (1). In India le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte e con una mortalità in crescita del 36% dal 1990 al 2016 (2). Anche in Africa sub-Sahariana le malattie cardiovascolari, in particolare l'ictus, sono in continuo aumento e l'OMS prevede che la mortalità per malattie croniche supererà entro il 2030 la mortalità da malattie trasmissibili, malnutrizione, mortalità materna e perinatale (3).
- **L'impreparazione a far fronte.** Ricchi e poveri si sono trovati impreparati a far fronte, ma per motivi molto diversi. I poveri avevano già enormi difficoltà a fronteggiare il primo burden, quello delle malattie

infettive e delle mortalità infantili e materne, figurarsi se potevano mettere in campo risorse aggiuntive per prevenire e trattare le patologie croniche emergenti. I ricchi, tutti presi a far funzionare i propri sistemi sanitari secondo le regole del profitto e del mercato, hanno semplicemente ignorato il prevedibile pericolo. Già erano poco propensi ad affrontare seriamente l'epidemia delle malattie croniche, con servizi di cure primarie e di sanità pubblica ridotti al minimo, figurarsi se prendevano in considerazione i salti di specie dei virus (roba da jungla, da poveracci, tipo Ebola).

### **Una sola salute, un comune destino**

Ma questa volta con Covid-19 il salto di specie - pur provocando un numero di vittime enormemente inferiore ad altre epidemie, come HIV/AIDS e Ebola - ha prodotto un danno globale, tanto gigantesco quanto inatteso, alla salute delle persone, alle loro abitudini di vita, all'economia. Non era mai accaduto che il mondo improvvisamente si fermasse a causa della circolazione di un virus. Il quale ci ha ricordato che il mondo non è così controllabile, come credevamo. Il quale ci fatto trovare molto più fragili e indifesi di quanto pensassimo. Speriamo di uscirne migliori. Magari con una maggiore consapevolezza dell'importanza della salute come "diritto fondamentale". Della "Salute per tutti".

#### Bibliografia

1. Labonté R, Mohindra KS, and Lencucha R. Framing international trade and chronic disease. *Globalization and Health* 2011, 7:21.
2. Arokiasamy P. India's escalating burden of non-communicable diseases. *Lancet Global Health* 2018; [http://dx.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30448-0)

3. Bigna JJ, Noubiap JJ. The rising burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa. *Lancet Global Health* 2019; Vol 7 October 2019

*Gavino Maciocco*  
*Dipartimento di Sanità Pubblica,*  
*Università di Firenze*  
*promotore e coordinatore di*  
*Saluteinternazionale.info*

## Le scelte tragiche di questi tempi



*Sandro Spinsanti*

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

*I sensi di colpa di queste scelte dovrebbero essere ben spalmati su tutta la società. Invece di cercare di rifilarli ai medici in prima linea.*

La vita impone delle scelte. Alcune sono tragiche. Una delle più celebri è quella raccontata dal film *La scelta* di Alan Pakula (1982). La protagonista in un campo di sterminio è forzata da un ufficiale nazista sadico a scegliere quale salvare e quale mandare a morte tra i suoi due figli. La sua vita ne sarà distrutta per sempre. Lo scenario di scelte tragiche si presenta anche in medicina. Proprio con questo titolo: *Scelte tragiche* ha fatto epoca una riflessione proposta dal giurista italo-americano Guido Calabresi. Apparso nell'edizione originale nel 1978, ha suscitato un vivacissimo dibattito. Il contesto era quello della bioetica delle origini, chiamata a dare indicazioni a una medicina clinica confrontata con risorse insufficienti per far fronte a tutte le domande. Non si trattava né di guerre, né di epidemie, ma di un numero eccessivo di cittadini che necessitavano di strumentazioni clini-

che per sopravvivere. Qui si affacciava l'incubo delle scelte: a chi assicurare la dialisi, tra i tantissimi nefropatici? Con quale criterio riservare all'uno o all'altro cardiopatico il cuore da trapiantare? In questo contesto sociale erano sorti, come novità per aiutare nell'inusuale complessità delle scelte, i comitati etici per la clinica. Su di loro e sui loro criteri per arrivare alle decisioni si è riversata molta ostilità da parte di alcuni partecipanti al dibattito. Sono stati accusati di arrogarsi delle prerogative che non competevano loro; si è cercato di squalificarli con l'etichetta di "tribunali di Dio", che decidevano al posto suo chi doveva vivere e chi morire...

La difficoltà di esplicitare i criteri con cui fare le "allocazioni" – questo il termine in uso – delle risorse scarse è rimasta. La medicina conosceva quel dramma da molto tempo nello scenario di guerra: innumerevoli soldati feriti e risorse terapeutiche limitate. Con quale criterio scegliere? Per quanto cinico possa apparire, i medici erano invitati a orientarsi in modo crudamente utilitaristico: dovevano dare la priorità ai

soldati che erano in grado di tornare a combattere. Perché bisognava vincere la guerra. Non può essere questo il criterio in situazioni di scarsità creata da catastrofi, come a buon diritto può essere considerata un'epidemia. O l'attuale pandemia da Covid-19.

Il documento elaborato in questo contesto dagli anestesisti-rianimatori della società scientifica SIAARTI – Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione[1] – ha assunto come punto di partenza le "condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili". Facendo tesoro di riflessioni etiche elaborate nel contesto della medicina delle catastrofi, ha suggerito ai colleghi anestesisti-rianimatori di assumere come criterio delle scelte che sono obbligati a fare quello di "privilegiare la maggiore speranza di vita". Le critiche sono state avanzate sia in nome del diritto – come se fosse messa in dubbio la rivendicazione di ogni persona ad avere le cure necessarie, indipendentemente dalle compromissioni dello stato di salute – sia in nome dell'etica.

In sintesi, le raccomandazioni sono state contestate difendendo tanto il diritto alla salute, quanto la dignità della vita umana, in qualunque condizione. Le argomentazioni critiche si sono basate su una semplificazione delle raccomandazioni stesse, come se suggerissero di porre burocraticamente, senza un ragionamento clinico relativo all'appropriatezza, un limite di età all'ingresso in terapia intensiva, sulla base del principio di probabilità di sopravvivenza e di anni di vita salvata. E dunque di un implicito ragionamento utilitarista, che considera certe vite come degli scarti.

Interpretare le raccomandazioni in questo senso significa farne una caricatura, utile solo per la polemica e per enfatizzare in senso apologetico le proprie convinzioni etiche. È vero che una delle motivazioni addotte dagli estensori per giustificare il documento può essere discutibile. Lo scopo è individuato, infatti, nel "sollevare i clinici da una parte delle responsabilità nelle scelte". Sarebbe un impoverimento della tensione etica che sottostà a queste drammatiche situazioni se le raccomandazioni venissero intese in chiave di medicina difensiva o, al più, come scarico di coscienza. I professionisti che si trovano a dover operare queste scelte hanno bisogno non di meno, ma di più coscienza. Ovvero di un accresciuto senso di responsabilità, in senso proattivo: non "Io non mi assumo la responsabilità" (o la responsabilità attribuita alla società scientifica che ha formulato le raccomandazioni), bensì una responsabilità accresciuta, come quella che si esercita nei confronti di persone fragili e incapaci di provvedere a sé stesse; come la responsabilità dei genitori nei confronti dei propri figli, o dei medici e infermieri nei confronti dei malati, appunto.

I professionisti che devono drammaticamente scegliere a chi riservare le risorse salvavita insufficienti per tutti vengono a trovarsi su un terreno su cui incombe un senso di colpa. Non possono salvare tutti; alcuni li devono inevitabilmente lasciare al loro destino. A ben vedere, questa è la situazione con cui è confrontata la medicina, dentro e fuori le catastrofi e le pandemie. Perché, prima o poi, anche le cure più efficienti falliscono e la morte bussa alla porta. Su tutti, anche sulle persone meglio curate. Anche quando il medico può dire: "Abbiamo fatto tutto il possibile". Forse è per questo che la mitologia greca aveva creato l'immagine del "guaritore ferito", identificato nel centauro Chirone. Ferito dalla sua inevitabile impotenza. Una frase inquietante nel film di Ingmar Bergman: *Il posto delle fragole* (1957) continua a inquietarci. Il vecchio professore di medicina sogna di dover subire un esame; non sa rispondere alla domanda quale sia il primo dovere del medico. L'esaminatore suggerisce lui la risposta: "Il primo dovere del medico è di chiedere perdono". Perdono di che cosa? si sono chiesti in tanti. Forse del fatto che, prima o poi, la sua promessa di tenere lontana la morte fallisce. Per questo inevitabilmente la pratica della cura genera in profondità sensi di colpa in chi vi si dedica.

In questi giorni si è parlato molto delle ragioni della scarsità di risorse indispensabili che la pandemia ha portato alla luce. Dipende certo dalle scelte di politica sanitaria, che per troppi anni ha puntato al risparmio, con il budget come idolo. Ma anche dai cittadini che quelle politiche hanno avallato, sedotti dalla promessa di diminuzione delle tasse. Per non parlare dei tanti evasori, che hanno fatto mancare le risorse da investire in sanità.

Se siamo onesti, dobbiamo riconoscere che le responsabilità sono numerose e differenziate: in modo diverso, ma ce le dobbiamo assumere tutti.

I sensi di colpa dovrebbero essere ben spalmati su tutta la società. Invece di cercare di rifilarli ai medici che devono inevitabilmente assumere quelle scelte tragiche, insinuando che non rispettano i diritti fondamentali delle persone o che sono moralmente insensibili. Attribuire a coloro che hanno formulato le raccomandazioni per i colleghi che si trovano nella prima linea dell'accesso alle rianimazioni per condividere i criteri con cui vengono prese delle decisioni inevitabili un'insensibilità giuridica o etica – "raccomandazioni dettate da uno stato di grave stress lavorativo", è stato detto, come a giustificare con l'esaurimento una farneticazione – non è solo ingiusto; significa procurare un'ulteriore, gratuita ferita a guaritori feriti.

#### Bibliografia

Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. SIA-ARTI 06.03.2020

*Sandro Spinsanti*  
*Direttore dell'Istituto Giano per le Medical Humanities e il management in sanità*  
*Direttore della rivista Janus. Medicina: cultura, culture*

## A mani nude



Marco Geddes

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

*Il nostro sistema sanitario è arrivato stremato alla prova di COVID-19. Dopo anni di tagli e di attacchi al servizio pubblico.*

In occasione di questa drammatica evenienza epidemica si sono levate, quasi unanimi, le voci che hanno dichiarato in sintesi: «Mai più tagli al nostro Servizio sanitario nazionale!». Dietro a tale sentimento vi è l'ipotesi che le difficoltà nelle quali si dibatte il nostro sistema, pur con il grande impegno degli operatori – giustamente definiti: «[...] moderni eroi in una inattesa guerra contro un nemico difficile»[1] – sia conseguenza di carenze di mezzi e personale. Le analisi sulla spesa sanitaria, il suo andamento, le sue componenti, non sono mancate in questi anni, con studi utili e approfonditi, fra i quali segnaliamo in particolare, oltre al consueto aggiornamento del MEF[2], l'annuale rapporto CREA[3], il Rapporto Gimbe sul definanziamento del periodo 2010 – 2019[4] e, per quanto riguarda le risorse umane, il Rapporto NEBO[5].

Si resta pertanto più che perplessi, francamente attoniti di fronte a una recente

intervista rilasciata da Luigi Marattin (Italia Viva) che, accecato dalla ideologia o dalla malafede, ha attaccato il professor Walter Ricciardi per le sue dichiarazioni sul de finanziamento e definito “incredibili” i dati pubblicati dalla Fondazione Gimbe, affermando che i tagli sulla sanità sono una balla[6].

La recente pubblicazione dell'Osservatorio sui conti pubblici[7], diretto da Carlo Cottarelli, mi permette di fare alcune ri-

flessioni. La Figura 1 mostra la spesa sanitaria pubblica in percentuale sul Pil nel corso di un ventennio. Come è evidente vi è una crescita fino al 2009 e, successivamente, una costante riduzione. Noi non stiamo discutendo, in riferimento alla attuale situazione della nostra sanità, se la spesa sanitaria pubblica in Italia sia aumentata nel corso degli ultimi decenni, cosa ovvia e comune a, praticamente, tutti i Paesi, come sa chiunque apra un libro

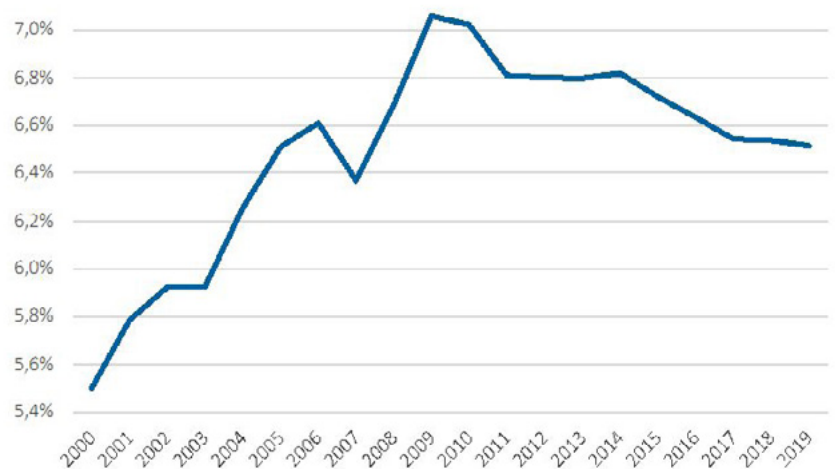


figura 1 - spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil (%)

di storia. Esaminando infatti gli andamenti dal secondo dopoguerra, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta rispetto al Pil: 2,5% nel 1960; 4,1% nel 1970; 5,6% nel 1980; 6,1% nel 1990 e nel 2009, come indica la Figura 1, superava il 7%. La successiva riduzione ne evidenzia il de finanziamento che è rilevante in particolare considerando che in tale periodo il Pil, di cui la spesa è espressa in percentuale, è diminuito in Italia dello 0,3 annuo, mentre nell'EU è aumentato del 1.0[8].

Anche il finanziamento in termini assoluti viene a decrescere dal 2010 fino al 2017, quando raggiunge la cifra precedente, come evidenzia la figura 2 (linea blu). Ma quello che conta, per comprare farmaci e attrezzature, per mantenere gli stipendi degli operatori in termini di potere di acquisto, è rappresentato dalle altre due curve, quella grigia e quella arancione, che evidenziano un crollo e un successivo appiattimento con una modestissima risalita solo nel 2018 e 2019.

Perché concentriamo la nostra attenzione e le nostre valutazioni su questo periodo? Perché esaminiamo quest'ultimo decennio? Perché siamo "gufi"? Perché siamo polemici e quindi vogliamo evidenziare solo quello che non va bene? Lo facciamo per due ragioni: una sanitaria e l'altra politico-economica.

Lo facciamo perché il funzionamento – e la "elasticità" – del Ssn risente, in misura rilevante, dell'ultimo decennio. In sanità molte cose in termini di conoscenze, di farmaci, di organizzazione, cambiano a ritmo sostenuto; le tecnologie diagnostiche convenzionali sono obsolescenti dopo 10 anni, quelle digitali dopo 7 anni[9]. Il personale in dieci anni invecchia di ben 10 anni. Capisco che questa affermazione risulti pleonastica, ma evidentemente non se ne era tenuto conto bloccando le assunzioni! Il che vuol dire che i medici che avevano 55 – 65 anni ora sono andati via e non sono stati rimpiazzati. Per gli infermieri – non a caso

– è lo stesso. Ma, ad esempio, se avevamo 40 – 50 anni, ora ne hanno 50 – 60. Anche questo è ovvio, ma meno ovvio è il fatto che si tratta di un lavoro che comporta anche un impegno fisico rilevante. Per inserire un ago in vena a un degente ci si china, per medicare una piaga o posizionare una padella si compie uno sforzo fisico movimentando il paziente, per controllare la sacca che raccoglie l'urina dal catetere ci si abbassa fin quasi a terra: di giorno, di notte, a capodanno... Nei primi decenni del mio lavoro quando un infermiere compiva 50 anni lo si destinava all'attività ambulatoriale proprio per queste ragioni; ora questa età è superata dalla maggioranza del personale infermieristico in attività.

L'altra ragione di focalizzare l'attenzione sull'ultimo decennio è, come affermavo, più specificamente di carattere politico, per valutare le scelte economiche e sociali in risposta alla crisi manifestatasi all'inizio di tale periodo. Non è esercizio inutile ripercorrere brevemente il succedersi dei governi: il lungo periodo berlusconiano, dal 2008 al 2011 (1287 giorni), poi il governo Monti, di "unità nazionale" (2011 – 2013; 401 giorni); segue, dopo il breve governo Letta (solo 292 giorni), il lungo periodo del governo Renzi (2014 – 2016; 1014 giorni), seguito dal governo Gentiloni (fino al 2018; 536 giorni). In sintesi, schematicamente, due schieramenti che si sono succeduti con un intervallo (Monti – Letta); lo schieramento più recente con una assoluta continuità al Dicastero della Sanità: (1860 giorni, la maggiore nella storia repubblicana). Se noi esaminiamo quale "cartina di tornasole" degli orientamenti politici complessivi la sanità, non possiamo certo affermare che, fra i due periodi, vi sia stata una inversione di tendenza; che si siano confrontate visioni diverse.

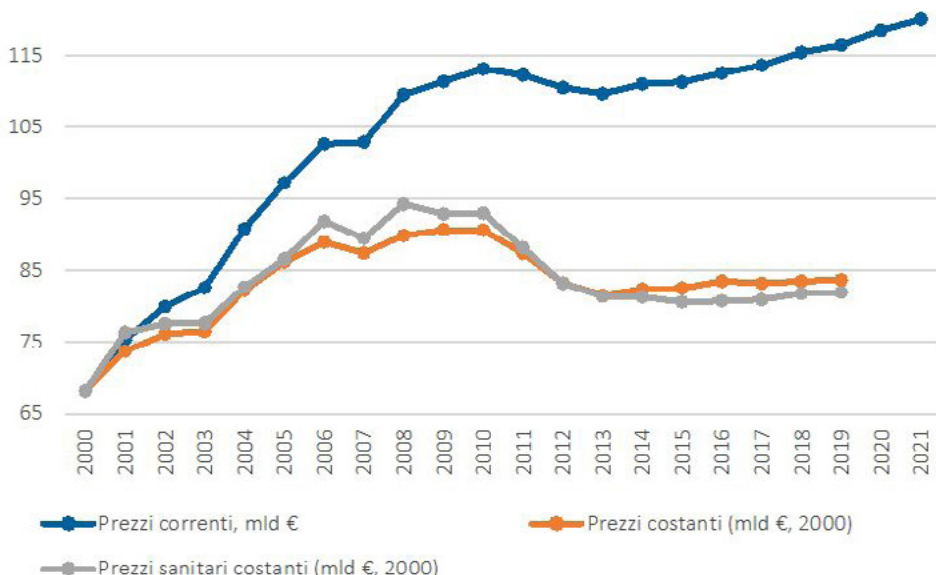


figura 2 - spesa sanitaria pubblica (miliardi di euro)

La diminuzione dei finanziamenti è proseguita, ha interessato sia la spesa corrente che gli investimenti ridottisi, dal 2012 al 2017 del 47%[10]; il personale è stato ridotto anche in settori (quello infermieristico) largamente deficitari, non rimuovendo quell'assurdo vincolo, introdotto nel 2009, che imponeva una spesa per il personale pari a quella del 2004, meno l'1,4%; la formazione post laurea non ha avuto alcuna adeguata programmazione senza tener conto delle documentate previsioni di carenze in medicina d'urgenza e anestesia e rianimazione[11].

Si è trattato di acquiescenza allo status quo? O forse di convinzione? Del fatto che tanti hanno assimilato le parole d'ordine neo liberiste, che sussurravano: "Meno stato, più mercato!", "Il mercato e la libera concorrenza sono i veri motori di uguaglianza!". Questa è la convinzione che si è installata, come un trojan informatico, nella mente e nella coscienza di tanti, convinti così che vi fosse una – peraltro unica – legge economica naturale? Forse è proprio questo che ha caratterizzato questo passato decennio.

Ed è di questo che l'attuale crisi ci deve far prendere coscienza.

#### Bibliografia

1. Andrea Remuzzi e Giuseppe Remuzzi. COVID – 19 and Italy: what next?. Lancet March 12, 2019 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30627-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30627-9).
2. Ministero dell'economia e delle Finanze. Studi e pubblicazioni. Il Monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto 6 – 2019, Roma, luglio 2019
3. Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Barbara Polistena (a cura di). 15° Rapporto Sanità. Roma: CREA Sanità, 2019.
4. Gimbe – Report osservatorio GIMBE 7/2019. Il defianziamento 2010 – 2019 del Servizio sanitario nazionale. Settembre 2019.
5. NEBO – SSN speciale risorse umane (2010 – 2017). Rapporto sanità 2019
6. Luigi Marattin (Intervista), I tagli alla Sanità sono una balla, Ricciardi sbaglia. 7,5

mld bastano per questa settimana. Huffington Post, 06.03.2020.

7. Luca Gerotto. Evoluzione delle spesa sanitaria. Osservatorio Conti Pubblici Italiani, 14.03.2020.
8. Eurostat: Conti nazionali e Pil
9. Assobiomedica, Centro Studi, Le apparecchiature di diagnostica per immagine in Italia, Edizione 2017
10. Corte dei Conti, Audizione della Corte dei Conti al Documento di Economia e Finanza. 2018.
11. Giuseppe Esposito, Pierino Di Silverio, Giovanni Costantino Troise. Carezza medici, Lo studio ANAAO. Quotidiano sanità, 10.09.2019

*Marco Geddes*  
*Medico epidemiologo*

## COVID-19: gli invisibili



*Marzia Ravazzini*

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

*Negli USA milioni di vulnerabili sono spariti dalla Grande Crisi. Senza accesso garantito alle cure. Vittime potenziali di un virus ancora più aggressivo: l'oblio.*

Times Square e Fifth Avenue deserte.

Ma le carceri di New York stracolme come sempre. Il contrasto non potrebbe essere più acceso. Si è spenta l'icona imprescindibile di Manhattan: la folla scalpitante sui marciapiedi. Diventa "epicentro dell'epicentro" (Figura

1), la Grande Mela è l'olografia di sé stessa. Sull'isola di Rikers Island però non è cambiato nulla: il virus è arrivato anche dentro la prigione più famosa della East Coast, incastrata tra Bronx e Queens. Nel momento della massima

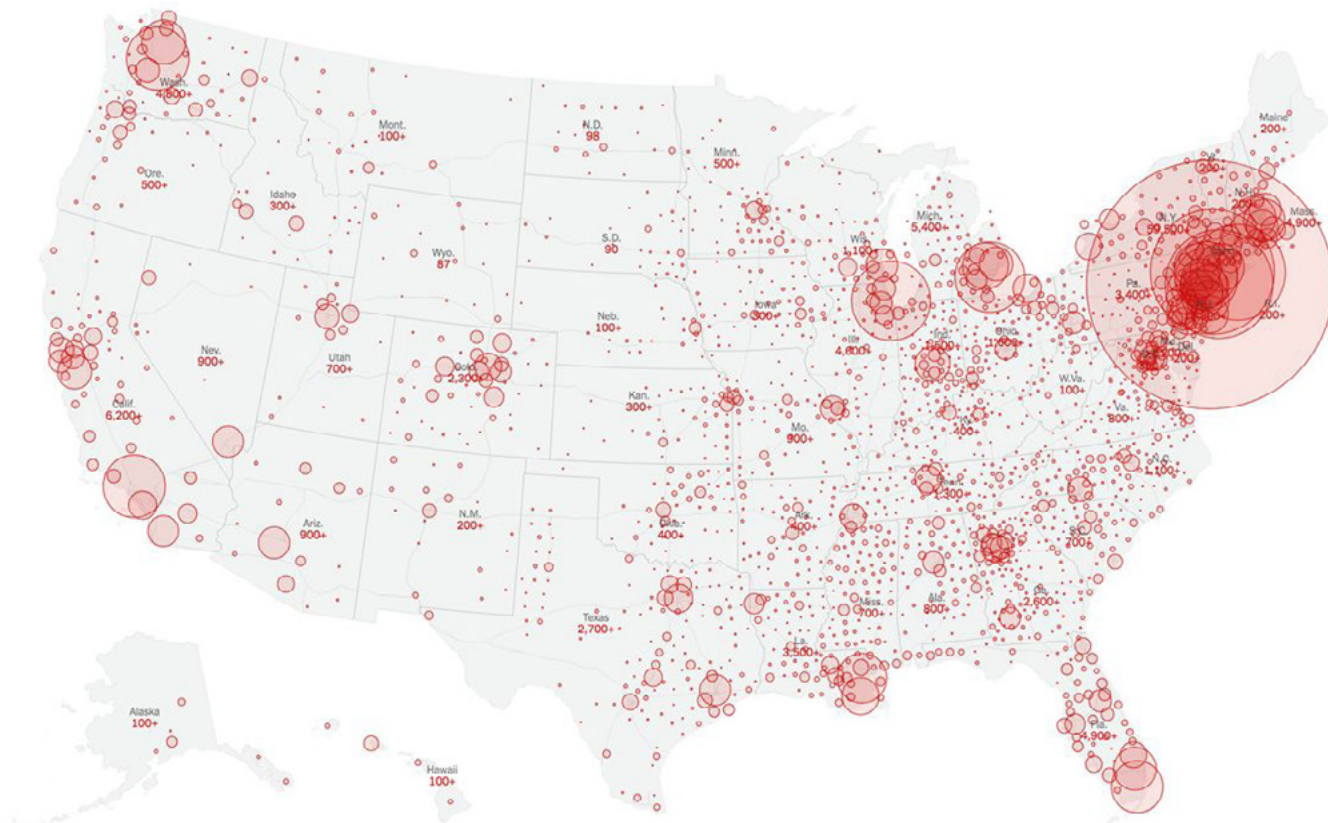


figura 1 - la diffusione del Covid-19 in USA. I dati di lunedì mattina (30 marzo) parlano di 141,995 casi e 2486 morti (New York Times database)

emergenza sanitaria a New York, nessuno parla dei suoi oltre 5 mila detenuti. Nessuna notizia nemmeno degli oltre 70 mila homeless accampati sui gradini delle 468 stazioni della subway newyorchese[1]. All'elenco degli assenti dalle cronache drammatiche del coronavirus in USA si aggiungono migranti e milioni di undocumented privi di regolare permesso. Questi invisibili sono deboli, vulnerabili, senza accesso garantito alle cure, vittime potenziali di un virus ancora più aggressivo: l'oblio. Per loro la battaglia contro COVID-19 è ancora più ardua. Non possono lavarsi le mani, né praticare adeguatamente il social distancing. E sono costretti a condividere spazi e ambienti sovraffollati.

#### Detenuti

Partiamo proprio dalle carceri. In quelle dell'Arizona finalmente il sapone sarà gratis. I detenuti non dovranno più pagare materiale per l'igiene sanitaria, come avvenuto finora in questo e in altri Stati. È una delle poche misure d'emergenza adottate. Per il resto l'epidemia di COVID-19 assume contorni ancora più preoccupanti se osservata con questa prospettiva. Negli Stati Uniti si registra la più alta popolazione carceraria al mondo: 2,2 milioni di persone, di cui 1,9 milioni nelle prigioni statali e locali, il resto in quelle federali (raccolti in 110 strutture federali, in 1833 statali, in 1772 strutture per la riabilitazione giovanile, 3124 prigionieri locali, così sottoposti a regole e trattamenti diversissimi tra loro)[2].

Il timore degli esperti è che detenuti e personale carcerario siano particolarmente esposti al coronavirus. "Non ho mai visto nulla di simile in 19 anni" ha detto alla rivisita "Time"[3] dietro garanzia dell'anonimato una dipendente del carcere newyorchese di Rikers

Island, quello da cui siamo partiti. Pochissime mascherine per il personale, nessuna per i reclusi. La convivenza forzata in cella – nella maggior parte dei casi – impedisce una distanza minima per evitare i contagi. COVID-19 si sta diffondendo nelle carceri di New York "a una velocità superiore rispetto alla città", secondo Tina Luongo, un'avvocata della "Legal Aid Society": al 28 marzo il tasso di infezione era al 2,78%[4]. Le associazioni per la difesa dei diritti umani hanno moltiplicato gli appelli al rilascio dei detenuti malati, anziani o prossimi alla scadenza della pena. Il CDC (Centers for Disease Control and Prevention) ha fornito alle strutture detentive linee guida su come gestire l'emergenza COVID-19[5]. Ma non è chiaro se e come vengano applicate, soprattutto a livello locale. In alcuni Stati è già stata decisa la scarcerazione dei detenuti per reati non-violenti in condizioni più fragili. In California, ne sono stati rilasciati oltre 400 a Sacramento e 1700 a Los Angeles. A livello federale, il ministro della giustizia William Barr ha reso noto un memo in cui indica i criteri per il rilascio di detenuti per reati non-violenti e a basso rischio di recidiva. Ma il "Marshall Project" avverte: i criteri di scelta dei beneficiari del provvedimento – calcolati dal Dipartimento federale delle carceri con algoritmi sui parametri di rischio – sono discriminatori nei confronti degli afro-americani e delle minoranze, cioè la maggior parte dell'immensa popolazione carceraria degli Stati Uniti[6].

#### Homeless

Sembra paradossale: in una cella non si può praticare il social distancing, in una strada di San Francisco invece lo spazio non manca, nemmeno per la moltitudine di homeless accampati nella capitale

economia dell'hi-tech. Per molte persone senza fissa dimora la COVID-19 appare ancora più difficile da contenere. In tutti gli Stati Uniti si contano oltre mezzo milione di senza dimora, principalmente in California, New York City, Distretto di Columbia, Oregon e Stato di Washington[7]. La California è stata uno dei primi epicentri del coronavirus negli Stati Uniti, insieme al vicino Stato di Washington. Lo scorso 22 marzo il governatore californiano Newsom ha ordinato il cosiddetto "Shelter-in-place", l'ordine di restare nelle proprie abitazioni. Ma per chi non ha casa, dove restare "in casa"? È una corsa contro il tempo. Qualcuno ci sta provando. Proprio a San Francisco la città sta negoziando oltre 8mila camere d'albergo per garantire un alloggio a chi non ne dispone, assicurando al tempo stesso una condizione minima di igiene e una distanza dal possibile contagio. Secondo Dean Preston, supervisore dello Shelters Navigation Center, il fabbisogno reale sarebbe di almeno 30mila stanze d'hotel[8]. Gli Stati e le amministrazioni locali possono includere i rifugi per i senzatetto come "servizi essenziali" all'interno dei fondi di emergenza per ridurre l'esposizione al virus: così, di nuovo, la città di San Francisco ha creato un fondo da 5 milioni di dollari per ridurre l'esposizione a COVID-19 per i senza fissa dimora[9].

A Seattle, il sindaco Jenny Durkan ha autorizzato la creazione di spazi aggiuntivi per oltre 100 persone in tre luoghi designati della città, con la strategia di disperdere le persone nel suo territorio[10]. Nella capitale Washington DC, i rifugi per gli homeless hanno esteso l'orario da 12 ore a 24 ore. L'amministrazione ha anche definito apposite linee-guida per i servizi rivolti ai sen-

za-fissa dimora[11]. In concreto, ha garantito l'estensione della permanenza in abitazioni temporanee fino a 60 giorni per le famiglie senza dimora, cercando di assicurare loro il trattamento sanitario in caso di manifestazione di sintomi. La praticabilità di queste misure rimane incerta secondo le organizzazioni a difesa degli homeless. Resta difficile anche immaginare una potenziale quarantena all'interno dei rifugi stessi, dove gli spazi comuni (tra cui i dormitori) non consentono l'isolamento e la distanza richiesta[12].

#### Immigrati

La crisi ha spinto ovunque i governi a bloccare le frontiere. L'amministrazione Trump ha sigillato i confini con Canada e Messico. Ma soprattutto – secondo diversi esperti – ha approfittato dell'emergenza COVID-19 per inasprire le sue politiche già marcatamente anti-immigrati. Lo sostiene tra gli altri Sarah Pierce, analista del Migration Policy Institute, secondo cui in questo momento difficile sarebbe meglio cercare risorse per gli operatori sanitari e i dottori, piuttosto che concentrarsi a respingere fuori dal paese i richiedenti asilo. Una decina di giorni fa, il Dipartimento per la sicurezza interna (DHS) ha adottato alcune decisioni con immediate ripercussioni per migranti, richiedenti asilo e rifugiati. Il 17 marzo sono state cancellate tutte le udienze per i migranti non-detentuti, con la contestuale chiusura di 10 tribunali dove vengono processate le loro richieste. Il giorno dopo sono state congelate – temporaneamente sospese – tutte le ricollocazioni di rifugiati, almeno fino al 6 aprile ma è probabile un'estensione (l'amministrazione Trump vanta già il primato negativo del più basso numero di rifugiati dal 1980, con 18mila ingressi massimi autorizzati nel

2019)[13]. E il 20 marzo sono stati trasferiti in Messico o nei paesi di origine tutti gli immigrati senza documenti – inclusi i richiedenti asilo – che si trovavano nei centri di detenzione. Ma non è stata effettuata alcuna verifica sulle loro domande, che di fatto sono state respinte senza alcuna procedura. Nelle stesse ore sono state sospese tutte le udienze riservate ai richiedenti in precedenza collocati in Messico, in attesa dell'esito delle domande di asilo[14,15]. Ora questi “invisibili” non si vedono più del tutto. Sono stati fisicamente collocati all'esterno del territorio americano. Per i richiedenti durava già mesi il limbo dell'attesa di uno status legale – o almeno di una risposta della domanda di asilo. Ora è rinviato a tempo indefinito. Una situazione fortemente condannata dal National Immigrant Justice Center, in un documento in cui si sottolinea lo sfruttamento da parte dell'amministrazione di una crisi di salute pubblica per arrestare ulteriormente e rinchiudere i richiedenti asilo e i migranti. “L'uso continuato ed espansivo della detenzione di migranti e richiedenti asilo è diventato un pericolo per la salute pubblica, oltre alle flagranti violazioni della legge degli Stati Uniti e delle protezioni internazionali sui diritti umani”[16].

Altri invisibili, e ancora grandi numeri. Sono gli immigrati racchiusi nei centri di detenzione, in gran parte gestiti da società private. Lì si trovano oltre 37.000 persone, il numero più alto mai raggiunto nella storia degli USA[17]. Di loro si sa davvero poco, pochissimo. Ma non è difficile immaginare che in queste strutture il coronavirus possa diffondersi con estrema aggressività. La gestione delle carceri per immigrati è affidata all'Immigration and Customs Enforcement (ICE). L'ex-direttore di que-

sta agenzia federale all'epoca di Obama, John Sandweg insiste sulla necessità di rilasciare gli immigrati privi di regolare permesso non arrestati per crimini violenti (e cioè in detenzione solo perché senza documenti)[18], perché il rischio di focolai è elevato. L'ICE afferma di aver seguito l'evolversi della epidemia di COVID-19 con attenzione fin dal principio, offrendo linee guida per la cura dei migranti detenuti[19]. Rassicurazioni che non servono a placare l'inquietudine: un'inchiesta del Guardian raccoglie le testimonianze dei parenti che invocano azioni concrete per i propri congiunti tuttora rinchiusi in questi centri.[20]

Nel lungo elenco di “invisibili” troviamo infine gli immigrati undocumented: non hanno documenti in regola ma sono presenti da tempo negli USA. Sono 11 milioni. Per loro c'è innanzitutto il problema della mancanza di copertura sanitaria – 7.1 milioni di loro non la posseggono. Questo aumenta la loro vulnerabilità all'epidemia. Non c'è soltanto una limitazione dell'accesso alle cure ma anche al cibo. Il programma alimentare federale SNAP (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children) in risposta a COVID-19 ha modificato alcuni criteri per richiedere l'assistenza. Tra questi, la sospensione del cosiddetto public charge, cioè la dichiarazione della capacità di sostentamento finanziario necessaria invece per ottenere uno status legale. Molte famiglie immigrate non si sono segnalate alla SNAP per paura di rischiare la deportazione nel paese d'origine o la separazione dalla famiglia[21]. Al di là dei programmi di assistenza, questa crisi sta provocando comunque pesanti ripercussioni economiche sugli undocumented, che costituiscono circa

il 5% della forza-lavoro degli Stati Uniti (7,6 milioni di persone). In molti casi, svolgono lavori nel campo della ristorazione, nel settore alberghiero e nella cosiddetta economia informale (pulizie di case e uffici, giardinaggio). Nel rispetto delle linee guida federali sul COVID19, molte di queste attività sono congelate o hanno chiuso temporaneamente. Di conseguenza, un gran numero di persone senza documenti regolari non solo non avrà entrate. Ma non potrà nemmeno accedere alle misure straordinarie varate dal Congresso e firmate da Donald Trump il 27 marzo. Il più massiccio pacchetto di aiuti economici della storia americana comprende l'estensione dei congedi malattia e l'erogazione di contributi cash a milioni di lavoratori e alle loro famiglie. Ma non a gran parte degli undocumented, nemmeno coloro che lavorano in ambito sanitario e sono indispensabili più che mai in questa emergenza.

#### Bibliografia

1. Basic Facts About Homelessness: New York City Data and Charts. Coalition for the homeless
2. Wendy Sawyer, Peter Wagner. Mass Incarceration: The Whole Pie 2020. Prisonpolicy.org, 24.03.2020
3. Bates J. Rikers island coronavirus .Time.com, 24.03.2020
4. Weill-Greenberg E. New York city jails have an alarmingly high infection rate, according to an analysis by the legal aid society The Appeal, 26.03.2020
5. Interim Guidance on Management of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Correctional and Detention Facilities. CDC.gov
6. Hagger E. How Bill Barr's COVID-19 Prisoner Release Plan Could Favor White People. Themarshallproject.org, 28.03.2020
7. 2019 AHAR: Part 1 – PIT Estimates of Homelessness in the U.S.
8. Horowitz DM. Supervisor, nonprofit move homeless from shelter into hotel rooms. Pilot program intended to protect vulnerable from COVID-19. Sfexaminer.com, 25.03.2020
9. San Francisco Increases COVID-19 Protections for Homeless Residents and People Living in Single Room Occupancy Hotels . Sfmayor.org News Releases,09.03.2020
10. Seattle mayor to expand shelter space available for homeless as a result of coronavirus outbreak. Seattletimes.com, 05.03.2020
11. District of Columbia Department of Human Services 1 Interim COVID-19 Guidance for Homeless Service Providers Last updated: 13.03.2020
12. Cities struggle to protect vulnerable homeless populations as coronavirus spreads WashingtonPost 20.03.2020
13. Refugees and Asylees in the United States. Migrationpolicy.org, 13.06.2019
14. Timeline and List of U.S. Immigration Actions on COVID-19 Cato Institute, 19.03.2020
15. Asylum Seekers & Refugees. Immigrantjustice.org
16. NIJC Calls On Congress To Reject Trump Request To Fund Quarantine Detention Sites, Demands Asylum Seekers To Be Safely Admitted To The United States. Immigrantjustice.org, 18.03.2020
17. This Map Shows How Radically Trump Has Changed Immigration Detention. MotherJones, 27.12.2019
18. I Used to Run ICE. We Need to Release the Nonviolent Detainees. It's the only way to protect detention facilities and the people in them from COVID-19. The Atlantic, 22.03.2020
19. Ice.gov: coronavirus
20. Detainees in US immigration jails living in fear as coronavirus spreads. The Guardian, 29.03.2020
21. Page KR, Venkataramani M, Beyrer C , Polk S. Undocumented U.S. Immigrants and Covid-19. NEJM, 27.03.2020DOI: 10.1056/NEJMp2005953
22. Mexicans decline to less than half the U.S. unauthorized immigrant population for the first time. Pewresearch, 12.06.2019

*Marzia Ravazzini*  
*Antropologa medica*  
*Da 5 anni vive e lavora a Washington DC*

## Il convitato di pietra



*Lidia Goldoni*

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

*L'eccesso di mortalità tra gli anziani non è dovuto alla maggiore longevità della popolazione. Ma alla pessima gestione dell'epidemia che ha abbandonato a se stesse le persone più fragili e vulnerabili.*

C'è un convitato di pietra in tutte le informazioni sull'andamento dell'epidemia di Covid-19. È sempre presente, muto, silenzioso, senza identità. È il paziente vecchio, identificato dall'età (connotato burocratico anagrafico attribuito per convenzione, come dice Marc Augé) per fare una media statistica e dal numero delle sue patologie, per dare una parvenza scientifica.

C'è una cultura della discriminazione, che oggi chiamiamo "ageismo", che forse senza piena consapevolezza degli interessati, ha dominato tutta questa prima fase della lotta all'epidemia. Nei primi giorni era una sorta di "messaggio rassicurante" per chi vecchio non era, perché non si spaventasse per "qualcosa che era poco più di un'influenza". Chi vecchio non era poteva fare picnic, sciare, ammassarsi al supermercato, ritrovarsi nei luoghi della movida, perché il virus non l'avrebbe toccato. Poi mentre l'epidemia si espandeva, le in-

formazioni ufficiali assunsero la morte dei vecchi come altro "dato positivo": l'Italia è uno dei paesi con la più alta speranza di vita, perché i vecchi sono curati bene, quindi è ovvio che ci siano più morti che altrove! Siccome il convitato di pietra non aveva voce, questo messaggio si è arricchito di altri corollari, che hanno rivelato un'idea cinica che già stava circolando: il virus riduce gli anziani pensionati, un peso per l'economia nazionale.

In questa atmosfera l'attenzione dei diversi soggetti pubblici in cui rientrano sia i governanti sia gli scienziati, forse sotto la pressione di un'epidemia che trovava impreparati e di cui non si prevedeva né l'estensione né la gravità, si è concentrata sulla parte finale del fenomeno, l'assistenza ospedaliera, senza considerare che senza assistenza territoriale e presidi intermedi sarebbe stato l'ospedale il primo a soccombere. Si sono scordati di affrontare il problema alla radice, cercando di adottare misure perché i vecchi non arrivassero in condizioni ormai drammatiche all'ospedale. Sono stati malamente coinvolti i medici di famiglia, sicuramente i maggiori conoscitori della popolazione del

loro territorio, ma senza alcuna esperienza nel campo delle epidemie, senza mezzi di protezione individuale, senza alcuno strumento per monitorare le condizioni di salute dei loro pazienti.

L'epidemia sta, forse, raggiungendo il picco e ci si accorge che c'è una un'altra bomba che sta scoppiando. I contagi nei circoli anziani o alle feste (a Medicina come a Fondi) parlavano di anziani che si aggrappavano alle loro occasioni e ai loro spazi di socialità per affrontare con spavalderia il virus. Ora appaiono sempre più spesso allarmi per alte percentuali di anziani contagiati all'interno di strutture assistenziali residenziali, pubbliche e private, piccole e grandi, costruite e gestite a norma, ma anche spesso ignote ai servizi socio-assistenziali. In una casa di riposo privata nel milanese ne sono deceduti 52 su 150. Ogni giorno appare un nuovo caso. Tutto questo induce a pensare che tanti altri decessi di vecchi in strutture residenziali, siano state diagnosticate (c'era il medico?) come influenze, in buona o cattiva fede, lasciando circolare il virus. Ritardi, omissioni, non conoscenza o errata valutazione di una realtà spesso igno-

rata del nostro paese, che ora può risultare pericolosa, se non mortale.

“In Italia, circa 21 anziani su 1.000 sono ospiti delle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie e circa 16 ogni 1.000 anziani residenti sono in condizione di non autosufficienza. Tra gli ospiti anziani prevalgono le donne, circa il 74% dell'intero collettivo” (Comunicato ISTAT del maggio 2018; i dati però sono aggiornati al 31 dicembre 2015) . Poi ci sono gli anziani che vivono soli, che, tra gli ultra settantacinquenni, ammontano al 38%. Serve allora soffermarsi su un quadro complessivo e individuare cosa non ha funzionato e intervenire urgentemente anche su questo tassello per poter uscire da questa grave situazione.

Alcuni aspetti chiedono una rilettura e un cambio di direzione radicale:

- Riformulare modalità, toni e obiettivi delle comunicazioni che rivolte alla popolazione anziana sono ancor più determinanti che per il resto della popolazione, in quanto spesso le notizie diffuse da giornali e TV sono le uniche ricevute. I messaggi veicolati sino a questo momento sembrano fare degli anziani delle vittime predestinate – “vuoti a perdere” li ho definiti in altro contesto – ai quali non si riesce neppure a garantire un “commiato degno” da questo mondo. Sono invece necessarie informazioni corrette e chiare trasmesse non solo dai media, ma anche da persone in carne e ossa – operatori, volontari, vicini – che contemporaneamente prendono visione dello stato sociale, sanitario e economico della persona. Solitudine, depressione, scarsità di risorse non aiutano a combattere il virus.
- Rivedere i criteri che indirizzano gli interventi (piani di assistenza, risorse, personale, misure organizzative) per

contenere e debellare la crescita dei contagi. Era indispensabile, quando era ormai chiaro che erano le persone anziane con più patologie quelle che erano colpite mortalmente dal virus, fare prevenzione, raggiungerle nei luoghi di residenza (comprese le RSA), per metterle in sicurezza (insieme ai loro caregiver, agli operatori socio-sanitari e ai medici di famiglia). Se stavano male, gli è stato detto di rivolgersi al medico di famiglia per non intasare il Pronto soccorso. Ma quando l'anziano è solo, disabile, magari confinato in un appartamento al 4° piano senza ascensore è probabile che scelga di morire nel suo letto, se qualche vicino non allerta il servizio sociale territoriale. Gli anziani, in questa crisi, sono stati lasciati soli. Anche nel momento della morte erano soli, senza familiari vicini, consegnati solo alla pietas e all'umanità degli operatori sanitari in turno. Chi si è fatto carico delle condizioni di salute e della solitudine dei vecchi, oltre che censirne la morte?

Nel momento delle scelte strategiche chi si è ricordato dei milioni di anziani, soli o in coppia con il coniuge coetaneo, isolati nei loro appartamenti, soli davanti alla televisione o alloggiati nelle strutture residenziali, in cui non è certo possibile pensare a spazi di isolamento o ancor meno di quarantena? Solo potenziando le equipe pubbliche (medici, operatori sanitari, operatori socio-assistenziali) operanti sul territorio (assistenza domiciliare integrata, Centri diurni riabilitativi, RSA, residenze protette, Case di riposo) e aumentando i controlli nelle strutture convenzionate e autorizzate si sarebbe potuto interrompere quella linea diretta domicilio/reparto di terapia intensiva (quelli che ci arrivavano).

- Come supportare e favorire il rientro a casa degli anziani che sono sopravvissuti al virus, specie se sono senza una rete di protezione? Si spera che per loro (ma anche per quelli che non sono stati contagiati) non sia aperta solo l'ipotesi delle strutture residenziali. È certo che, se già da tempo si sapeva che i vecchi italiani, pur con una lunga speranza di vita, sono però anche quelli che vivono peggio nei loro ultimi anni perché pieni di malattie, molte trascurate o mal curate, l'epidemia del Coronavirus ha mostrato tutte le debolezze e le fragilità di un sistema socio-sanitario “ospedalocentrico”.

Da questa tragedia vissuta dai vecchi escono interrogativi su un tema accantonato: l'urgenza di attivare canali e pratiche di conoscenza, studio e approfondimento sulla medicina di genere. Perché dai primi dati risulta che tra i vecchi sono gli uomini e non le donne i più colpiti dal contagio. Cercando le ragioni di questa diversità di comportamento di Covid-19, anche la medicina di genere conquista lo spazio di cui abbisogna.

*Lidia Goldoni  
Giornalista,*

*cura il sito web <https://www.perlungavita.it>*

## La salute bene comune



Paolo Cacciari

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

*Se desideriamo che l'accessibilità ai servizi sanitari torni ad essere riconosciuta e onorata come diritto fondamentale di ciascun essere umano, è necessario che le popolazioni concepiscano la salute come un bene comune.*

### Dalle cose ai beni

Nella realtà contemporanea, dominata da individualismo metodologico e liberismo economico, la salute viene trattata come diritto privato, da ottenere ognuno per proprio conto, spesso secondo il proprio grado di solvibilità nel mercato. Tutt'al più – affermano economisti, giuristi e politici di stampo riformista keynesiano – sono i servizi socio-sanitari (le cose, i mezzi e gli strumenti concreti utili alla cura della salute) a dover essere classificati come beni pubblici sociali, poiché costituiscono «utilità funzionali all'esercizio dei diritti fondamentali nonché al libero sviluppo della persona» – come recita anche lo schema di legge di modifica del Codice Civile che la Commissione presieduta da Stefano Rodotà propose dieci anni orsono.[1] Anche questa concezione pubblicistica, alla base del welfare universalistico, non

è sufficiente a giustificare il paradigma della salute bene comune: nemmeno nel catalogo di esemplificazioni dei beni comuni contenuto nella proposta di legge Rodotà (comprendente acque, ambiente, patrimonio culturale e molto altro) compaiono salute, istruzione, lavoro e altri beni considerati diritti costituzionali.

La differenza tra beni comuni e beni pubblici sociali non è speculazione del pensiero giuridico ma riflette una diversa impostazione di filosofia sociale che si proietta direttamente nelle pratiche attuative. La concezione dei beni comuni implica un coinvolgimento diretto, immediato e consapevole delle popolazioni nella preservazione e gestione dei beni, una responsabilità diffusa e una capacità di auto-normazione. Nel caso dei beni pubblici, invece, la gestione viene delegata e istituzionalizzata dentro strutture e apparati che tendono ad autonomizzarsi in forza delle proprie competenze specifiche con il risultato che la mutualità viene ricondotta alla sfera di competenza esclusiva dello Stato.

### L'ecologia dei beni comuni

Per avvicinarci alla concezione di salute come bene comune, oggetto del sesto capitolo del libro “Un nuovo mo(n)do per fare salute” della Rete Sostenibilità e Salute <https://www.saluteinternazionale.info/2019/12/fare-salute/>, dobbiamo intenderla come risorsa collettiva, una *res commune omnium*, una *res extra commercium* e una dotazione patrimoniale di appartenenza collettiva. Un bene dipendente dalla salubrità, fisica e sociale, dell'ambiente in cui ogni individuo si trova immerso. Viviamo in un-mondo-di-tanti-mondi, tutti interrelati; esistiamo gli-uni-con-gli-altri, in reciproca connessione.[2] Per dirla con l'ecologia integrale di Bergoglio: “tutto è in relazione”, “tutto è collegato”, “tutto è connesso”. [3] Ognuno di noi dipende dall'organizzazione sociale in cui siamo immersi, dall'aria che respiriamo, dai cibi con cui ci nutriamo, dai materiali con cui sono edificate le nostre case, dai combustibili che usiamo per riscaldarci e muoverci... fin'anche dai sofisticati sistemi di telecomunicazione che usano in modo sempre più massivo le frequenze elettromagnetiche. Siamo parte

dell'universo fisico, materiale ed energetico planetario.

Ma spesso ce ne dimentichiamo. Usiamo le cose che ci servono come fossero oggetti inerti, isolati dal contesto naturale, ma non è così: tra noi e le cose che ci circondano (naturali o artificiali) c'è una relazione profonda e intima. Spostare l'accento dalle res ("merci e servizi", come le intendono gli economisti) ai beni della vita (come intesi dalla filosofia morale) permette di entrare nella dimensione della ecologia dei beni comuni. I beni comuni sono prima di tutto un sistema di pensiero, un'immagine mentale del mondo, un modo di vedere le cose e immaginare come poterle usare, trasformare, condividere. Ha scritto magnificamente Stefano Rodotà: «I beni comuni tendono a configurarsi come l'opposto della sovranità, non solo della proprietà».[4] David Bollier, il più importate ricercatore sui commons (beni comuni) e attivista statunitense, sostiene che i beni comuni non sono «una nuova definizione [giuridica] per "l'interesse pubblico", quanto piuttosto una sorta di filosofia politica dotata di specifici approcci operativi e con effetti a lungo termine, perché ci coinvolge pienamente in quanto esseri umani».[5]

Si intendono i beni comuni non come cose separate e indipendenti dalle relazioni sociali instaurate tra le persone e tra queste e la natura, ma come una particolare modalità di formazione delle *communitas* (*cum-munus*, ovvero con-dono) basata sulla cooperazione disinteressata, la condivisione e la responsabilità. I commons sono una modalità di auto-regolazione attraverso cui persone e cose si specificano e si integrano.[6] Ha scritto il giurista Ugo Mattei: «Noi non "abbiamo" un bene comune, ma in un certo senso "siamo" bene comune».[7] L'economista Raj Patel sottolinea che «è il nesso che si instaura tra

gli individui che definisce il bene comune. Nella gestione collettiva del bene gli individui si uniscono e creano una *communitas*, realizzano un progetto collettivo, operano pratiche condivise [...]. La pratica dei commons, la gestione collettiva delle risorse comuni, richiede una rete di relazioni sociali finalizzate a tenere a freno gli istinti più vili [egoismo proprietario, avidità, sopraffazione] e a promuovere un diverso modo di valutare il mondo e le cose».[8] In questa accezione ampia, sarebbe forse più giusto tradurre commons in comunaltà o comunanza. I beni comuni, quindi, si configurano come repertorio di azioni (*commoning*), pratiche di cittadinanza attiva, esperienze e istituzioni mutualistiche, istituti di self-governance, self-management che danno vita a comunità attive di persone che decidono di gestire per proprio conto l'uso delle risorse di cui dispongono in modo condiviso, partecipato e pienamente democratico.[9]

### **La salute è il bene della vita**

La salute dovrebbe essere intesa come una risorsa naturale interdipendente con i cicli vitali della biosfera. Se così è, allora risulta evidente che la cura della salute va esercitata in un contesto di comune responsabilità, da esercitare con criteri e principi di equità, solidarietà, compassione, altruismo, amorevolezza. Grazie alla gestione condivisa del bene-comune-salute si possono creare relazioni umane salutari e istituire servizi che creino rapporti sociali solidali profondi promotori di salute.

La dimensione sociale della salute-bene-comune non esime ogni persona dalla responsabilità di farsene carico, anzi, richiede che ognuna si attivi direttamente, consapevolmente ad incominciare dalla cura di sé. Volersi bene significa, prima di tutto, non equivocare il diritto alla salute con il diritto all'accesso a cure sanitarie,

ma rivendicare il diritto, per tutte e tutti ad avere la possibilità di condurre una vita sana, non esposta a rischi evitabili e a pericoli nocivi. Prendersi cura di sé, dell'altro e dell'ambiente in cui si vive è un compito personale che però può essere svolto con successo solo attraverso un'azione collettiva con la messa in comune dei saperi medici, la condivisione di stili di vita sostenibili e la dazione delle risorse economiche (attraverso la mutualità fiscale) necessarie al mantenimento dei necessari presidi sanitari e politiche volte all'equità. La qualificazione della salute come bene comune chiama in causa, alla pari, le capacità individuali di tutta la popolazione e ogni persona di prendersi cura della propria salute e il funzionamento dell'intero sistema sociale che deve rispondere "in solido" (solidariamente) alle necessità delle popolazioni. Se ciò non avviene la delega della salute alle strutture sanitarie può portare inevitabilmente alla de-responsabilità della società politica, da una parte, e alla disabilitazione delle competenze individuali – per usare un'espressione illichiana – dall'altra. Scrisse Ivan Illich: «La salute è un compito personale [...] il risultato della autocoscienza, dell'autodisciplina e delle risorse interiori con cui ogni singolo regola il proprio ritmo e le proprie azioni quotidiane, la propria alimentazione, la propria attività sessuale [...] Queste attività personali sono plasmate e condizionate dalla cultura in cui l'individuo cresce [...] dipendono dalla diffusa responsabilità per ciò che attiene le abitudini sane e l'ambiente sociobiologico».[10]

Immaginare la salute bene comune richiederebbe un ripensamento della strutturazione sociosanitaria. Un esempio da seguire potrebbe essere quello sperimentato con le Case della salute.[11] Mossi dal desiderio di fornire agli abitanti un servizio sociosanitario integrato e ispirati

dal Manifesto per una autentica casa della salute,[12] operatori del settore, amministratori dell'Unione dei tre comuni delle Colline Matildiche e del Distretto della Ausl di Reggio Emilia, istituti scolastici, associazioni di cittadini, imprese del Terzo settore, la locale Banca del tempo, ed altri ancora hanno dato vita ad un "Patto sociale di comunità" che ha portato alla realizzazione nel 2015 della Casa della Salute della Pedecollina a Puianello e alla correlata Casa del volontariato a Montecavallo. Non una semplice riorganizzazione dei servizi, ma una rivoluzione nel modo di intenderli. L'obiettivo era quello di creare un presidio capace di fare rete con tutti gli attori presenti sul territorio. In questo modo la creazione di una Casa dedicata alla salute è diventata lo strumento per "fare comunità". Nei due piani della palazzina di Puianello vi sono medici di medicina generale, un centro prelievi e un coordinamento infermieristico domiciliare, ambulatori specialistici di neuropsichiatria infantile, medicina sportiva, un consultorio dedicato alle donne accanto a spazi dedicati alle diverse associazioni locali sia specifiche di "patologia" che di comunità.

### In conclusione

Se desideriamo che l'accessibilità ai servizi sanitari torni ad essere riconosciuta e onorata come diritto fondamentale di ciascun essere umano, è necessario che le popolazioni concepiscono la salute come un bene comune. Se vogliamo invertire la tendenza alla riduzione della salute a bene individuale (da realizzare acquisendo individualmente sul mercato ciò di cui si ha bisogno), allora è necessario che l'intera comunità riconosca la natura pubblica e generale del benessere psicofisico di ciascun individuo. Si tratta di avviarci fuori dal pensiero liberale per una ricon-

cettualizzazione della salute e del benessere come bene comunitario, non frazionabile e condiviso tra tutti i membri della società. Se una società riconosce che la salute è un bene comune primario allora saranno tutte le politiche pubbliche a doversi assumere l'obiettivo della sua tutela. La salute concepita come bene comune ristabilisce la gerarchia di valori a cui tutte le politiche economiche, gli assetti produttivi e infrastrutturali, i servizi pubblici, la ricerca scientifica, l'istruzione e quant'altro, dovranno essere finalizzati. Si tratta di un'idea di salute come progetto sociale integrale. Riconoscere la salute come un bene comune, accessibile a tutti, indisponibile e inalienabile comporta la massima assunzione di responsabilità sociale anche da parte dei singoli membri della comunità che si sentiranno chiamati a condurre stili di vita e comportamenti meno a rischio, più sobri, più attenti all'ambiente.

### Bibliografia

1. Ministero della Giustizia. Commissione Rodotà – per la modifica delle norme del codice civile in materia di beni pubblici (14 giugno 2007)
2. Pulcini E. La cura del mondo. Paura e responsabilità nell'era globale. Torino: Bollati Boringhieri, 2009.
3. Papa Francesco. Laudato si'. Roma 2015.
4. Rodotà S. Il diritto di avere diritti. Roma-Bari: Laterza, 2012.
5. Bollier D. La rinascita dei commons. Successi e potenzialità del movimento globale a tutela dei beni comuni. Viterbo: Stampa alternativa, 2015.
6. De Angelis M. Omnia Sunt Communia. On the Commons and the Transformation to Postcapitalism. The University City of Chicago Press Books, 2017.
7. Mattei U. Beni comuni. Un manifesto. Bari: Laterza, 2011.
8. Patel R. Il valore delle cose e le illusioni del capitalismo. Milano: Feltrinelli, 2007.
9. Cacciari P. (a cura di). La società dei beni comuni. Roma: Carta Ediesse, 2010.
10. Illich I. Nemesi medica. L'espropriazione della salute. La paradossale nocività di un sistema medico che non conosce limiti [1976]. Como: Macro Edizioni Red, 1991.
11. Iandra S, Ravazzini M, Prandi F. La salute

te cerca casa. Manifesto per una comunità protagonista del suo benessere. Roma: Derive e Approdi, 2019.

12. Fondazione Santa Clelia Barbieri e Casa della Carità. Salute bene comune. Manifesto per una autentica casa della salute. Bologna, 2014.

*Paolo Cacciari*  
*Associazione per la decrescita*

## Diffondere la solidarietà, non il virus



Chiara Bodini

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

*Si può fare attivismo ai tempi della pandemia? La risposta è sì, ora più che mai si deve fare. Domani è il 7 aprile, la giornata mondiale della salute.*

Si può fare attivismo ai tempi della pandemia? La risposta è sì, ora più che mai si deve fare, anche se il repertorio classico di assemblee, presidi, banchetti, manifestazioni, incursioni e azioni dirette, sit in e flash mob deve necessariamente e radicalmente essere trasformato. Come rete di attivismo per la salute, siamo lontane e lontani dal cosiddetto 'clicktivism', l'azione da salotto che si limita a mettere 'mi piace' o firmare petizioni online, esprimere il proprio dissenso tramite post senza che ciò abbia grandi ripercussioni in come costruiamo comunità e alternative nel mondo dei corpi. Tuttavia, abbiamo in queste circostanze dovuto accettare di combattere la nostra battaglia per il diritto alla salute su un piano - per ora - essenzialmente digitale.

Ma andiamo con ordine. Il 7 aprile è la giornata mondiale della salute, quest'anno dedicata a infermiere e infermieri e ostetriche[1]. Il tema ufficiale della giornata è di solito occasione per molta retorica e poco altro, come tante

altre 'giornate del..' che siamo abituati a vedere, anche se quest'anno - viste le condizioni in cui il personale sanitario si trova ad operare (un'eloquente vignetta postata recentemente tra i materiali verso il 7 aprile: si vede la mano di una persona sommersa dall'acqua etichettata come 'infermiera sottopagata', le si avvicina la mano del governo che - anziché salvarla - le 'batte un cinque' per l'eroismo) - sarebbe davvero il caso di celebrarla con azioni concrete di

sostegno. Da diversi anni, comunque, reti internazionali che si mobilitano per il diritto alla salute hanno ribattezzato questa giornata 'People's health day', giornata dei popoli per la salute: un momento per prendere voce dal basso e dire con forza che la salute è un diritto fondamentale e non una merce, e che la salute delle persone e dei popoli non è in vendita per il profitto di pochi.

A livello europeo, la mobilitazione è portata avanti dalla Rete contro la com-



mercificazione e la privatizzazione della sanità e della protezione sociale e dal People's Health Movement, con un focus specifico di contrasto ai processi di smantellamento e privatizzazione dei sistemi sanitari pubblici e l'obiettivo di intervenire su tali dinamiche in modo coordinato e anche a livello europeo. Insieme, le due realtà includono personale della salute, sindacati, accademici, studenti e studentesse, associazioni di pazienti e persone singole di 14 Paesi europei (Spagna, Italia, Grecia, Turchia, Croazia, Macedonia del Nord, Germania, Belgio, Francia, Olanda, Regno Unito, Norvegia, Svezia, Danimarca). In Italia, la voce della mobilitazione è la Campagna Dico32 - Salute per tutte e tutti!. Dopo un primo spaesamento legato alla messa in crisi delle forme previste per le azioni del 7 aprile, la Campagna ha optato per diffondere sei messaggi chiave tramite i principali mezzi digitali. I sei messaggi partono dalle principali rivendicazioni sul Servizio Sanitario Nazionale, per arrivare a parlare di cos'è salute e quali sono le trasformazioni sociali necessarie per tutelarla come bene comune.

1. Un servizio sanitario per tutte e tutti, in cui la salute sia concepita come diritto umano fondamentale garantito indipendentemente dallo stato giuridico, abitativo, economico e dal paese di provenienza. Mai come ora è evidente che solo garantendo un accesso universale al servizio sanitario è possibile tutelare la salute della collettività e rallentare il contagio.
2. La fuoriuscita del mercato dall'ambito della salute: negli ultimi anni il Servizio Sanitario Nazionale è stato privato di risorse mentre sono cresciute la sanità privata e l'industria sanitaria delle assicurazioni,

che non proteggono dalle pandemie. Mai come ora è evidente che per rispondere a un problema di salute pubblica serve un servizio sanitario che garantisca servizi essenziali che non generano profitto e che operi in modo coordinato sul territorio.

3. No al definanziamento e al taglio del personale, che ha generato l'inadeguatezza da parte delle strutture sanitarie nel gestire l'epidemia di Covid-19, sia per insufficienza di posti letto e strumentazioni adeguate che per il forte sotto organico del personale sanitario. L'emergenza del Covid-19 sta inoltre dimostrando che un servizio sanitario efficace deve essere nazionale sia su un piano legislativo che della normativa tecnica e che le forme di regionalismo in sanità stanno risultando caotiche e inefficienti.
4. Un servizio di cure integrato e di prossimità in cui, prima ancora di prevenire la malattia, si promuova la salute, allontanando con ogni strumento e politica il bisogno di cura. Mai come ora è evidente come per poter rispondere ai bisogni dei singoli è necessaria una comunità che supporti e metta in circolo le risorse, e in cui i diversi servizi e le diverse professioni siano integrate e dialoghino.
5. La partecipazione come strumento chiave per favorire l'autodeterminazione delle persone e delle comunità e per generare politiche di trasformazione sociale attraverso meccanismi di inclusione, ascolto e azione collettiva diretta. La pandemia mette a rischio soprattutto la salute delle persone che vivono in condizioni più svantaggiate: è fondamentale costruire un tessuto sociale di cooperazione, mutuo aiuto e partecipazione per

attuare una gestione non individualistica della crisi sanitaria e sociale seguita alla pandemia.

6. Una politica pubblica mirata alla promozione della salute attraverso le lenti della giustizia sociale, dell'equità e in un'ottica di sostenibilità del pianeta. L'epidemia attuale mostra che tutti siamo a rischio e possiamo rappresentare un rischio per le altre persone, ma anche che non tutti siamo esposti nello stesso modo e abbiamo le stesse possibilità di mettere in campo azioni personali per proteggerci. Inoltre, il caso del Covid-19 ha reso evidente come la salute umana sia in profonda connessione con quella ambientale e come per tutelarla serva prendersi cura di ciò che la determina nei contesti in cui viviamo.

Dall'1 al 6 aprile la diffusione dei messaggi si è allargata a macchia d'olio, perché mai come ora è evidente a molte persone quanto sia centrale il ruolo della sanità pubblica per tutelare la salute degli individui e della collettività. Purtroppo, l'emergenza sanitaria legata alla pandemia di Covid-19 ha mostrato fin troppo bene le debolezze del nostro Servizio Sanitario Nazionale, impreparato a farvi fronte anche e soprattutto per le gravi carenze di personale e organizzative conseguenza dei tagli ai finanziamenti degli ultimi dieci anni e non solo nei settori dell'emergenza-urgenza. A titolo di esempio, già prima dell'emergenza i Dipartimenti di Salute Pubblica e quelli di Cure Primarie in una regione ricca come l'Emilia-Romagna erano in crisi di personale e, anche dove si aprivano spazi per concorsi, faticavano a trovare nuovi dipendenti. A questo si aggiunge il fatto grave che il nostro Paese non aveva un piano operativo per affrontare

una situazione di pandemia, nonostante gli avvisi e le indicazioni che da anni dà in questo senso l'Organizzazione Mondiale della Sanità (o meglio, il piano sembra che ci fosse, datato 2016, ma più sulla carta che altro[2]). Ma la pandemia ha messo in luce anche la connessione strutturale tra il diffondersi di un nuovo patogeno e un sistema globale fortemente viziato dalla messa a valore della vita e dall'estrazione di profitto da ogni ambito, compresi i beni più profondi ambientali e umani[3]. Lo stesso mantra 'andrà tutto bene' suona alquanto macabro se si tiene in conto di quanto già la situazione non andasse bene per niente. Meglio allora stare con chi dice 'non voglio tornare alla normalità, perché quella normalità era il problema'. È importante che i messaggi per il 7 aprile, che parlano di salute oltre i confini della sanità, escano dal mondo digitale e si materializzino nelle nostre case per poi riuscire, attraverso la creatività che in questo periodo non manca, dalle finestre, dai balconi, negli atri dei condomini, nelle buchette delle poste, nelle code ai supermercati. L'invito per tutte le persone è quindi quello di

esporre, domani, cartelloni o striscioni con messaggi in difesa della salute e della sanità pubblica. Facciamo che questo messaggio arrivi e sia visibile, e ci accompagni per un impegno che non finisce al 7 aprile né tanto meno con la fine della pandemia, quando sarà.

L'appello: il 7 aprile organizziamo azioni decentralizzate in tutta Europa in occasione della giornata contro la commercializzazione della salute e la privatizzazione della sanità.

Chiamiamo tutte le persone a manifestare il proprio sostegno al nostro appello "Diffondere la solidarietà e non il virus" partecipando all'iniziativa "lenzuolo bianco":

1. Scrivete i vostri messaggi su uno striscione bianco o su un cartellone da esporre in un luogo visibile (balcone, atrio del condominio, porta di casa..)
  2. Se volete, fatevi una foto con i vostri messaggi e condividetela: sui social con l'hashtag #health4all e #salutepertutteetutti sulla mappa interattiva che potete raggiungere qui: [bit.ly/Agir4Health](https://bit.ly/Agir4Health)
- Per seguire la campagna italiana: ht-

[tps://www.facebook.com/dico32](https://www.facebook.com/dico32)

Per seguire la campagna europea: <http://europe-health-network.net/>

Evento facebook #7aprile #health4all: <https://www.facebook.com/events/549550719025438>

#### Bibliografia

1. World Health Day. Support Nurses and Midwives
2. Gasperetti M. Coronavirus, il piano anti-pandemia che l'Italia non ha seguito. Il Corriere della Sera, 28.03.2020
3. Pellegrini G. I virus figli dell'agro business. Il Manifesto, 02.04.2020

*Chiara Bodini  
People's Health Movement (PHM) e  
Centro di Salute  
Internazionale e Interculturale (CSI)*

## Covid-19 e ambiente



*Paolo Lauriola, Roberto Romizi, Guido Giustetto, Francesco Romizi, Emanuele Vinci, Fabrizio Bianchi*

Dalla Collezione Manifesti CeSPES

*Il rilancio della sanità pubblica sia sul versante della prevenzione sia della cura sembra oggi più ineludibile di ieri. Il fondamentale ruolo delle cure primarie.*

La discussione su quanto Covid-19 abbia a che fare con i cambiamenti climatici si sta sviluppando con sempre maggiore intensità, specie dopo che l'OMS mercoledì 11 marzo ha dichiarato la pandemia. Adesso l'attenzione e lo sforzo sono giustamente concentrati sulla crisi da Covid-19, ma speriamo che presto si apra un dibattito pubblico sulle cause e in particolare su quanto la perdita di habitat, guidata in parte dai cambiamenti climatici, ha facilitato la diffusione dei patogeni tra la fauna selvatica e il virus che passa alle persone. Confidiamo che insieme si possa approfondire il ruolo dell'inquinamento atmosferico, principalmente causato dall'uso di combustibili fossili, nel rendere le persone più vulnerabili alla contrazione della malattia. Questo articolo vuole rimarcare alcuni punti fermi in termini di salute nel contesto planetario, e ragionare su come meglio organizzare la sanità pubblica di

fronte alle sfide che ci attendono.

**Malattie infettive e ambiente: il caso Covid-19**

Sulla base dei risultati di una moltitudine di lavori scientifici e dei rapporti di Intergovernmental Panel on Climate Change – IPCC nessuno può negare che sia sostanzialmente cambiata la composizione dell'atmosfera e sarebbe altrettanto sciocco negare che la qualità dell'aria che respiriamo influisca sulla nostra salute. La contaminazione chimica delle matrici ambientali fondamentali per l'esistenza della vita ha un impatto sulla salute umana, sia sulle malattie non trasmissibili che su quelle trasmissibili. Il carico di malattia dovuto a rischi ambientali è ratificato dall'OMS.

I cambiamenti climatici agiscono direttamente e indirettamente nel determinare un'ampia varietà di malattie, favorendone nuove e agendo come forza moltiplicatrice per molte delle problematiche già esistenti. Ad esempio, sono un fattore determinante per la diffusione di malattie infettive, poiché alterano le condizioni ambientali favorendo la replicazione dei vettori che trasmettono il

patogeno, cioè gli insetti.

Secondo il Lancet Countdown rispetto agli anni '50, nell'ultimo decennio si è registrato un forte incremento globale nella capacità delle zanzare *A. Aegypti* e *A. Albopictus* di trasmettere il virus Dengue: le proiezioni, basate sui dati a disposizione, permettono di ritenere ragionevole che questo trend sia in costante aumento, di pari passo con l'aumento delle emissioni di gas serra. In generale, ci sono due spiegazioni della maggiore diffusione di insetti vettori: il clima che cambia modifica le caratteristiche degli insetti e ha un impatto sul loro cibo e sui loro nemici naturali e sui predatori. All'aumentare della temperatura, il metabolismo dell'insetto accelera. Poiché bruciano più energia, consumano di più, si sviluppano più velocemente, muoiono di meno, si riproducono più velocemente e depongono più uova. Il risultato finale è un aumento delle popolazioni.

Il Cambiamento climatico determina un cambio delle precipitazioni atmosferiche, con sempre più frequenti estremi, come inondazioni e siccità. Questi cambiamenti influenzano le interazioni

tra parassiti, piante e nemici naturali. Infine, a seguito del riscaldamento per trovare cibo e sfuggire alla competizione e ai nemici naturali, gli insetti si spostano in nuovi territori ed esplorano nuovi habitat.[1] Deforestazione, antropizzazione e avvicinamento degli animali all'uomo creano un ambiente propizio allo sviluppo di malattie infettive e la mobilità umana ne aumenta la diffusione, com'è il caso di Covid-19. Secondo un recente Report del WWF, la distruzione degli habitat naturali provocata dall'uomo, rompe gli equilibri ecologici e crea condizioni favorevoli alla loro diffusione. «Le foreste sono il nostro antivirus. La loro distruzione può quindi esporre l'uomo a nuove forme di contatto con microbi e con specie selvatiche che li ospitano. Nelle foreste incontaminate dell'Africa occidentale, ad esempio, vivono pipistrelli portatori del virus dell'Ebola. Il cambiamento di uso del territorio come le strade di accesso alla foresta, l'espansione di territori di caccia e la raccolta di carne di animali selvatici, hanno portato la popolazione umana a un contatto più stretto con nuovi virus, favorendo l'insorgenza di nuove epidemie». D'altra parte è stimato che più del 60% delle malattie infettive presenti nella specie umana si sia originata da specie animali selvatiche e domestiche: pipistrelli, topi, maiali, scimmie, gatti. [2]

Un recente articolo comparso su *Nature Microbiology* sul fenomeno dell'antibiotico resistenza, ne rileva la natura globale richiamando il problema della diffusione degli antibiotici negli animali e nell'ambiente (acqua e suolo), tutt'altro che scollegato dall'attuale pandemia da Covid-19. Tutto questo viene sintetizzato nel concetto di one health. [3] Nel 2003 è comparsa la SARS,

Sindrome respiratoria acuta grave, che dai pipistrelli si è trasferita agli zibetti (piccoli mammiferi) e poi all'uomo. Nel 2009 si è diffusa un'epidemia causata dal virus H1N1, nota come influenza suina, trasmessa dagli uccelli ai suini e poi passata all'uomo. Nel 2012 è comparsa la MERS, Sindrome respiratoria del Medio Oriente, trasmessa dai pipistrelli ai cammelli e, in seguito, all'uomo. Nel 2014 anche il virus responsabile di Ebola, già individuato a metà degli anni '70 e trasmesso dai pipistrelli della frutta, ha acquisito la capacità di trasferirsi direttamente da uomo a uomo.

Nel dicembre 2019 ha fatto la sua comparsa il nuovo coronavirus cinese (SARS-Cov-2). Le ricerche hanno evidenziato che il virus responsabile dell'attuale pandemia, per adattarsi all'uomo, ha modificato due proteine strutturali e una proteina di superficie. Il legame che si instaura tra le proteine di superficie del virus e i recettori presenti sulle cellule umane rappresenta la chiave per aprire la serratura e insediarsi all'interno delle cellule. Il virus responsabile dell'epidemia di Covid-19 è per l'80% simile a quello della SARS, ma è meno letale, anche se più contagioso. [4]

Sono ancora tanti gli interrogativi senza risposta, ad esempio sulle cause, sicuramente molteplici, dell'elevata letalità di Covid-19 in Italia, su come proteggere gli ospedali non solo dai virus ma anche dalle correlate infezioni batteriche antibiotico-resistenti, e dalla presenza di super batteri in grado di aggravare il quadro clinico già complessi di malati da Covid-19. Ricordiamo che l'Italia è in Europa, insieme a Cipro, il Paese che ha più ceppi batterici antibiotico resistenti e la maggiore mortalità correlata. Un recente rapporto dell'OMS mostra come l'AMR sia una minaccia sanitaria

globale, con impatti negativi sulla salute umana e animale. Ogni anno, infatti, le infezioni resistenti ai farmaci provocano 700.000 morti e si prevede un incremento fino a 10 milioni nel 2050. [5] Sul versante ambientale, uno degli aspetti che sempre più emerge è che oltre all'uso massivo dei combustibili fossili, si brucia sempre più legna e derivati, rifiuti urbani, agricoli, industriali. L'impatto documentato è su un numero di malattie che solo qualche decennio addietro era ritenuto impensabile: tumori di varie sedi, malattie cardio e cerebro-vascolari, nervose, oltre a quelle respiratorie, che rendono le persone più suscettibili ad ammalarsi e più fragili di fronte a malattie di altra origine, come è il caso del Covid-19. Di molti legami tra perturbazioni ambientali e salute abbiamo prove convincenti, di altre abbiamo ipotesi solide che vista la posta in gioco dovrebbero essere affrontate con approccio precauzionale.

Covid-19 e le malattie non trasmissibili di origine ambientale richiamano uno sforzo senza precedenti, da una parte per contrastare i cambiamenti climatici e ambientali e dall'altra per attrezzare le nostre società a sfide come quella in corso. Tutto questo nella prospettiva che occorre confrontarsi con il problema ormai da tutti assodato come quello del legame tra gli effetti di un ambiente degradato, quelli di un'epidemia (quale quella da SARS COV 2) e le disegualanze socio-economiche. In altre parole che le classi sociali più deprivate saranno sempre più al centro dei rischi sopra riferiti.

Quindi, che fare?

In merito al rapporto tra ambiente e salute, una strategia che potrebbe risultare vincente è il coinvolgimento di una rete di Medici di Famiglia (MF) e dei Pedia-

tri di Libera Scelta (PLS) in una strategia integrata di Prevenzione. Certamente ciò richiederà un forte investimento in termini di formazione, non essendo questi medici solitamente preparati a occuparsi in modo approfondito di salute in relazione all'ambiente: tale competenza oltretutto non è inserita nei loro compiti e non è insegnata nel corso di medicina. Tra questi operatori non vi è sempre consapevolezza dell'influenza, anche a livello clinico, come nel caso di una malattia infettiva in atto, dell'ambiente sull'insorgenza e sul decorso della patologia. I MF e i PLS, se adeguatamente sensibilizzati, formati e organizzati, possono rappresentare un "anello di congiunzione" tra evidenze scientifiche, problemi globali e azioni locali.[6] A questo proposito, diverse recenti e autorevoli pubblicazioni hanno sottolineato le grandi potenzialità offerte dal coinvolgimento dei Primary Care Providers.[7-10] E d'altra parte un loro coinvolgimento consentirebbe non solo di raccogliere informazioni in modo tempestivo e preciso su modificazioni "inattese" dello stato di salute della popolazione e dell'ambiente, ma anche e soprattutto permetterebbe al Servizio Sanitario di trasmettere un immediato senso di protezione ai cittadini che nel 95% dei casi è in rapporto fiduciale con il proprio medico o pediatra.[11,12]

Nel caso di Covid-19 riteniamo utile chiedersi quanto una migliore interazione tra il sistema ospedaliero e quello di prevenzione territoriale avrebbe potuto incidere positivamente sulla gestione dell'epidemia, addirittura sul riconoscimento dell'inizio dell'epidemia. D'altra parte, anche in questo momento, una collaborazione dei Medici di Famiglia con i Dipartimenti di prevenzione che sono fortemente impegnati nel processo contact-tracing potrebbe risultare risolu-

tivo. Il rilancio della sanità pubblica sia sul versante della prevenzione sia della cura sembra oggi più ineludibile di ieri. Il servizio sanitario è l'asse del welfare che dovrà essere rafforzato e ripensato per adeguarlo alle sfide a venire.

#### Bibliografia

1. How changes in weather patterns could lead to more insect invasions. The Conversation.com, 25.02.2020
2. Zoonotic disease: emerging public health threats in the Region. World Health Organization (Eastern Mediterranean Regional Office)
3. One Health Day. Il Nuovo modello di sanità pubblica secondo i medici e i veterinari di Fvm. quotidiano Sanità, 06.11.2017
4. Francesco Bilotta, 12.03.2020; © 2020 IL NUOVO MANIFESTO SOCIETÀ COOP. EDITRICE
5. Antimicrobial resistance: global report on surveillance. Geneva: World Health Organization, 2014.
6. Lauriola P, Serafini A, Santamaria MG, et al. Sentinel practitioners for the environment and their role in connecting up global concerns due to climate change with local actions: thoughts and proposals. *Epidemiologia e Prevenzione* 2019; 43 (2-3):129-130. doi: 10.19191/EP19.2-3.P129.05
7. Xie E, de Barros EF, Abelson A, et al. Challenges and opportunities in planetary health for primary care providers. *The Lancet Planetary health* 2.5 (2018): 185-187.
8. Haines A, Ebi K. The Imperative for Climate Action to Protect Health. *N Engl J Med* 2019;380:263-73. DOI: 10.1056/NEJMra1807873
9. Walker R, Hassall J, Chaplin S, et al. Health promotion interventions to address climate change using a primary health care approach: a literature review. *Health Promotion Journal of Australia* 2011; 22(4): 6-12.
10. Declaration Calling for Family Doctors of the World to Act on Planetary Health. WONCA Working Party on the Environment Planetary Health Alliance. Clinicians for Planetary Health Working Group
11. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P et al. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology. *European Journal of General Practice*, 2009; 15: 243-250.
12. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, et al. The Ecology of Medical Care Revisited 2001.

*N Engl J Med* 2001; 345:1211-1212 DOI: 10.1056/NEJM200110183451614

*Paolo Lauriola*  
coordinatore scientifico RIMSA ( Rete  
Italiana  
Medici-Sentinella per l'Ambiente)

*Roberto Romizi*  
Presidente ISDE Italia  
(Associazione Italiana  
Medici per l'Ambiente)

*Guido Giustetto*  
membro comitato centrale FNOMCEO  
(Federazione Nazionale  
degli Ordini dei Medici)

*Francesco Romizi*  
responsabile comunicazione ISDE Italia  
(Associazione Italiana Medici per  
l'Ambiente)

*Emanuele Vinci*  
coordinatore GDL professione, salute,  
ambiente e sviluppo economico FNOMCEO  
(Federazione Nazionale  
degli Ordini dei Medici)

*Fabrizio Bianchi,*  
Dirigente di ricerca di IFC\CNR Pisa

## Social media e promozione della salute

*a cura di Giuseppe Fattori*

Disconnect ,Henry Alex Rubin, 2012

Al ruolo dei social media nel rapporto del cittadino con la salute e con i professionisti della promozione della salute è dedicato questo Dossier curato da Giuseppe Fattori, presidente del Coordinamento Nazionale Marketing Sociale.

I social media sono in grado di esaltare e dare concretezza alla parola d'ordine della stessa promozione della salute: partecipazione?

I contributi di Fattori analizzano l'argomento da un punto di vista teorico con una ricca bibliografia e riportano sintesi di esperienze realizzate.

A seguire un "doppio contributo" Social media: la via da seguire o una perdita di tempo per i medici? Matthew DeCamp, Anne Marie Cunningham esprimono posizioni opposte sul ruolo dei media per i professionisti della salute: un'occasione di dibattito e riflessione.

Il corposo articolo di M. Bardus, (traduzione curata da Elena Barbera ed Eleonora Tosco - DORS Piemonte) riporta una esplorazione della letteratura scientifica sui risultati dell'utilizzo dei media sociali in campagne o interventi di comunicazione per la salute, a partire

dall'individuazione dei temi trattati, tipi di media sociali utilizzati, e dati sul loro impatto nel modificare comportamenti legati alla salute.

In conclusione una sintesi-estratto da The Health Communicator's Social Media Toolkit, curato dalla Division of News and Electronic Media, Office of the Associate Director of Communication at the Centers for Disease Control and Prevention (CDC).



## Introduzione

*Giuseppe Fattori*

Matrix, Andy e Larry Wachowski, 1999

La rivoluzione digitale porta con sé novità e trasformazioni che stanno cambiando anche la “galassia salute”. Le nuove piattaforme trasformano il modo in cui i cittadini e gli operatori sanitari interagiscono quotidianamente; usate in modo corretto rappresentano una nuova opportunità per costruire comunità sostenibili e riorientare i comportamenti. Miliardi di utenti attraverso Instagram, Facebook, Twitter e YouTube possono interagire, condividere contributi, creare scambi tra individui e gruppi e costruire una nuova comunicazione che prende il nome di Web.2 (Hesse 2012). Internet, app, mobile e

gli strumenti del web 2.0 consentono una diffusione tanto rapida quanto capillare di queste conquiste nella “Promozione della salute” con un’evoluzione costante e progressi quotidiani. È molto difficile cristallizzare realtà dinamiche e in continuo aggiornamento come il Web 2.0 e le nuove tecnologie; lo è ancora di più se si desidera far luce sulle loro implicazioni in un universo complesso e delicato come quello della salute e della sua promozione.

Grazie al web 2.0 anche i pazienti rivendicano un ruolo attivo e chiedono di partecipare alle decisioni che riguardano la loro salute **Citizen included**

(Dave de Bronkart 2014).

I nuovi protagonisti del mondo della salute saranno dunque i cittadini per i quali l’accesso alle tecnologie e alle informazioni cambierà il modo di rapportarsi con gli operatori sanitari e con la ricerca clinica. Ma la strada per soddisfare i bisogni delle persone passa dalla partecipazione: il coinvolgimento dei cittadini è fondamentale per un’efficace promozione della salute, per andare oltre il semplice raggiungimento del pubblico target, per influenzare cambiamenti in maniera sostenibile e arrivare alla co-creation di nuovi comportamenti (Kite 2016).

## Salute e Web 2.0

*Giuseppe Fattori*

The Circle, James Ponsoldt, 2017

I social media raggiungendo un pubblico molto ampio possono favorire la riduzione delle disuguaglianze sociali (Ramanadhan 2013) e aumentare l'efficacia dei programmi di promozione della salute che cercano di cambiare i comportamenti (Laranjo 2013).

Le piattaforme di social networking hanno aumentato il sostegno tra pari (Farmer 2009) e aiutato popolazioni emarginate e svantaggiate con basso livello di alfabetizzazione (Veinot 2009).

La partecipazione dei cittadini ai programmi di promozione della salute non è semplice ma se ci riusciamo aumentano le probabilità di successo (Evans 2016).

Con la nascita dei servizi web di seconda generazione, comunemente noti come web 2.0, è stata fornita una possibilità di interazione e condivisione praticamente illimitata, in special modo grazie all'impiego dei social network (Instagram, Facebook, Twitter, Forum e Blog) e delle tecnologie mobile.

Questa rivoluzione tecnologica e informativa ha coinvolto ampiamente anche il campo della salute e della sua promo-

zione: la modalità di trasmissione del sapere tra utenti e professionisti si è trasformata radicalmente (McDaid 2010). Le innovazioni citate hanno contribuito alla diffusione dei social media nella promozione della salute. I social media consentono una grande facilità di scambio di dati e esperienze riguardanti il proprio stato di salute. È a questo livello del processo che si dovrebbe inserire la promozione: ad un cambiamento informativo dettato dalle innovazioni tecnologiche e dalla rete non può non corrispondere un diverso modo di promuovere la salute che tenga conto del nuovo scenario. Se l'obiettivo di una campagna di promozione della salute consiste nell'informazione e sensibilizzazione degli individui su un problema specifico in modo da creare i presupposti necessari alla modifica delle idee e comportamenti è necessario non solo impiegare i messaggi più idonei, ma anche scegliere i canali ed i mezzi adeguati. Fino ad ora le campagne di promozione in ambito sanitario si sono basate su strumenti tradizionali, senza l'ausilio di nuove tecnologie ad

alto coinvolgimento come ad esempio i social media ed applicazioni mobile. È improbabile che lo stesso messaggio riesca a raggiungere efficacemente un target eterogeneo che necessita sempre più di contenuti mirati e coinvolgenti. L'uso dei nuovi media, in particolare degli strumenti del web 2.0, può aiutare in maniera significativa a raggiungere efficacemente il pubblico di riferimento; è necessario perciò favorire una nuova idea di promozione che tenga conto e valorizzi sinergicamente le grandi potenzialità che la tecnologia ci offre. Occorre riaffermare che l'innovazione è l'unica strada per riprogettare una sanità organizzata sulla nuova domanda di salute e di benessere che viene dai cittadini.

Entrano in scena nuovi paradigmi nel campo della salute; innovatori pubblici e privati si connettono, si confrontano, dando una dimostrazione concreta di come si deve collocare al centro del sistema il cittadino con le sue necessità. L'introduzione di internet nel campo della salute ha avuto un effetto dirompente perché ha creato un vero e

proprio spartiacque tra il concetto di salute classico e quel che oggi potremmo chiamare salute 2.0: anche la promozione della salute deve tener conto di questa rivoluzione. Uno dei primi autori che in letteratura ha affrontato l'interessante tematica è stato Kerry E. Evers già nel 2006. Nell'articolo "*eHealth promotion: the use of the Internet for health promotion*" si indaga l'uso di Internet per la promozione della salute ed in particolare sono analizzati i trend di crescita, l'applicabilità generale e le strategie di valutazione per interventi on-line (Evers 2006).

Il lavoro di Evers ha gettato le basi per quel che sarebbe stata l'evoluzione della promozione della salute negli anni successivi: si va sempre più verso interventi di promozione della sanità elettronica. Sempre nel 2006 supporta le idee di Evers anche Peter Korp nello studio "Health on the Internet: Implication for Health Promotion" che si concentra in particolare sul concetto di empowerment (Korp 2006).

Grazie all'avvento di internet si accede più facilmente alle informazioni, si creano maggiori contatti sociali e network, il cittadino è più informato sulla propria salute. Non mancano però degli aspetti problematici come il digital divide, la valutazione e l'affidabilità delle fonti, il forte controllo di tecnici ed esperti, un eccessivo aumento della medicalizzazione e il salutismo. Il compito di un buon promotore della salute perciò, è quello di progettare strategie in grado di rafforzare la capacità degli utenti di valutare le diverse fonti di informazione in relazione ai propri interessi e bisogni, piuttosto che in relazione a standard scientifici e/o professionali (Fattori 2016).

Con la diffusione di internet dunque

entra in scena l'eHealth con l'eHealth Promotion.

I programmi che si basano sulla eHealth promotion automatizzano le raccolte di dati e garantiscono una maggiore interattività e flessibilità.

Occorre dunque concentrare gli sforzi nel coniugare la promozione della salute con l'eHealth. In un recente lavoro della commissione della Comunità Europea si descrive l'eHealth come uno strumento utile sia per i professionisti della salute sia per i pazienti.

Parlando di tecnologie di comunicazione interattiva (Ratzan 2011) stiamo vivendo un'epoca di opportunità mai avute prima. Le cosiddette **tecnologie partecipative**, come il Web 2.0 e le sue estensioni, devono essere ben sfruttate ed usate sia dai potenziali pazienti sia dagli stakeholder. Grazie alla sempre più crescente **salute digitale** oggi siamo in grado di sviluppare strategie di comunicazione della salute efficaci nel prevenire, soccorrere e supportare i pazienti in qualsiasi luogo essi risiedano. Fra tutti gli strumenti introdotti negli ultimi anni, senza dubbio app e social media sono quelli che hanno avuto l'impatto più significativo tanto che, in sanità, si può parlare di un pre e post web 2.0, così come di un pre e post e-Health. Edward Bennett, nel testo "Bringing the Social Media Revolution to Health Care", è uno dei primi a credere nel potere dei social media nell'Health care (Bennett 2012).

Gli ospedali devono fronteggiare e gestire questo cambiamento radicale imparando ad utilizzare questi strumenti di dialogo con le comunità, ridisegnando la propria organizzazione, incoraggiando la partecipazione, costruendo una rete di professionisti, condividendo idee (Aase 2012).

Un pioniere nell'uso dei social media in medicina è Bertalan Meskò, fondatore di **Webicina** ed autore di "Social Media in Clinical Practice" (Meskò 2013). Secondo Meskò i social hanno cambiato il mondo dell'Health care. Web 2.0, internet, social media sono rappresentazioni dello stesso concetto: la comunicazione digitale.

I social media possono facilitare la comunicazione, l'interazione medico/paziente. L'obiettivo finale non è quello che ogni professionista sanitario divenga un blogger o un esperto di Twitter ma che ognuno di essi possa scegliere le piattaforme, gli strumenti, le soluzioni che facilitino il proprio e personale flusso comunicativo con i pazienti, con le comunità.

Un'importante associazione medica come l'ASCO (American Society of Clinical Oncology), attraverso il suo portale aiuta gli oncologi a comprendere ed impiegare Twitter, sostenendo l'arricchimento reciproco per quegli specialisti che grazie al social possono meglio confrontarsi con colleghi, pazienti e caregiver.

Il tema dunque è molto attuale, in special modo se entrano in gioco le applicazioni mobile, negli ultimi tempi, protagoniste nel campo dell'eHealth. La flessibilità, l'innovatività e la facile integrazione con tutti i dispositivi portatili (smartphone, tablet) le ha rese cardini del nuovo concetto di salute elettronica.

In una stessa app troviamo prevenzione e salute; la "mobile health" non è più semplicemente un fenomeno, ma una realtà con la quale ci si deve confrontare in una società che ha scoperto le incredibili potenzialità di smartphone e tablet e non ne vuole (e forse non può) più farne a meno.

La proliferazione degli smartphone, dunque, ci sta abituando all'idea che per tutto ci sia una App. Nella letteratura internazionale si studia l'utilizzo delle applicazioni per mobile nell'ambito della lotta al fumo e all'abuso di alcol, del contrasto alla diffusione dell'HIV/AIDS (Fattori 2019) nel sostegno alla corretta alimentazione e all'attività fisica. Secondo l'articolo "Health-Promoting Apps a Content Analysis" di Barrett, West, Hanson e Barnes, le app rappresentano, dunque, un aiuto concreto anche nella promozione della salute (Barret 2011).

Le app disponibili oggi nell'area salute si suddividono principalmente in cinque macro-aree: dieta, esercizio fisico, salute e cura personale, sessualità e disturbi del sonno. Tutte le applicazioni secondo gli autori permettono una maggior diffusione di informazioni fra la popolazione e rendono inclini

gli utenti all'attuazione di determinati comportamenti.

Accanto a ricerche che suggeriscono l'uso delle app e guardano ad esse in maniera positiva, non mancano tuttavia studi che mostrano alcune criticità. Un articolo pubblicato dal Journal of Medical Internet Research "There's an app for that: content analysis of paid health and fitness apps" ha analizzato alcune applicazioni per smartphone dedicate alla salute, in particolare al fitness, provando a fare il punto sul potenziale impatto di ciascuna nel cambiamento dei comportamenti. Uno sguardo critico che sottolinea come poche applicazioni siano sviluppate rispettando le più consolidate teorie di promozione della salute (West 2012).

Alla fine degli anni novanta si cominciarono a comprendere le potenzialità di internet; oggi le aziende sanitarie, ospedaliere, gli istituti di ricerca, do-

vrebbero presidiare i "luoghi" in cui pazienti si confrontano, si informano, si supportano, abbracciando ed affrontando la rivoluzione social. A questo ulteriore livello la strategia diventa punto focale.

I social media sono strumenti basati su Internet che nascono e sfruttano le premesse ideologiche e tecniche del Web 2.0 e che permettono la produzione e lo scambio di "user generated content" (Kaplan 2010). Adattarsi ai cambiamenti diventa essenziale, in special modo se parliamo di salute. Va riconosciuta la complessità delle interazioni, delle comunicazioni e le implicazioni che si possono generare attraverso il contatto diretto dei professionisti della sanità con l'utente/paziente.

Con l'unione tra Web 2.0 e salute, si viene a creare un nuovo settore di ricerca, nel quale la promozione della salute gioca un ruolo centrale.

Considerata la complessità dell'argomento l'intento è quello di tracciare e descrivere un percorso che parte dal concetto di promozione della salute e termina nell'eHealth passando per il Web 2.0 ed i social media.

Per parlare di Promozione della Salute e di suoi sviluppi dobbiamo prima definire le competenze che tutti coloro che desiderano operare nel settore devono possedere.

In tale direzione, il progetto **Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe** (CompHP) che vede la partecipazione di 24 paesi in tutto il mondo coordinati dall'Ufficio Europeo dello IUPHE, si pone come obiettivo l'individuazione delle competenze di base degli operatori (sanitari e non) per la promozione della salute (Speller 2016). Il progetto



Back Mirror, Netflix 2012

propone alcuni obiettivi rilevanti per lo sviluppo professionale del settore della Promozione della Salute e ne presenta gli standard professionali. Il documento descrive i programmi, le politiche e altri interventi di promozione della salute.

I valori etici sono fondamentali per le azioni in Promozione della salute e formano il contesto in cui tutte le altre competenze vengono praticate. Essi includono: equità, giustizia sociale, rispetto per l'autonomia e la scelta di individui e di gruppi di processi di lavoro che si basano sulla collaborazione e consultazione. I nove standard individuati dal Progetto CompHP sono:

- **Favorire il cambiamento di comportamento** attraverso l'empowerment e la partecipazione del cittadino
- **Migliorare la salute e il benessere** facilitando comunità e gruppi ad articolare le loro esigenze e sostenere lo sviluppo di politiche e procedure in tutti i settori che hanno un impatto positivo sulla salute
- **Mediare attraverso il partenariato**, costruire partnership di successo attraverso il lavoro collaborativo e facilitare lo sviluppo e la sostenibilità delle coalizioni e reti per l'azione di promozione della salute
- **Comunicare** azioni di promozione della salute attraverso tecniche e tecnologie adeguate per un pubblico eterogeneo
- **Leadership**, attraverso il lavoro con i portatori di interesse per concordare una visione condivisa e una direzione strategica
- **Analizzare** i bisogni e le risorse in collaborazione con gli stakeholder, nel quadro dei determinanti politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici

- **Pianificare** attraverso lo sviluppo di obiettivi di promozione della salute misurabili e obiettivi basati sulla valutazione delle esigenze e delle attività in collaborazione con le parti interessate. Mobilitare, sostenere e coinvolgere la partecipazione dei soggetti interessati nella pianificazione di azioni di promozione della salute

- **Attuare** azioni efficaci ed efficienti in collaborazione con le parti interessate

- **Valutare** l'impatto e l'efficacia delle azioni di promozione della salute.

Nella promozione della salute i social media possono essere utilizzati come medium per favorire l'empowerment del cittadino, migliorare la salute ed il benessere, mediare attraverso il partenariato, comunicare, analizzare/raccogliere dati, attuare, valutare e ricercare.

# Dai Social Network ai Social Media

Giuseppe Fattori

Ready Player One, Steven Spielberg, 2018

La storia dei social network inizia molto prima di internet; il lavoro di Eulero e la sua teoria dei grafi che sta alla base dell'intera teoria delle reti di oggi risale al 1736. La rete sociale è costituita da un gruppo di persone connesse tra loro attraverso legami di differente natura (affettivi, professionali, religiosi, ecc...). Da questi primi studi i social network non hanno mai smesso di svilupparsi; con gli inizi degli anni 2000 ecco apparire sulla scena i primi servizi collaborativi quali Wikipedia, YouTube e Facebook. Il Web 2.0 stava sorgendo dalle ceneri della crisi del 2001. A partire dai primi anni del nuovo millennio, la timeline dei social network corre velocissima: nel 2003 viene introdotto LinkedIn, nel 2004 va on-line Facebook, nel 2005 YouTube, nel 2006 apre i battenti un servizio di microblogging minimalista come Twitter, nel 2010 Instagram.

La modalità di interazione in rete (profilo, collegamento o amicizia, messaggio, status, commento ecc...) si è affermata velocemente divenendo lo standard con cui le persone si sono abituate ad interagire.

Compiendo un passo in avanti i Social

Network sono uno degli elementi cardine di una "rivoluzione" di più ampio respiro che va incasellata sotto il nome di Social Media. Con questo termine si intende un gruppo di tecniche e norme di creazione e condivisione di contenuti on-line. È un mutamento dei ruoli: i fruitori diventano anche produttori di contenuti.

Gestire al meglio i social media significa elaborare campagne digitali multicanale con social media, siti web, app, mobile, tecnologia indossabile dove i social media si integrano con gli strumenti di comunicazione tradizionale.

Cerchiamo di definire l'ambito di azione e conoscere i social media più in uso oggi.

## Social media

I social media sono una costellazione di strumenti e tecnologie che consentono conversazioni peer-to-peer e co-creation. Ciascuno di questi strumenti ha caratteristiche diverse e trova applicazioni differenti rispetto alla promozione della salute.

A tale scopo i social media sono stati distinti in (De Angelis 2018):

- **progetti collaborativi come wiki-**

**pedia:** sono siti Web che consentono agli utenti di aggiungere, rimuovere e modificare il contenuto basato su testo e abilitare la creazione congiunta e simultanea di contenuti da parte di molti utenti finali";

- **community di contenuti come Youtube, Instagram e Podcast:** permettono agli utenti di condividere contenuti multimediali come video, fotografie e audio;

- **blog e microblogging come Twitter:** sono siti Web specifici che forniscono informazioni in formati diversi, particolarmente apprezzati dalle reti professionali;

- **social network come facebook:** sono applicazioni che consentono agli utenti di connettersi creando profili di informazioni personali, invitando amici e colleghi ad accedere a tali profili e inviando messaggi di posta elettronica e messaggi istantanei tra loro;

- **mondi virtuali come second life:** sono piattaforme che replicano un ambiente tridimensionale in cui gli utenti possono apparire sotto forma

di avatar personalizzati e interagire l'un l'altro come nella vita reale;

- **forum di discussione:** permettono ai partecipanti di conversare usando messaggi postati; sono stati considerati una forma di social media in quanto incorporano contenuti generati dagli utenti.

I social media non sono soltanto mezzo di intrattenimento, ormai fanno parte della nostra vita. Occorre perciò adottare un approccio professionale ai social e darsi una social media strategy.

Le social media strategy possono essere ricondotte dentro alcune tipologie più comuni:

- **Le strategie di presidio** che mirano a stabilire una presenza dell'azienda il più ampia e massiccia possibile in termini contenutistici e senza una scadenza prefissata. Si tratta di strategie dispendiose in termini sia economici che di risorse (personale dedicato ecc...). Le strategie di presidio, una volta adottate, richiedono un sistema di metriche innovativo e preciso per calcolare il ROI (Return on Investment). Un servizio come Facebook si presta bene allo sviluppo di una strategia di questo tipo.
- **Le strategie di promozione** sono quelle intraprese dalle aziende a supporto di un lancio di una campagna o di una iniziativa. Sovente tali strategie vengono supportate da un rilevante investimento in media. Sono strategie mirate ed hanno limiti temporali.
- **Le strategie di progetto** hanno sempre un carattere di temporaneità ma sono meno limitate ad uno specifico soggetto/argomento. L'organizzazione tende a lavorare sullo specifico obiettivo da conseguire. Le strategie progetto perché abbiano successo

devono rivolgersi alla community adatta.

- **Le strategie di ascolto** rappresentano la via per quelle aziende che per scelta o attendismo hanno deciso di confrontarsi con i social solo in fase "passiva". I limiti delle strategie di solo ascolto sono palesi poiché esse non sfruttano i social per la comunicazione. In ogni caso non precludono la possibilità di intervento in un secondo momento e rappresentano un'opzione che se gestita bene può rivelarsi utile.

Nella promozione della salute non si potrà prescindere da indicazioni precise per determinare gli obiettivi strategici.

L'importanza di stabilire priorità e obiettivi è sottolineata anche da Lee Aase della Mayo Clinic Center for Social Media nei sette punti da tener presenti per una strategia sui social media (Aase 2012):

1. Iniziare da priorità e obiettivi;
2. Acquisire familiarità con gli strumenti;
3. Avviare una strategia dall'osservazione e dall'ascolto;
4. Chiedere aiuto;
5. Prestare attenzione alle norme della community;
6. Non essere sopraffatti dai puristi;
7. Ricordarsi che la pianificazione è più importante dei piani.

I social media cambiano il modo di comunicare e gli obiettivi organizzativi devono essere riprogettati per coinvolgere le persone. Inoltre, la scelta del target di riferimento influenzerà la scelta del canale. Dedicare tempo allo sviluppo e al mantenimento della presenza sui social media sarà improduttivo se non si decide come usare il canale scelto.

In particolare dobbiamo definire gli obiettivi (ad esempio promuovere l'a-

zienda o creare una presenza online personale) e progettare una buona strategia in base ai nostri bisogni: per brevi conversazioni ad esempio si può utilizzare Twitter, per condividere invece opinioni, saggi, presentazioni è meglio usare un blog.

Alcune importanti indicazioni (Meskò 2012):

- Non mescolare vita professionale e personale on-line;
- Essere aperti alle discussioni;
- Comunicare come si farebbe nella vita reale;
- Essere coerenti;
- Mettere sempre impegno e rigore intellettuale.

## Social media e promozione della salute

Le linee guida del CDC di Atlanta propongono l'uso innovativo del Social Media nella promozione della salute. In tale direzione i social media e le tecnologie di comunicazione mobile favoriscono:

- l'immediatezza dell'informazione;
- la condivisione di contenuti con i partner;
- la personalizzazione dei messaggi;
- la facilità di integrazione fra Enti ed Istituzioni diverse;
- un sostegno verso la scelta di adottare comportamenti salutari.

I social media non eliminano le disparità tra gruppi ma possono ridurre le disuguaglianze dovute al digital-divide e ai diversi livelli di alfabetizzazione sanitaria (Bodie 2008) grazie al il basso costo e alla crescente diffusione di Internet.

Piattaforme popolari come Facebook Instagram o Twitter hanno permesso a una miriade di nuove voci di emergere nella sfera sociale dei media in cui singoli individui possono essere presenti come grandi aziende, ricercatori e governi.

L'evoluzione dei media introduce nuove problematiche dovute alla veridicità dei dati, alle fakenews e alla privacy.

I promotori della salute non possono più basare la loro autorevolezza soltanto sulla posizione sociale, i social media offrono al pubblico mezzi uguali o maggiori dei professionisti per agire su questioni controverse come le vaccinazioni o le medicine alternative.

Integrando il web 2.0 nelle dinamiche di promozione della salute, l'aspetto della

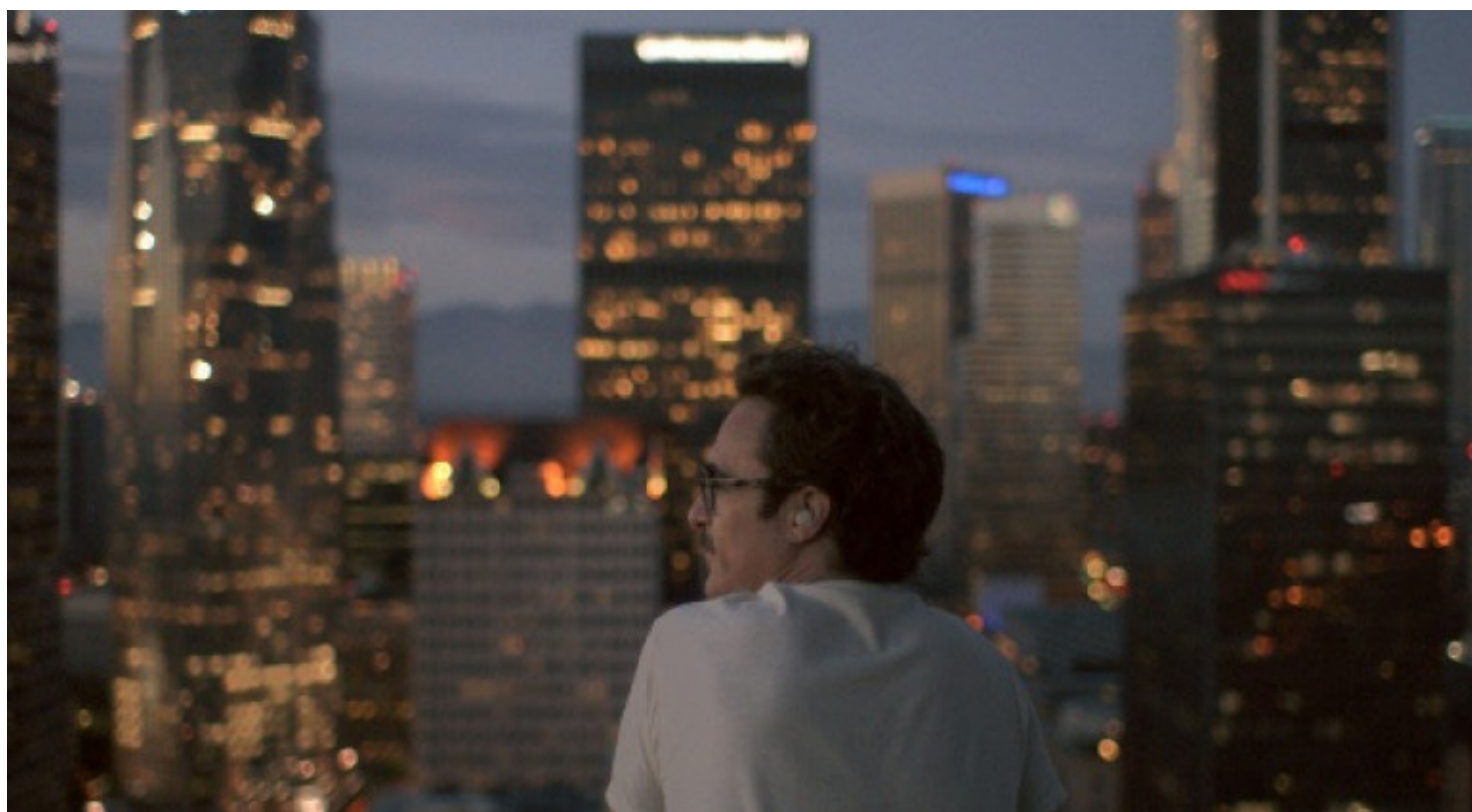
valutazione risulta rilevante. In fase di programmazione si dovrebbe stabilire il motivo per il quale si intende utilizzare quel determinato social e riconoscere il contributo che questo ultimo può offrire nell'adozione di stili di vita salutari.

Nonostante l'uso crescente dei social media, dobbiamo fare ancora molta strada sull'appropriatezza nel loro uso per promuovere la salute e sulla loro valutazione.

Per approfondire questa dimensione

sono stati valutati (Neiger 2012):

- gli scopi dei social media nella promozione della salute;
- i potenziali KPI (Key Performance Index) associati a questi scopi;
- le metriche di valutazione per i social media relativi ai KPI.



Her, Spike Jonze, 2013



## Esperienze

Giuseppe Fattori

Ready Player One, Steven Spielberg, 2018

I social media hanno una grande diffusione, tuttavia la rapidità dei cambiamenti rende difficile la loro valutazione nelle tematiche complesse della salute pubblica.

Abbiamo selezionato progetti che, ciascuno per le sue peculiarità, adottassero i social media nella promozione della salute su piattaforme diverse ma sempre collegati a obiettivi di salute pubblica partecipata:

- **Social Networking Technologies as an Emerging Tool for Hiv Prevention** (Young 2013)

Affrontare le popolazioni a rischio tra gli utenti di Internet è particolarmente importante perché coloro che cercano il sesso su Internet possono essere più esposti al rischio di Hiv. Questo intervento di 12 settimane ha dimostrato che i partecipanti che hanno ricevuto informazioni sulla prevenzione dell'HIV via Facebook avevano più probabilità di richiedere il test HIV rispetto a coloro che avevano ricevuto informazioni sulla salute in generale. Questi interventi, attraverso la figura di peer della comunità

on line, hanno consentito l'incremento dell'uso del preservativo e la diminuzione dei rapporti non protetti. Le comunità sui social network sono considerate strumenti efficaci per aumentare la richiesta del test HIV tra le popolazioni a rischio.

- **Obesity in the New Media: a content analysis of obesity videos in YouTube** (Yoo 2012)

Sul tema obesità, a partire da Marzo 2010, sono stati trovati più di 12.000 video e i più popolari tra questi sono stati visualizzati più di 9 milioni di volte dagli utenti di YouTube. La ricerca sul sito YouTube è stata fatta attraverso le parole-chiave "obesità" e "obeso" nel marzo 2010. Le ricerche attraverso la parola-chiave "obesità" hanno prodotto 38.000 risultati, mentre quelle con la parola "obeso" 37.500. Le persone obese sono associate a caratteristiche negative molto più di quelle normopeso e sono soggette a molti più giudizi negativi e o stigmatizzazioni. In ogni singola categoria di video di YouTube l'alimentazione non salutare e uno stile di vita

sedentario sono stati raffigurati come le principali cause dell'obesità.

I video stessi, in tutti i diversi format, hanno quindi consigliato come migliore soluzione per contrastare l'obesità quella di modificare i comportamenti individuali (fare attività fisica o mangiare sano).

- **Remote and web 2.0 interventions for promoting physical activity** (Foster 2013)

Svolgere attività fisica in quantità insufficiente comporta un aumento del rischio di malattie croniche, di problemi fisici e mentali. La pratica di un'attività fisica regolare dovrebbe essere un obiettivo per tutti gli adulti e può produrre benefici sia sul piano sociale che fisico ed emozionale. Da un totale di 11 studi sono stati reclutati 5862 adulti apparentemente in buona salute, ed è emerso che l'uso delle tecnologie è apprezzato per supportare gli adulti a diventare più attivi, raggiungere il carico di attività settimanalmente raccomandato o essere più in forma. I cambiamenti possono essere ottenuti con l'aiuto proveniente da

un professionista e attraverso un personale supporto via telefono, e-mail o informazione scritta.

- **An online community improves adherence in an internet-mediated walking program. Results of a randomized controlled trial** (Richardson 2012)

Gli interventi di promozione della salute tradizionali non possono produrre miglioramenti negli stili di vita della popolazione quanto gli interventi basati sull'uso di Internet, che invece possono essere ampiamente diffusi a un costo ridotto.

Le comunità online, come quelle per i programmi di cammino, permettono ai partecipanti di comunicare tra loro inviando e leggendo i messaggi.

Tutti i partecipanti (n = 324) hanno indossato il contapassi per le 16 settimane e hanno caricato i dati on line.

Il ricorso alla comunità on-line per un programma di cammino con l'uso di Internet non ha aumentato in media il numero dei passi contati, ma ha ridotto l'abbandono da parte dei partecipanti.

Le comunità online possono essere un approccio promettente per ridurre l'abbandono di attività di salute, in particolare nelle popolazioni con basso supporto sociale.

### **Web 2.0 and beyond: risks for sexually transmitted infections and opportunities for prevention** (Cornelis 2009)

La continua crescita di Internet come mezzo di comunicazione ha avuto importanti implicazioni anche sulla trasmissione e la prevenzione delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST). Lo scopo di questa revisione è quello di descrivere i recenti sviluppi in un campo in rapida evoluzione.

Il punto di incontro tra Internet e le malattie sessualmente trasmissibili (MST) è descritto in tre prospettive: Internet come ambiente di rischio, un luogo in cui possono essere reclutati partner sessuali; Internet come un luogo in cui possono essere eseguiti interventi di prevenzione di salute pubblica finalizzate alla prevenzione di malattie sessualmente trasmissibili ed HIV; Internet come un ambiente di lavoro sempre più importante per tutte le discipline di prevenzione MST. La revisione mette in luce i recenti sviluppi ed identifica potenziali strade per la ricerca futura. L'interattività crescente di Internet, in particolare i siti social networking che consentono agli utenti di condividere da vicino quantità illimitate di informazioni personali con i loro coetanei in rete, incrementa il potenziale di Internet come ambiente sia per il rischio di IST sia per la sua prevenzione.

- **Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial** (Free 2011)

Programmi di disassuefazione dal fumo basati su messaggi di testo da telefono cellulare possono incrementare la dismissione dal fumo nel breve termine. I fumatori disposti a fare un tentativo per smettere (5800), sono stati assegnati a un gruppo di controllo in modo casuale, utilizzando un sistema di randomizzazione telefonica indipendente: il programma per la cessazione dal fumo è stato chiamato txt2stop. I messaggi inviati erano di carattere motivazionale e comportamentale.

In base ai risultati ottenuti ne consegue che il programma di cessazione tabagica txt2stop ha migliorato significativamente i tassi di dismissione in un periodo di

6 mesi e può essere incluso nei servizi che mirano alla disassuefazione dal tabacco.

- **Youth drinking cultures, social networking and alcohol marketing: implications for public health** (McCreanora 2013)

Milioni di post in bacheca, profili e foto che girano sull'alcol giocano un ruolo importante nella normalizzazione del bere alcol all'interno della vita e della cultura dei giovani. I Social Network possono essere utilizzati in positivo in sanità, per incoraggiare i giovani bevitori a cambiare le loro pratiche in modo responsabile.

Gli utenti dei Social Network da un lato possono beneficiare della creazione e condivisione di contenuti, dall'altro rappresentano un bersaglio di facile raggiungimento da parte dei venditori di alcolici. Le caratteristiche che rendono popolare i Social Network, non regolamentati e probabilmente incontrollabili, avvicinano sempre di più i produttori di alcol ai consumatori.

- **Social Media and Organ Donor Registration: The Facebook Effect** (Cameron 2013)

Uno studio pubblicato sull' American Journal of Transplantation da ricercatori della Johns Hopkins University di Baltimora ha dimostrato che Facebook ha effettivamente sensibilizzato i cittadini sulla donazione degli organi.

Il 1° maggio 2012, il social network Facebook ha modificato la sua piattaforma per consentire ai membri di specificare lo status Organ Donor sul proprio profilo. Tale scelta è stata condivisa sulla pagina degli amici tramite notifica ed il tutto è stato arricchito con l'invio di link educativi sulle tematiche della donazione.

Il primo giorno dell'iniziativa "Organ Donor" su Facebook, si è registrato un aumento del numero effettivo di nuovi donatori di ben 21,1 volte passando da una media di 616 registrazioni giornaliere a 13054. Complessivamente nel

drinking during pregnancy is considered the first step towards FASD prevention. They have organized an international awareness campaign, called 'Too Young to Drink' (Fig. 1).

The campaign used theoretical models

I tre quarti delle donne iniziano l'allattamento al seno quando nasce il loro bambino, purtroppo tra la sesta e ottava settimana questo scende al 44%.

Le mamme sostenute opportunamente allattano più a lungo.



Figura 1 - Too Young to Drink 2017

periodo di osservazione (lo studio è durato 13 giorni) ci sono state 39818 registrazioni, delle quali 32958 attribuibili all'effetto Facebook.

Nuove applicazioni tramite social media possono dunque rivelarsi efficaci nell'incremento dei tassi di donazione di organi e allo stesso modo potrebbero essere utilizzate in altri campi di salute pubblica in cui la comunicazione e l'educazione risultino essenziali.

- **"Too Young To Drink". An international communication campaign to raise public awareness of fetal alcohol spectrum disorders** (Bazzo 2017)

Prenatal exposure to alcohol can cause a range of lifelong physical, behavioural, and intellectual disabilities, collectively known as fetal alcohol spectrum disorders (FASDs). FASD is recognized to be an international public health problem. Increasing awareness about the risks of

of social marketing applied to health promotion. The approach aimed to spread information among the general population, sharing ideas and using the power of the Internet and social media. The launch followed the methods of 'guerrilla marketing'. Social media, mainly Facebook and Twitter, were the driving force to the diffusion of the campaign.

Findings from the campaign 'Too Young to Drink' showed that it was possible to develop and carry out an international action to raise public awareness of FASD, using social marketing strategies and social media to spread materials and information on the issue, with a low budget and in different cultures.

- **L'allattamento al seno con Start4Life su Amazon Alexa** (Public Health England)

In Inghilterra i tassi di allattamento al seno sono tra i più bassi del mondo.

Il programma Public Health England's Start4Life prevede un sostegno per i genitori in modo che adottino comportamenti sani.

Per la prima volta è disponibile anche con il servizio vocale di Amazon Alexa. Le madri possono chiedere ad Alexa (Fig.2) una serie di domande sull'allattamento al seno e le risposte saranno fornite su misura per il loro bambino. Ciò significa che possono ricevere consigli utili anche attraverso comandi vocali.

Un'indagine ha evidenziato che l'accesso di 24 ore al giorno per 7 giorni alla settimana ad un supporto per l'allattamento al seno attraverso una linea telefonica, un sito Web o un chatbot determinerebbe:

- maggiori probabilità di avere un'esperienza positiva durante l'allattamento
- più probabilità di decidere di provare l'allattamento al seno (59%)
- allattare più a lungo (58%)

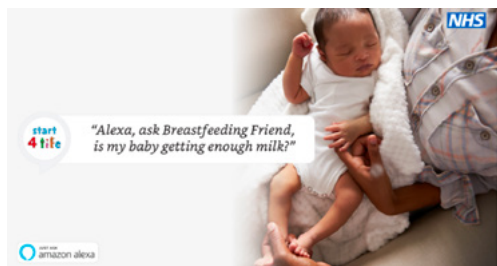


Figura 2 - Start4life. Breastfeeding help and support 2018

### - #FridaysForFuture “La nostra casa è in fiamme”

#FridaysForFuture (Fig.3) è un tema molto presente sui social media, i giovani hanno utilizzato Instagram, Facebook, Twitter e YouTube per sostenere la loro causa. I social media hanno facilitato la conoscenza del cambiamento climatico e la mobilitazione degli attivisti fornendo le piattaforme per discutere e condividere.

La capacità di queste piattaforme di diffondere video, immagini e testo e di essere in rete hanno permesso la creazione di un movimento mondiale.

I ragazzi hanno chiesto di intensificare le azioni per affrontare i cambiamenti climatici a livello globale e hanno usato i social media per promuovere attività offline.

I social media sono in grado di dare visibilità alle questioni sociali e avere un effetto concreto sull'opinione pubblica. Il Global Strike For Future, si è svolto venerdì 15 marzo 2019, con l'adesione di circa 90 di Paesi e più di 1.325 città.

### La rivoluzione tecnologica (e sociale)

Tramite i social media le relazioni umane, le conversazioni e le informazioni superano le barriere spazio-temporali: oltre alla rivoluzione tecnologia siamo di fronte ad una rivoluzione sociale. Un mondo nuovo da conoscere e da interpretare; al di là degli ostacoli che si oppongono all'innovazione vediamo le enormi opportunità per i social media e la promozione della salute.

Il nuovo professionista della salute sta assistendo alla più importante rivoluzione di tutti i tempi; cambiano le regole, le gerarchie, le competenze. Tutto a una velocità sorprendente.

Il Dr. Google sta cambiando il rapporto medico paziente ed i rapporti tra cittadini.

I promotori della salute tramite i social media possono sviluppare strategie per coinvolgere il pubblico e favorire l'apprendimento a livello (Norman 2009).

Anche quando i social media sono efficaci nel produrre risultati positivi per la salute dobbiamo continuamente seguirne l'evoluzione e cambiare l'approccio degli operatori e dei responsabili politici per adattarci a queste nuove realtà. Tutti i settori della società sono coinvolti e abbiamo anche visto che i promotori della salute stanno definendo quali competenze e valori adottare a livello internazionale. Nelle storie precedenti abbiamo descritto esperienze di social media per la promozione della salute.

Oggi abbiamo un nuovo alleato, un protagonista che vuole sedersi al tavolo delle “regole” per contribuire a definire il suo futuro, **Il paziente Dave** che ci dice “niente su di me senza me”; il cittadino competente è interessato a partecipare alla ricerca e alla prevenzione “Citizen included”.



Figura 3 - Greta Thunberg 2018 <https://www.youtube.com/watch?v=VFkQSGyeCWg> (Last accessed August 30, 2019)

## Bibliografia

*Giuseppe Fattori*

Matrix, Andy e Larry Wachowski, 1999

- Aase, L., Goldman, D. (2016). Bringing the Social media Revolution to Health Care. Mayo Foundation for Medical Education And Research. Retrieved September 2019 from: <https://cdn.prod-carehubs.net/n1/73faa102fe023137/uploads/2015/05/Bringing-the-Social-Media-Revolution-to-Health-Care.pdf>
- Adel, I., Ansary, E. (1974). Towards a Definition of Social and Societal Marketing. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 2(1-4):316-321.
- Bazzo, S., Black, D., Mitchell, K., Marini, F., Moino, G., Riscica, P., Fattori, G. (2017). Too Young To Drink. An international communication campaign to raise public awareness of fetal alcohol spectrum disorders. *Public Health*, 142, 111-115.
- Bodie, G., Dutta, M.J. (2008). Understanding health literacy for strategic health marketing: ehealth literacy, health disparities, and the digital divide. *Health Marketing Quarterly*, 25,175-203.
- Cameron, A. M., Massie, A. B., Alexander, C.E., Stewart, B., Montgomery, A. R., Benavides, N. R., Fleming, G. D., Segev, D. L. (2013). Social Media and Organ Donor Registration: The Facebook Effect. *American Journal of Transplantation*, 13: 2059-2065.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2011). The Health Communicator's Social Media Toolkit. Retrieved september 2019 from: <https://www.cdc.gov/socialmedia/tools/guidelines/socialmediatoolkit.html>
- De Angelis, G., Wells, G.A., Davies, B., King, J., Shallwani, S.M., McEwan, J., Cavallo, S., Brosseau, L. (2018). The use of social media among health professionals to facilitate chronic disease self-management with their patients: a systematic review. *Digit Health*, 4,1-13.
- DeBronkart, D. (2019). Remember the patients. *BMJ*, 18, 365:l1545.
- Evans, W.D. (2016). *Social Marketing Research for Global Public Health: Methods and Technologies*. London, UK: Oxford University Press.
- Evers, K.E. (2006). eHealth Promotion: The Use of the Internet for Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*, 4, 1-14:suppl 1-7.
- Farmer, A.D., Bruckner Holt, C.E., Cook, M.J., Hearing, S.D. (2009). Social networking sites: a novel portal for communication. *Postgraduate Medical Journal*, 85(1007):455-459.
- Fattori, G., Artoni, P., Tedeschi, M. (2009). Choose Health in Food Vending Machines: Obesity Prevention and Healthy Lifestyle Promotion in Italy. In H. Cheng, P. Kotler, N. Lee (Eds). *Social Marketing for Public Health: Global Trends and Success Stories* (pp. 149-170). Jones and Bartlett Publishers.
- Fattori, G. (2016). *Social media e promozione della salute*. Kindle Edition.
- Fattori, G., Bazzo, S., Daglio, M., Cavazzuti, P. (2019). Social media and people with HIV: results from an Italian survey. *Recenti Prog. Med*, 110 (2): 86-88.
- Foster, C., Richards, J., Thorogood, M., Hillsdon, M. (2013). Remote and web 2.0 interventions for promoting physical activity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Retrieved September 2019 from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010395.pub2/full>
- Free, C., Knight, R., Robertson, S., Whittaker, R., Edwards, P., Zhou, W., Rodgers, A. (2011). Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *The Lancet*, 378, 49-55.
- Freire, P. (2018). *Pedagogy of the Oppressed: 50th Anniversary Edition*. Bloomsbury Academic.
- Griffiths, J., Blair-Stevens, C., Thorpe, A. (2008). *Social marketing for health and specialised health promotion*. London: National Social Marketing Centre.
- Hasman, L. (2011). An Introduction to Consumer Health Apps for the iPhone. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 15(4):322-329.
- Hastings, G., Domegan, C. (2018). *Social Marketing: Rebels with a Cause*. Oxford, UK: Routledge.

- Hesse, B.W., O'Connell, M., Augustson, E.M., Chou, W-Y.S., Shaikh, A.R., Rutten, F. (2011). Realizing the promise of web 2.0: engaging community intelligence. *Journal of Health Communication*, 16:sup 1, 10-31.
- Kaplan, A.M., Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. *Business Horizons*, 53(1): 59-68.
- Kite, J., Foley, B.C., Grunseit, A.C., Freeman, B. (2016). Please like me: Facebook and public health communication. *PLoS One*, 15;11(9):e0162765.
- Korp, P. (2006). Health on the Internet: implications for health promotion. *Health Education Research*, 21, 78-86.
- Kotler P., Zaltman G. (1971). Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of Marketing*, 35, 3-12.
- Laranjo, L., Arguel, A., Neves, A.L., Gallagher, A.M., Kaplan, R., Mortimer, N. (2015). The influence of social networking sites on health behavior change: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 22(1):243-256.
- Laverack, G. (2019). *Public Health: Power, Empowerment and Professional Practice*. Red Globe Press.
- Lee, N.R., Kotler, P. (2019). *Social Marketing: Behavior Change for Social Good*. SAGE Editor.
- Maibach, E. W., Rothschild, M. L., Novelli, W. D. (2002). Social Marketing. In K. Glanz, F. M. Lewis, B. Rimer (Eds.), *Health Behavior and Health Education* (3rd ed. pp.437-461). San Francisco: Jossey-Bass.
- McCreanor, T., Lyons, A., Griffin, C., Godwin, I., Moewaka Barnes, H., Hutton, F. (2013). Youth drinking cultures, social networking and alcohol marketing: implications for public health. *Critical Public Health*, 23, 110-120.
- McDaid, David., Park, A. (2011). Online health: untangling the web. London School of Economics. Retrieved September 2019 from: [https://www.bupa.com.au/staticfiles/Bupa/HealthAndWellness/MediaFiles/PDF/LSE\\_Report\\_Online\\_Health.pdf](https://www.bupa.com.au/staticfiles/Bupa/HealthAndWellness/MediaFiles/PDF/LSE_Report_Online_Health.pdf)
- Mesko, B. (2013). *Social media in clinical practice*. London: Springer-Verlag.
- Neiger, B.L., Thackeray, R., Van Wageningen, S.A., Hanson, C.L., West, J.H., Barnes, M.D., Fagen, M.C. (2012). Use of Social Media in Health Promotion: Purposes, Key Performance Indicators, and Evaluation Metrics. *Health promotion practice*, 3,159-64.
- Nutbeam, D. (1988). Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
- Norman, C.D. (2009). Health promotion as a systems science and practice. *Journal of evaluation in clinical practice*, 15, 868-872.
- Public Health England (2018). Latest technology supports new mums to breastfeed. Retrieved September 2019 from: <https://www.gov.uk/government/news/new-technology-supports-new-mums-to-breastfeed>
- Ramanadhan, S., Mendez, S.R., Rao, M., Viswanath, K. (2013). Social media use by community-based organizations conducting health promotion: a content analysis. *BMC Public Health*, 13(1):1129.
- Raphael, D., Bryant, T. (2006). Maintaining population health in a period of welfare state decline: political economy as the missing dimension in health promotion theory and practice. *Promotion & Education*, 13: 236-42.
- Ratzan, S.C. (2011). Web 2.0 and Health Communication. *Journal of Health Communication*, 16, 1-2.
- Richardson, C.R., Buis, L.R., Janney, A.W., Goodrich, D.E., Sen, A., Hess, M.L., Mehari. (2010). An online community improves adherence in an internet-mediated walking program. Part 1: results of a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 12(4):e71.
- Rietmeijer, C.A., McFarlane, M. (2009). Web 2.0 and beyond: risks for sexually transmitted infections and opportunities for prevention. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 22, 67-71.
- Speller, V., Parish, R., Davison, H., Zilnyk, A. (2012). *The CompHP Professional Standards for Health Promotion Handbook*. Paris: IUHPE. Retrieved September 2019 from: [https://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP\\_standards\\_handbook\\_final.pdf](https://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP_standards_handbook_final.pdf)
- Veinot, T.C., Campbell, T.R., Kruger, D., Grodzinski, A., Franzen, S. (2011). Drama and danger: the opportunities and challenges of promoting youth sexual health through online social networks. *AMIA Annual Symposium proceedings*, 1436-1445.
- West, J.H., Hall, P.C., Hanson, C.L., Barnes, M.D., Giraud-Carrier, C., Barrett, J. (2012). There's an app for that: content analysis of paid health and fitness apps. *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), e72.
- Thumberg, G. (2019). #SchoolStrike4Climate. Retrieved September 2019 from: <https://www.facebook.com/732846497083173/posts/793441724356983?sfn=mo>
- Yoo, J.H., Kim, J. (2012). Obesity in the new media: a content analysis of obesity videos on YouTube. *Health Communication*, 27, 86-97.
- Young, S.D, Cumberland, W.G., Lee, S.J., Jagannath, D., Szekeres, G., Coates, T. (2013). Social networking technologies as an emerging tool for HIV prevention: a cluster randomized trial. *Annals of internal medicine*, 159, 318-24.

*Giuseppe Fattori  
è Medico con esperienza nella gestione  
dei Servizi Sanitari, attualmente lavora nel  
campo della promozione della salute.  
Le attività di studio si concentrano sul  
marketing sociale, i social media e la  
promozione della salute. E' presidente  
del Coordinamento Nazionale Marketing  
Sociale. Ha coordinato il Laboratorio FIASO  
(Federazione Italiana Aziende e Ospedaliere)  
"Comunicazione e promozione della salute".  
Professore a contratto presso l'Università  
di Bologna (corso di Marketing Sociale).  
Componente dell' Advisory Board del  
"Journal of Social Marketing" e del "Social  
Marketing Quarterly".  
Membro dell'ISMA (Associazione  
Internazionale Marketing Sociale)*

## Social media: la via da seguire o una perdita di tempo per i medici?

Matthew DeCamp, Anne Marie Cunningham

Her, Spike Jonze, 2013

*I social media sono dappertutto: il loro utilizzo è cresciuto in modo esponenziale negli ultimi anni. La prevalenza di questi mezzi di comunicazione pone i medici di fronte a discussioni interessanti e, prevedibilmente, incerte. Da un lato, alcuni ritengono che i medici debbano avere una forte presenza nei social media e possano trarre notevole beneficio dall'accesso a una comunità globale di pari e leader attraverso blog, forum online, Facebook, Twitter e altri canali di comunicazione. La dottoressa Anne Marie Cunningham fornisce solidi argomenti sui vantaggi di sviluppare reti e di comprendere a chi e cosa prestare attenzione online. Invece, altri ritengono che l'uso dei social media ponga i medici di fronte a rischi professionali ed etici e che sia in sostanza per il medico, a cui manca già il tempo, una perdita di tempo. Il professor DeCamp sostiene che i rischi dei social media siano superiori ai benefici. I social media rendono più difficile mantenere la distinzione tra immagine privata e professionale e, come vediamo, una nota scritta male o non appropriata può avere conseguenze potenzialmente negative, se considerata fuori dal contesto. Con una giornata in cui il tempo manca, la priorità devono essere i pazienti, non i tweet.*

*Qualunque sia la vostra opinione sui loro benefici e sui loro rischi, i social media sono qui per restare. Sono necessarie linee guida e indicazioni specifiche per garantire che i medici che decidono di entrare a far parte di una comunità online raccolgano i benefici della comunicazione globale, piuttosto che pentirsene.*

### **Medici sui social media: troppi rischi per molti?**

Matthew DeCamp

Con l'aumento del numero di medici e pazienti che interagiscono online, i social media sono diventati un argomento di conversazione popolare nella professione medica. I social media sono pronti a rivoluzionare l'assistenza sanitaria? (1). Oppure sono una minaccia per la professionalità medica, come dimostrano report documentati di cattiva condotta professionale online? (2). In questo articolo sostengo che, nonostante la loro

popolarità, la partecipazione ai social media non è né necessaria né appropriata per la maggior parte dei medici.

#### **“I pazienti sono lì” non è una ragione sufficiente**

Si sente comunemente dire che i medici dovrebbero partecipare ai social media perché i loro pazienti lo fanno, cioè i medici dovrebbero “incontrare i pazienti dove si trovano”. In parte questo è vero; secondo dati statunitensi quasi due terzi degli adulti vanno online per informazioni sulla salute, e poco più di un terzo lo

fa per comprendere meglio una condizione medica (3). In altre popolazioni, più dell'80% di individui vanno online per informazioni sulla salute (4). Si ritiene che questi numeri siano in aumento. Da questi semplici fatti, tuttavia, non ne consegue che i medici abbiano l'obbligo di incontrare questi pazienti online.

Consideriamo un'analogia. I risultati della US National Assessment of Adult Literacy suggeriscono che quasi la metà degli intervistati ha utilizzato fonti di informazione sanitaria non cartacee, come la televisione e la radio, più frequentemente

delle tradizionali fonti cartacee (5). Perché allora non c'è stata una grande richiesta da parte dei medici di recarsi alla radio e alla televisione per incontrare lì i pazienti? Non ne consegue logicamente che i medici siano obbligati ad andare ovunque i pazienti si rechino per trovare informazioni sulla salute. I social media non sono diversi.

Forse, cosa ancora più importante, il dato aggregato di "quasi due terzi degli adulti" nasconde le persistenti disuguaglianze all'interno della popolazione in relazione all'accesso a queste nuove tecnologie. In altre parole, i medici potrebbero non incontrare tutti i loro pazienti online. Questo diseguale accesso all'informazione sanitaria può significare che i social media hanno il potenziale di esacerbare le disuguaglianze di salute note o di crearne di nuove. Comunemente definito "gap digitale", queste disuguaglianze esistono lungo molteplici dimensioni. Gli adulti con scarsa alfabetizzazione sanitaria possono tendere ad utilizzare meno le fonti digitali (5). Le persone anziane usano internet e i social media meno frequentemente e si fidano meno (6). Infine, nonostante le potenzialità che hanno le tecnologie mobili a basso costo di superare alcune disuguaglianze di accesso lungo le linee tradizionali etniche e socio-economiche, queste disuguaglianze rimangono e sono reali (3). Nelle altre situazioni, i medici non dovrebbero trattare in modo diverso i pazienti lungo queste linee; anche in questo caso, i social media non sono diversi.

### Competenze poco chiare

Anche se i medici avessero l'obbligo di incontrare i pazienti online, tale obbligo sarebbe limitato dal possesso - da parte dei medici - delle competenze necessarie per soddisfare le esigenze dei pazienti in que-

sto contesto. Sapere se questo è vero richiede una comprensione più chiara del perché i pazienti vanno online e quali informazioni cercano. I dati recenti sono illuminanti. L'evidenza suggerisce che la stragrande maggioranza dei pazienti si affida alle interazioni offline con i professionisti per il trattamento e la consulenza su una specifica malattia (3) - il tipo di interazione e di consulenza per cui i medici hanno una competenza rilevante. D'altra parte, i medici non sono addestrati a fornire informazioni sanitarie generali sulle innumerevoli condizioni al di fuori della propria area di specializzazione. In molti casi, i pazienti che vanno online lo fanno esplicitamente per trovare risposte a domande alle quali i loro medici non possono rispondere (o rispondere meglio) - come ad esempio come trovare una clinica, il posto migliore per parcheggiare o dove soggiornare durante un trattamento prolungato. Se i pazienti sono prevalentemente online per trovare consigli utili e pratici dalla prospettiva di altri pazienti, il ruolo del medico non è chiaro.

Per di più, gli individui che cercano informazioni sanitarie online per la metà del tempo lo fanno per conto di qualcun altro (3). Anche se questo si verifica, senza dubbio, nell'ambiente classico dello studio (ad esempio, un paziente che fa una domanda sul problema di salute di una persona cara), tutto ciò non obbliga il medico a rispondere e a fornire queste informazioni online. Al contrario, la brevità, la mancanza di controllo e la permanenza delle informazioni online rendono ancora più rischiose queste attività nel mondo online.

### Norme professionali incerte

Le due affermazioni di cui sopra mettono in dubbio la partecipazione dei medici ai social media. Lasciano aperta la possibilità di partecipazione, tuttavia, nei casi in cui la competenza di un medico è ve-

ramente rilevante. Supponiamo che un medico si accorga che un particolare sito web di social network è realmente attinente alla sua area di competenza. In questo caso, probabilmente, dovrebbe considerare se la partecipazione è la cosa giusta da fare; e nel farlo, si confronterà con la scarsità di consenso sulle norme etiche o professionali di comportamento relative alla partecipazione ai social media.

Nonostante i recenti sforzi per sviluppare standard di comportamento sui social media (7-9), le norme di comportamento appropriato cambiano continuamente. Tre esempi illustrano questo punto. In primo luogo, i primi risultati di una indagine hanno evidenziato il disaccordo all'interno della professione sul fatto che l'interazione con i pazienti online fosse eticamente accettabile (10). Nella mia esperienza di insegnamento, una domanda classica ma semplice: "Dovresti fare amicizia con un paziente su Facebook?" continua ad evocare una diversità di risposte, un violento disaccordo e nessun chiaro consenso. In secondo luogo, più di recente è scoppiata una polemica, quando il General Medical Council (GMC) del Regno Unito ha raccomandato ai medici di non postare in forma anonima (cioè ogni volta che i medici postano come medici, dovrebbero identificarsi per nome). Molti non erano d'accordo con la raccomandazione sulla base dei diritti di libertà di parola, della sua accettazione in ambiti correlati (ad esempio, pseudonimi in letteratura), o della necessità dell'anonimato in determinate circostanze (ad esempio, denunce di cattiva assistenza o di frode) (11). La raccomandazione del GMC può essere vista come un'eccezione, perché poche altre linee guida offrono una indicazione così specifica. In terzo luogo, anche le norme su cui le linee guida sembrano concordare hanno generato controversie.

Molte linee guida, ad esempio, raccomandano ai medici di separare online la loro identità personale e professionale. Non solo alcuni utenti attivi nei social media rifiutano questo approccio, ma altri si sono anche chiesti se sia possibile o auspicabile realizzare una separazione significativa (12). La partecipazione ai social media è quindi diventata un punto di riferimento per una domanda più fondamentale sulla definizione di confini appropriati tra medici e pazienti.

Per un medico che deve decidere se partecipare online, questi tre esempi creano notevole confusione e dubbi sull'opportunità o meno di partecipare online con modalità che non violano le norme professionali. Questo può rendere la non partecipazione l'opzione più ragionevole, almeno fino a quando le norme non diventeranno più ampiamente accettate.

### È più facile fare errori

Un'ultima ragione per cui i medici dovrebbero generalmente astenersi dai social media è più pratica. Sembra ragionevole credere che gli utenti con un'esperienza limitata dei social media abbiano più probabilità di commettere errori quando utilizzano la tecnologia. In medicina, questi errori potrebbero portare a danni significativi e costosi, soprattutto in relazione a violazioni della privacy e del diritto alla privacy del medico o del paziente. Immaginate un medico che, inconsapevolmente e accidentalmente, condivide l'orientamento sessuale di un collega o di un paziente su un sito di social media, riveli una particolare diagnosi, oppure diffonda una foto imbarazzante. Le tecnologie dei social media sono complicate e cambiano rapidamente; proprio come "un po' di conoscenza è pericolosa", allo stesso modo può esserlo dilettarsi un po' con i social media. È im-

probabile che la maggior parte dei medici abbia il tempo o le risorse necessarie per impegnarsi nello sviluppo di queste tecnologie.

### Conclusioni

In sintesi, non è ancora chiaro se sono necessarie particolari competenze online dei medici; se le norme professionali esistenti guidano adeguatamente i medici per ridurre al minimo il rischio di inosservanze professionali; o se i medici hanno il tempo o le risorse necessarie per diventare abili nell'uso dei social media. Di conseguenza, per la maggior parte dei medici, i rischi relativi alla partecipazione ai social media sono probabilmente superiori ai loro benefici. Un'ulteriore attenzione all'uso dei social media nella formazione medica e una maggiore chiarezza e consenso sulle norme professionali potrebbero cambiare questa situazione. Fino ad allora, l'appassionata partecipazione ai social media - come l'appassionata partecipazione a televisione, stampa popolare e carta stampata - può essere lasciata agli esperti appositamente formati e sostenuti per farlo.

### Bibliografia

1. Mayo Clinic Center for Social Media. Bringing the social media revolution to health care [Internet]. Rochester, MN: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2012 [cited 2013 Nov 19]. Available from: <http://network.socialmedia.mayoclinic.org/learning/book/>
2. Greysen SR, Chretien KC, Kind T et al. Physician violations of online professionalism and disciplinary actions: a national survey of state medical boards. *JAMA* 2012; 307: 1141-2. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.330>
3. Fox S, Duggan M. Health online 2013 [Internet]. Washington, DC: Pew Research Center's Internet and American Life Project; 2013 [cited 2013 November 13]. Available from: [http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/PIP\\_HealthOnline.pdf](http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/PIP_HealthOnline.pdf)
4. Van de Belt TH, Engelen LJ, Berben SA et al. Internet and social media for health-rela-

ted information and communication in health care: preferences of the Dutch general population. *J Med Internet Res* 2013; 15:e220. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.2607>

5. Cutilli CC, Bennett IM. Understanding the health literacy of America: results of the National Assessment of Adult Literacy. *Orthop Nurs* 2009; 28:27-32. <http://dx.doi.org/10.1097/O1.NOR.0000345852.22122.d6>
6. Zulman DM, Kirch M, Zheng K et al. Trust in the internet as a health resource among older adults: analysis of data from a nationally representative survey. *J Med Internet Res* 2011; 13:e19. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.1552>
7. Farnan JM, Snyder Sulmasy L, Worster BK et al. Online medical professionalism: patient and public relationships: policy statement from the American College of Physicians and the Federation of State Medical Boards. *Ann Intern Med* 2013; 158:620-7. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-158-8-201304160-00100>
8. American Medical Association. Professionalism in the use of social media [Internet]. Chicago: AMA; 2011 [cited 2013 Nov 13]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion9124.page>
9. General Medical Council. Doctors' use of social media [Internet]. London: GMC; 2013 [cited 2013 Nov 19]. Available from: [http://www.gmc-uk.org/Doctors\\_use\\_of\\_social\\_media.pdf\\_51448306.pdf](http://www.gmc-uk.org/Doctors_use_of_social_media.pdf_51448306.pdf)
10. Bosslet GT, Torke AM, Hickman SE et al. The patient-doctor relationship and online social networks: results of a national survey. *J Gen Intern Med* 2011; 26: 1168-74. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-011-1761-2>
11. Gunter J. The General Medical Council muzzles British doctors who want to post anonymously [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 14]. Available from: <http://drjengunter.wordpress.com/2013/03/31/the-general-medical-council-muzzles-british-doctors-who-want-to-post-anonymously/>
12. DeCamp M, Koenig TW, Chisolm MS. Social media and physicians' online identity crisis. *JAMA*. 2013;310(6):581-582. doi:10.1001/jama.2013.8238

### Medici: 10 buone ragioni per usare i social media

Anne Cunningham

#### Introduzione

Dovreste avere una forte presenza sui social media? Vi darò dieci ragioni per cui penso che ne abbiate bisogno.

I social media offrono l'opportunità di rendere pubblici i vostri pensieri e le vostre idee e di condividere le vostre esperienze senza dover passare per un intermediario. E molte persone ne approfittano. In tutto il mondo ogni giorno vengono pubblicati mezzo miliardo di tweet (1). Dunque, è possibile trovare un qualche valore che renda proficuo per un medico avviare l'esplorazione di questi spazi? Non è così difficile come si potrebbe pensare, perché queste informazioni non ondeggiavano completamente scollegate tra loro, ma sono diffuse e collegate attraverso le reti dei vostri colleghi. Sviluppare reti e capire a chi e a cosa prestare attenzione sono alcune delle competenze chiave di apprendimento di cui abbiamo bisogno nel ventunesimo secolo (2). Vi convincerò che vale la pena sviluppare queste competenze.

#### Dieci ragioni per essere presenti nei social media.

##### Per connettersi

L'epocale rapporto Health professionals for a new century afferma che abbiamo bisogno di "team localmente responsivi, collegati a livello globale", ma lamenta che "la maggior parte delle istituzioni non è sufficientemente orientata verso l'esterno per sfruttare il potere del networking e della connettività per il rafforzamento reciproco" (3). Ma questo sta cambiando. È ormai raro partecipare a un incontro innovatore senza essere incoraggiati a twittare con l'hashtag della conferenza. Noi siamo le nostre istituzioni, e siamo all'avanguardia; stiamo creando le connessioni.

##### Per coinvolgere

I social media non si limitano a diffondere il vostro messaggio. Si tratta anche di ascoltare. Possiamo imparare da pazienti leader (4). Come descrivono Gilbert e Doughty, co-direttori del Centre for Patient Leadership, "quando i pazienti possono sia gestire la propria salute che sviluppare fiducia e competenze per guidare e influenzare gli altri, succede qualcosa di speciale: prendono forma nuovi sistemi collaborativi di assistenza sanitaria ed emergono soluzioni positive ai problemi sanitari, a livello locale e nazionale" (4). Puoi coinvolgerli attraverso blog e tweet.

##### Per informare

Se state cercando di fare le cose in modo diverso, cambiando il modo in cui voi e il vostro team lavorate, dove potete dirlo alla gente? L'endocrinologo consulente Partha Kar utilizza il suo blog, NHS Sugar Doc, per comunicare come un team pluripremiato stia coinvolgendo i pazienti nella riprogettazione del servizio, affrontando le sfide della sanità moderna (5).

##### Per riflettere

Elin Roddy è specialista in malattie respiratorie. Twitta anche (@elinlowri). Durante la settimana di sensibilizzazione "domande in punto di morte", spinta dalle discussioni su Twitter sulle cure di fine vita, ha deciso di scrivere il suo primo post sul blog: una riflessione su come, durante la sua vita lavorativa, sia stata "coinvolta nella morte in molti modi e sotto diverse forme" (6). Trentotto persone - professionisti della salute e pazienti - hanno lasciato commenti per dire come si erano commossi per la sua scrittura espressiva. Ora è una guida per le cure di fine vita nel suo trust e afferma che questo non sarebbe successo senza l'apprendimento attraverso i social media.

##### Per condividere

In un ospedale londinese un paziente

viene operato al piede sbagliato perché gli è stata applicata sul lato sbagliato una calza a compressione. Non sono stati effettuati i controlli e le valutazioni che la checklist chirurgica, nominalmente implementata, avrebbe dovuto fornire (7). Per fortuna, anche l'altro piede doveva essere operato. Concluse le indagini, il direttore medico del trust ha autorizzato la condivisione di un account sui social media. La storia "Wrongfooted" dell'anestesista Helgi Johannson è stata vista più di 17.000 volte (7).

Quando il chirurgo e direttore medico Dermot Riordan, ha letto la storia sul blog ha provato "déjà vu, tristezza e persino rabbia" (8). Quasi esattamente un anno prima, lo stesso errore si era verificato dove lavora. Descrive l'approccio trasparente e aperto che il suo team ha adottato per apprendere da questo incidente, ma personalmente si rammarica di non aver condiviso questa esperienza con altri, nel modo in cui "Wrongfooted" ha dimostrato che si poteva fare. I social media stanno cambiando il modo in cui concepiamo la diffusione delle informazioni.

##### Per mettersi alla prova

Spesso il modo migliore per imparare è quello di mettersi alla prova. All'inizio di quest'anno persone che hanno vissuto esperienze di cura per problemi di salute mentale hanno iniziato a twittare le loro esperienze utilizzando il tag #DearMentalHealthProfessionals (9). Oltre ad apprezzamenti e ringraziamenti, ci sono stati anche tweet che esprimevano la sensazione di essere stati abbandonati da un sistema che dovrebbe aiutare le persone. Per poter cambiare in meglio i sistemi, dobbiamo lavorare per comprenderli, e questo si avvia modificando le nostre prospettive. I social media possono aiutarci a farlo.

##### Per essere sostenuti

A volte abbiamo solo bisogno di sapere

che non siamo soli. #TipsForNewDocs sono brevi messaggi di consulenza per i medici neo-laureati da parte di medici, altri professionisti della salute e pazienti. Come molte attività sui social media, è difficile dire chi ha iniziato questa tendenza, ma Guardian healthcare (10) e GMC (11) hanno entrambi usato tag per sostenere questa importante transizione.

### Per fare da guida

Che impatto si può ottenere attraverso i social media? Il NHS Change Day è stato elogiato come “la più grande giornata di azione collettiva per migliorare l’assistenza sanitaria che sia mai iniziata con un tweet” (12). Una conversazione tra alcuni medici in formazione su Twitter è stata il catalizzatore di un progetto che ha visto 189.000 persone intervenire il 13 marzo 2013 per migliorare le cure dei pazienti che assistono (12).

### Per apprendere

La formazione medica gratuita ad accesso libero - altrimenti nota come FOAMed (13) - è in aumento. In passato abbiamo usato database per memorizzare e trovare

queste risorse, ma ora dipendiamo sempre più dalla potenza di network diffusi che ci aiutano a filtrare i contenuti migliori per le nostre esigenze. Ogni settimana si avviano nuove iniziative formative sui social media. Le discussioni su casi concreti di ECGclass (14) e Gasclass for anaesthesia (14) possono dare una dimostrazione di ciò che si può ottenere.

### Per motivare

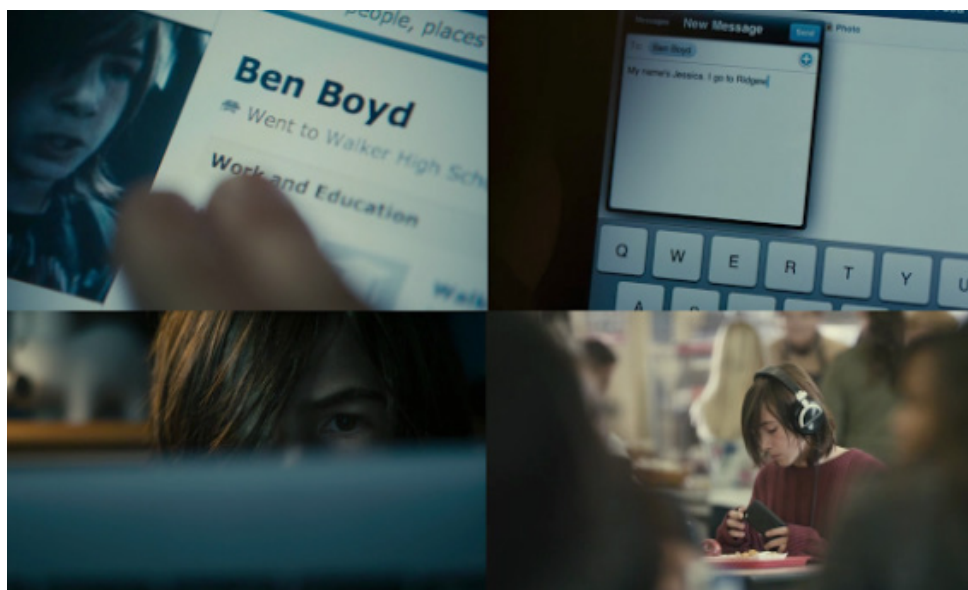
Kate Granger è medico in formazione in geriatria ed è malata terminale per una rara e aggressiva forma di sarcoma addominale. Ha notato, durante un recente ricovero ospedaliero (16), che troppi operatori con cui ha avuto a che fare non si sono presentati. Ha deciso che qualcosa doveva essere fatto, così ha scritto un post sul blog con una semplice idea - quando i professionisti della salute incontrano i pazienti dovrebbero dire “Salve, mi chiamo ...” (17). Le persone hanno cominciato a parlare della sua idea e a fare quello che ha chiesto. La campagna ha raggiunto così tante persone che è menzionata nella risposta del Governo alla Francis Inquiry (18).

## Conclusioni

I social media sono una palude per la professionalità? La vostra reputazione professionale può reggere appena 140 caratteri? Sì, le norme sono ancora in fase di definizione, ma questo vuol dire che potete plasmarle. La verità è che se si rispettano pazienti e colleghi, come questi medici pionieri, si ha poco da temere. Dovreste invece sentirvi ottimisti ed entusiasti del fatto che ora potete attingere facilmente a una comunità globale che può aiutarvi a diventare un medico migliore in un sistema migliore assieme ai vostri pazienti.

### Bibliografia

1. Naughton J. What’s Twitter’s real value? Don’t ask an economist. The Observer. 2013 Nov 24.
2. Rheingold H. Net smart: how to thrive online. Cambridge: MIT Press; 2012.
3. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet 2010; 376:1923–58. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
4. Gilbert D, Doughty M. Quality: why patient leaders are the new kids on the block. Health Serv J 2012; 122:26–7.
5. Kar P. Game-changer III: ward priority and transparency [Internet]. Partha Kar 2013 Nov 16 [cited 2013 Nov 27]. Available from: <http://nhssugardoc.blogspot.co.uk/2013/11/game-changer-iii-ward-priority-and.html>
6. Lowri E. Dying matters [Internet]. Elin Lowri 2013 May 13 [cited 2013 Nov 27]. Available from: <http://elinlowri.wordpress.com/2013/05/11/dying-matters/>
7. Wrongfooted [Internet]. 2013 Oct 13 [cited 2013 Nov 27]. Available from: <http://storify.com/traumagasd/wrongfooted>
8. O’Riordan D. Failure to learn [Internet]. Dermot O’Leary 2013 Oct 20 [cited 2013 Nov 27]. Available from: <http://oriordan.co.uk/blog/files/Failing%20to%20learn.html>
9. Betton V. #DearMentalHealthProfessionals [Internet]. Victoria Betton 2013 Aug [cited 2013 Nov 27]. Available from: <http://storify.com/VictoriaBetton/dearmentalhealthprofessionals>
10. Guardian Healthcare. #TipsForNewDocs [Internet]. 2012 [cited 2013 Nov 27]. Available from: <https://www.godan.com/2012/03/13/tips-for-new-docs/>



Disconnect, Henry Alex Rubin, 2012

- lable from: <http://storify.com/GdnHealthcare/tipsfornewdocs>
11. General Medical Council. #tipsfornewdocs [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 27]. Available from: <http://storify.com/GMCUK/tips-for-new-doctors>.
  12. Bevan H, Roland D, Lynton J et al. Biggest ever day of collective action to improve healthcare that started with a tweet [Internet]. 2013 June 14 [cited 2013 Nov 27]. Available from: <http://www.mixprize.org/story/biggest-ever-day-collective-action-improve-healthcare-started-tweet-0>
  13. Life in the fastlane. FOAM – Free Open Access Medical Education [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 27]. Available from: <http://lifeinthefastlane.com/foam/>
  14. Wetherell H. Keeping ECGs simple [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 27]. Available from: <http://hcwetherell.blogspot.co.uk/>
  15. Gasclass. Gasclass: the web school of anaesthesia [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 25]. Available from: <http://gasclass.wordpress.com/>
  16. Granger K. The other side live! [Internet]. Kate Granger 2013 Aug [cited 2013 Nov 27]. Available from: <http://storify.com/katemgranger/the-other-side-live>
  17. Granger K. #hellomynameis [Internet]. Kate Granger 2013 Sept 4 [cited 2013 Nov 27]. Available from: <http://drkategranger.wordpress.com/2013/09/04/hellomynameis/>
  18. Department of Health. Hard truths: the journey to putting patients first. Volume one of the Government response to the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry [Internet]. London: Department of Health; 2013 [cited 2013 Nov 27].

*Matthew DeCamp  
Assistant Professor, Berman Institute of  
Bioethics and Division of General Internal  
Medicine, Johns Hopkins University,  
Maryland, USA  
Anne Cunningham  
Clinical Lecturer, Institute of Medical Education,  
Academic Lead for eLearning, School  
of Medicine, Cardiff University, Heath Park,  
Cardiff, Wales*

*Traduzione dall'inglese di  
Giovanni Bauleo*



Her, Spike Jonze, 2013

# L'efficacia del Web 2.0 e dei Media Sociali (Social Media) per comunicare la Salute

Marco Bardus

Sintesi e adattamento dell'articolo a cura di Elena Barbera, Eleonora Tosco

Back Mirror, Netflix, 2012

Il Web 2.0 e le applicazioni dei media sociali rappresentano oggi canali di comunicazione molto popolari e sono utilizzati da individui e organizzazioni che operano in diversi settori e contesti. Se da un lato sono ampiamente riconosciuti ed utilizzati per la loro capacità di raggiungere vasti segmenti di popolazione in modo efficiente, poco si sa sulla loro efficacia nell'influencare il cambiamento comportamentale. Lo scopo di questo lavoro è stato esplorare la letteratura scientifica, che riportasse risultati sull'utilizzo dei media sociali in campagne o interventi di comunicazione per la salute. In particolare, si è cercato di individuare i temi trattati, i tipi di media sociali utilizzati, i risultati associati al loro utilizzo ed eventuali indicazioni sulla loro efficacia nel modificare comportamenti legati alla salute. Una revisione "perlustrativa" della letteratura scientifica è stata condotta su documenti pubblicati da gennaio 2005 a maggio 2010. Tra gli articoli selezionati, 23 hanno riportato risultati relativi a interventi di comunicazione per la salute facenti uso di vari media sociali, ma pochi e limitati sono stati gli effetti sul comportamento. Poco si sa ancora sulla effettiva efficacia nel cambiare. Questi risultati suggeriscono che è necessario estendere l'attività di ricerca e appron-

dire lo studio sui media sociali, al fine di isolare gli elementi che possano influenzare efficacemente comportamenti legati alla salute.

*Parole-chiave: Web 2.0, social media, comunicazione per la salute, efficacia*

## Introduzione

Negli ultimi anni, l'uso dei media sociali e delle applicazioni Web 2.0 (tra cui blog, wiki, podcast, siti di social networking, ecc.) è aumentato in tutto il mondo, raggiungendo milioni di persone. Organizzazioni e individui utilizzano queste nuove tecnologie in diversi momenti della loro vita quotidiana, sia online che off-line. I media sociali sono mezzi di comunicazione attraenti e vantaggiosi, perché consentono di trasmettere messaggi ad ampi segmenti della popolazione in modo tempestivo, economico ed efficiente.

I media sociali possono essere classificati in cinque categorie principali: (1) blog o riviste on-line, (2) social network (ad esempio Facebook o MySpace), (3) piattaforme di condivisione di contenuti, incentrate sulla condivisione di particolari tipi di contenuto (ad esempio, YouTube e Vimeo per i contenuti video, Flickr per le fotografie, Wikipedia per contenuti

enciclopedici), 4) forum di discussione costruiti attorno ad un interesse o ad un argomento specifico e (5) aggregatori di contenuti, applicazioni che consentono agli utenti di personalizzare e organizzare il contenuto che selezionano e a cui desiderano accedere, come i feed RSS. Dal punto di vista della teoria della comunicazione, i media sociali hanno contribuito al passaggio da un paradigma comunicativo tradizionale "uno a molti", top-down e centralizzato ad un modello più complesso "molti-a-molti-a-molti". L'utilizzo degli strumenti offerti dai media sociali può contribuire al raggiungimento di obiettivi di comunicazione per la salute, ossia offre "un approccio multiforme e multidisciplinare per raggiungere diversi tipi di pubblico e condividere informazioni sulla salute con l'obiettivo di influenzare, coinvolgere e sostenere gli individui, le comunità, gli operatori sanitari, i gruppi specifici, i decisori e il pubblico; introdurre, adottare o sostenere un comportamento, una pratica o una politica che, in ultima analisi, migliori i risultati di salute" (Schiavo 2007, pag. 7). Da questa prospettiva di comunicazione per la salute, i media sociali possono essere degli strumenti utili per raggiungere diversi tipi di pubblico ed influenzare il comportamento, in quanto la tecnologia

permette interventi più avanzati, personalizzati o creati ad hoc.

Sicuramente, con l'avvento del Web 2.0 è necessario rivalutare attentamente le strategie di comunicazione e le modalità di sviluppo e diffusione di iniziative volte a modificare i comportamenti.

### 1.1. Utilizzo dei media sociali: nuove tendenze

Secondo lo studio "Universal McCann's social media tracker", nel 2010, gli utenti mondiali dei media sociali erano più di 700 milioni. In generale, i media sociali sono utilizzati principalmente per accedere ai social network, ma vengono anche ampiamente utilizzati anche per altri scopi (per esempio guardare video on line o leggere blog). Facebook è diventato il più grande social network in termini di iscritti, raggiungendo gli 845 milioni di utenti attivi nel dicembre 2011 (Facebook 2011). Un'altra delle principali attività che

vengono svolte online, ma diffusa soprattutto tra adolescenti e giovani adulti, è il microblogging (per es. Twitter), ossia l'aggiornamento dello status, che sta via via riducendo la portata del blogging tradizionale.

### 1.2. Utilizzo dei Media Sociali in interventi di comunicazione per la salute

Nel settore della sanità pubblica, i media sociali sono integrati in modo sempre più frequente in programmi e campagne volte a informare o sensibilizzare il pubblico su specifici temi concernenti la salute o per promuovere l'adozione o il mantenimento di comportamenti "salutari". Ad esempio, i Centri statunitensi per il controllo delle malattie e la prevenzione (C.D.C.) utilizzano i media sociali "per rafforzare e personalizzare i messaggi, raggiungere un nuovo pubblico e costruire una infrastruttura di comunicazione basata su uno scambio aperto di infor-

mazioni", al fine di fornire agli utenti l'accesso a informazioni, scientifiche e credibili, quando, dove e come [essi] vogliono" (CDC, 2009: Comma 1). Tra le numerose campagne di salute pubblica che hanno utilizzato i media sociali, si ricordano a titolo d'esempio quelle di Flu.gov e AIDS.gov, volte a sensibilizzare la popolazione sui temi dell'influenza H1N1 e sul test dell'HIV. Un altro esempio di campagna che ha ampiamente utilizzato i media sociali per stimolare la comunicazione è

stata la campagna statunitense di marketing contro il consumo di tabacco "truth". Questi esempi suggeriscono che i manager e i responsabili di organizzazioni e istituzioni nell'ambito della sanità pubblica scelgono di utilizzare i media sociali perché le percepiscono in qualche modo efficaci. Inoltre, alcune revisioni sulla letteratura hanno messo in evidenza come le applicazioni del Web 2.0 possano essere efficaci nell'attirare, fidelizzare e coinvolgere gli utenti finali, poiché, si afferma, sono in grado di generare cambiamenti di comportamento stimolando una comunicazione interpersonale sul tema della campagna. Alcuni studi hanno mostrato come interventi di comunicazione ad hoc, ossia più centrati sull'utente e individualizzati, producano risultati migliori rispetto a interventi più generalizzati. In linea teorica e secondo numerose evidenze empiriche, maggiore è l'adattamento del messaggio alle esigenze e peculiarità della persona, maggiori sono il coinvolgimento e la rilevanza percepita; di conseguenza maggiore è anche la probabilità che la persona decida di cambiare il proprio comportamento.

### 1.3. Obiettivi e quesiti dello studio

L'obiettivo di questo studio è stato quello di esaminare gli articoli che hanno tratta-

to o discusso l'utilizzo di media sociali in campagne o interventi di comunicazione per la salute. In particolare, si è voluto identificare:

- gli argomenti relativi alla salute trattati;
- i tipi di media sociali utilizzati;
- la tipologia e la natura dei risultati misurati;
- gli eventuali elementi a sostegno dell'efficacia dei media sociali nel facilitare il cambiamento comportamentale.

### Metodologia

Per raggiungere gli obiettivi di ricerca, è stata condotta una revisione "perlustrativa" della letteratura scientifica per identificare in modo sistematico articoli accademici che riportassero dati e risultati sull'utilizzo dei media sociali negli interventi di comunicazione per la salute. Simili alle revisioni sistematiche della letteratura, le revisioni "perlustrative" permettono di effettuare metodicamente e sistematicamente una mappatura di un certo corpus di letteratura scientifica. Questa tipologia di approccio è appropriato soprattutto quando il tema della ricerca è nuovo, complesso e poco conosciuto, come quello in questione.

Al fine di coprire un'area di ricerca quanto più ampia possibile gli articoli e gli studi di casi sono stati raccolti in modo sistematico utilizzando due diversi approcci: il primo attraverso la ricerca sistematica in banche dati elettroniche e specializzate in letteratura accademica, il secondo attraverso gli indici di una rivista di categoria (*peer reviewed*) sulla comunicazione per la salute relativamente nuova e non indicizzata (*Cases in Public Health Communication & Marketing*). Tale rivista pubblica articoli sull'uso dei nuovi media nella comunicazione per la salute.

Per quanto concerne il primo approccio, sono state scandagliate 22 banche dati, specializzate in letteratura accademica e scien-

tifica, accessibili attraverso otto motori di ricerca digitali. La ricerca è stata effettuata utilizzando le seguenti parole-chiave: “social media,” “web 2.0,” “web2.0,” “social software,” “social web,” “social comput,” “new media”; queste sono state usate in combinazione con le frasi “social marketing,” “health promotion,” “health communication,” “health education,” “health campaign\*,” “health.

Program f or “health initiative.” Dove possibile, sono stati inclusi nella ricerca anche i termini “blog,” “social networking sit\*,” “social networking websit,” “podcast\*,” “tagging,” “wik\*”. Tra le parole-chiave usate nella ricerca sono stati inclusi anche i nomi dei media sociali più comuni e più utilizzati: Facebook, MySpace, YouTube, Twitter, FriendFeed e Flickr.

Sono stati presi in considerazione gli articoli scientifici (*peer-reviewed*) e pubblicati su riviste di categoria in lingua inglese tra gennaio 2005 e maggio 2010 (la scelta di gennaio 2005 come data iniziale

è stata dettata dal fatto che termini come “media sociale” e “Web 2.0” non appaiono come termini di ricerca prima del 2004). Gli articoli sono stati inclusi nella revisione a condizione che contenessero esplicitamente nel titolo, nell’abstract o tra le parole chiave uno dei termini collegati ai “media sociali” (come web 2.0, media sociale, *social computing* o i nomi di un media sociale come Facebook).

Per quanto concerne la ricerca nella rivista *Cases in Public Health Communication & Marketing*, la ricerca nell’archivio elettronico si è basata sui termini “media sociale” e “web 2.0”.

In entrambe le ricerche, sono stati presi in considerazione gli studi di casi che presentassero iniziative di comunicazione per la salute e che avessero fatto uso esplicito dei media sociali. Sono stati esclusi, invece, gli articoli che descrivessero solo le potenzialità dei media sociali o che non discutessero di risultati associati all’uso dei media sociali nell’ambito sanitario.

## Risultati

La ricerca in banche dati bibliografiche ha permesso di individuare 89 articoli incentrati sulla comunicazione per la salute e i media sociali o il Web 2.0. La maggior parte di questi erano articoli generali che riconoscevano le potenzialità dei media sociali nella comunicazione per la salute e quindi non rilevanti. Diciassette articoli hanno riportato misure e dati associati all’impatto dei media sociali e sono stati quindi inclusi nella revisione. La ricerca nella rivista *Cases in Public Health Communication & Marketing* ha prodotto sei articoli che hanno rispettato i criteri di selezione. La Tabella seguente riassume l’argomento dell’iniziativa, i destinatari, la tipologia di media sociale utilizzato, la tipologia di risultato riportato e le conclusioni degli articoli selezionati.

### 3.1. I temi di Comunicazione per la Salute affrontati

I 23 articoli che hanno riportato risultati associati all’utilizzo dei media

ID	Citazione	Tematica di comunicazione per la salute	Target primario	Tipologia di media	Risultati riportati	Conclusioni
<b>Informazioni sulla salute</b>						
1	Cozma 2009	Credibilità delle fonti online e delle leggende metropolitane sulla salute	Studenti del college	2 siti web + blog	Percezione di credibilità, credenze	I lettori di blog sono meno propensi a modificare le proprie credenze, sia rispetto ai lettori di siti web che forniscono informazioni e notizie, sia rispetto ai lettori dei siti delle organizzazioni
						sanitarie. Essi si fidano più della propria sfera personale di influenza, che delle fonti di informazione pubbliche e tecniche.

2	Hu & Sundar 2010	Ricerca di informazione sulla salute; credibilità della fonte	Studenti non diplomati	Sito web + blog	Percezioni rispetto alle informazioni sulla salute; intenzioni di modificare il proprio comportamento	È stata riscontrata una differenza significativa tra le intenzioni di modificare il proprio comportamento di chi utilizza un sito Web, e di chi ricava le informazioni da un blog. I blog sono considerati inaffidabili e meno credibili.
3	Schott 2005	Informazioni sulla salute del consumatore	Popolazione generale	Webcast	Statistiche Accessi	Più di 1.000 visite al servizio; positiva valutazione qualitativa della risorsa da parte degli utenti e dei visitatori, soprattutto da parte di giovani utenti.
<b>Disturbi cardiaci</b>						
4	Taubenheimer et al. 2008	Disturbi cardiaci	Donne con disturbi cardiaci	Facebook, YouTube, Wikipedia, Flickr, blog, siti di social bookmarking	Statistiche di accesso al sito; ricordo /consapevolezza della campagna	Traffico web; maggiore consapevolezza del Red Dress Symbol.
<b>Prevenzione dell'HIV</b>						
5	Hoff et al. 2008	Prevenzione HIV-AIDS	Giovani	Blog, MySpace	Statistiche di accesso; utilizzo del servizio: dati quantitativi	Più di 2.800 chiamate al numero verde e 19.000 visite al sito web. Nel corso dell'anno, sono state effettuate in totale 38.000 chiamate e sono stati registrati 1,3 milioni di visitatori. Il progetto è stato premiato con un Emmy Award per il miglior progetto a Banda Larga per il 2006/07.
<b>Igiene</b>						
6	Plourde et al. 2008	Campagna di prevenzione di una pandemia di influenza (attraverso il corretto lavaggio delle mani)	Popolazione generale	Mix di media sociali	Statistiche di accesso; cambiamento comportamentale	Aumento del numero di visite al sito web della campagna; il media sociale ha generato attenzione nei confronti del tema, attraverso la diffusione virale di video e commenti.

						Aumento significativo del numero di persone che si coprono la bocca mentre tossiscono, di quelle che si lavano le mani nel modo corretto, e di quelle che rimangono a casa quando sono malate. I mercati con una maggiore esposizione ai materiali della campagna riportano ampi miglioramenti rispetto ai cambiamenti positivi di comportamento.
<b>Salute mentale</b>						
7	Hayward-Wright 2008	Alzheimer, demenza	Operatori sanitari e lo staff che si occupa dell'Alzheimer presso l'Australia NHW; i familiari dei malati; i diversi portatori d'interesse; i media	Blog, sito web, altri servizi	Statistiche di accesso; utilizzo del servizio: feedback qualitativo	Aumento del numero di visitatori del sito web ; Sondaggio sul sito: 94% degli utenti (ma con una bassa dimensione del campione) considera il servizio utile. Feedback qualitativo positivo sull'utilità del servizio.
<b>Attività fisica</b>						
8	Huhman 2008	Promozione dell'attività fisica	Pre-adolescenti, bambini	YouTube, giochi interattivi	Statistiche di accesso; consapevolezza del prodotto	Aumento del numero di visitatori del sito durante la campagna; non è possibile attribuire il successo al solo utilizzo dei media sociali; quando la campagna ha ridotto la sua frequenza e intensità, si è ridotta anche la consapevolezza verso di essa.
<b>Cessazione dal fumo</b>						
9	Conrad et al. 2009	Cessazione dal fumo	Giovani	Facebook, blog	Statistiche di accesso; utilizzo del servizio: feedback generico	Aumento del numero di visitatori del sito durante gli anni della campagna. Feedback positivo. Diminuzione della quantità di sigarette fumate (ma non può essere associato alla campagna stessa).
10	Li 2009	Cessazione dal fumo	Giovani adulti (16-24)	SMS, blog	Statistiche di accesso; utilizzo del servizio	Aumento del numero di messaggi/post sul

						blog durante il periodo della campagna; le richieste di disiscrizione dal blog non sono state registrate, ma i servizi sono stati valutati solo sulla base dell'utilizzo, non sul numero di persone che hanno abbandonato il blog.
<b>Sostenibilità ambientale</b>						
11	Hamilton et al. 2008	Riciclo	Giovani adulti	YouTube blog, My Space, Facebook, Flickr, Wikipedia, Delicious	Statistiche di accesso	Aumento del numero di visite, di commenti e di contatti attraverso i media sociali; maggiore copertura della campagna attraverso i media sociali.
12	Williams et al. 2008	Alimentazione sostenibile	Adulti	YouTube blog, My Space, Facebook, Flickr, Wikipedia,	Statistiche di accesso	Aumento del numero di iscritti al blog e di visitatori del sito web associato ad una maggiore consapevolezza del tema; non sono state valutate misure di sensibilizzazione specifiche.
<b>Educazione alla salute</b>						
13	Burke et al. 2009	Educazione alla salute	Personale accademico della facoltà di educazione alla salute	YouTube	Percezione dell'utilità dei media sociali; utilizzo del servizio: dati quantitativi	Metà del campione ha dichiarato di usare YouTube nella propria classe; questo strumento è stato percepito come efficace per l'apprendimento, ma non più efficace degli strumenti tradizionali; l'80% dei non utenti ha riportato impressioni positive e interesse.
14	El Tantawi 2008	Educazione dentale	Studenti di odontoiatria del primo anno	Blog	Atteggiamenti; cambiamento comportamentale	Migliori risultati nei test, negli esami intermedi, negli esami finali e nel voto finale degli studenti che hanno partecipato più attivamente al blog. Atteggiamento positivo nei confronti dell'uso del blog in classe e buona soddisfazione.

						generale
15	El Tantawi 2010	Educazione dentale	Studenti di odontoiatria post-laurea	Blog	Atteggiamenti; Cambiamento di comportamento	Migliori risultati sul voto complessivo finale degli studenti che hanno partecipato più attivamente alle attività del blog.
16	Goldman et al. 2008	Sanità pubblica	Studenti di sanità pubblica	Blog	Percezione dell'utilità dei media sociali; atteggiamenti nei confronti del mezzo	60% considera arricchente l'esperienza di blogging; atteggiamenti favorevoli e positivi degli studenti verso il mezzo. Gli studenti trovano più facile usare il blog che collaborare in classe.
17	Gwozdek et al. 2008	Igiene dentale	Studenti di igiene dentale	Blog (mBlog, piattaforma Uni Michigan) chat del sito, IM, sms	Livello di conoscenza/fiducia; percezione dell'utilità dei media sociali	L'uso di mBlog è stato giudicato efficace per migliorare l'interazione con gli studenti; maggiore fiducia nell'utilizzo dei blog. La chat non era utile ed efficace a causa della sua caratteristica sincronicità.
18	Gwozdek et al. 2009	Igiene dentale	Studenti di igiene dentale	Blog (mBlog, piattaforma Uni Michigan)	Livello di conoscenza/fiducia; percezione dell'utilità dei media sociali	L'analisi qualitativa dei dati delle osservazioni ha rivelato che il blogging aiuta ad associare il materiale didattico alla pratica, migliora l'interazione studente-paziente e la collaborazione dello studente; Il 77% pensa che il blogging sia un valido supplemento all'esperienza dell'assistenza e della cura del paziente.
19	Kapp et al. 2009	Sanità pubblica	Studenti universitari di sanità pubblica	YouTube	Statistiche Accessi Percezione dell'utilità dei media sociali	Il feedback qualitativo sul corso ha mostrato che esso dovrebbe essere offerto ad altri studenti; numero crescente di video postati/visti.
20	Lauber 2009	Programma di preparazione atletica	Docenti clinici	Wiki	Percezione dell'utilità dei media sociali	Feedback positivo da parte degli utenti; facilità di utilizzo, comodità per lavorare a distanza

21	Oomen- Early & Burke 2007	Educazione alla salute	Studentesse universitarie del corso online sulla salute	Blog	Percezione dell'utilità dei media sociali	Soddisfazione complessiva elevata verso il blogging; Opinioni positive sulla sua utilità nell'aumentare l'interazione. Elevato coinvolgimento dello studente; Secondo gli educatori l'interazione era più che raddoppiata
22	Poon- awalla & Wagner 2006	Dermatologia	Dermatologi	Blog	Statistiche Accessi Percezione dell'utilità dei media sociali	Feedback positivo ed elevata utilità percepita del blog; Non ci sono differenze riportate tra studenti partecipanti e studenti non partecipanti rispetto all'interazione del blog.
23	Walmsley et al. 2009	Odontoiatria	Studenti di odontoiatria	Podcast	Percezione dell'utilità dei media sociali	Valutazione positiva dei podcast e percezioni favorevoli verso il loro utilizzo in classe.

sociali sono stati raggruppati in nove aree tematiche. Quella più comune è stata la *formazione in aula sulla salute* (n = 11). I restanti temi comprendevano la *ricerca sulla credibilità delle informazioni sulla salute on-line* (n = 3), la *cessazione dal fumo* (n = 2), i comportamenti correlati alla *sostenibilità ambientale* (n = 2), e le *malattie cardiache, l'igiene, la salute mentale, l'attività fisica e la prevenzione dell'HIV* con un articolo ciascuno. I pubblici di riferimento identificati sono vari: si va da studenti di diversi corsi di laurea e specializzazione a personale accademico, dalla popolazione in generale, a operatori sanitari, dai giovani agli adulti di diverse fasce d'età.

### 3.2. Tipologia di media sociali utilizzati

In generale, la maggior parte delle iniziative riportate ha utilizzato il blog come strumento di analisi e di ricerca. Il blog è stato utilizzato in contesti educativi o come stimolo per promuovere il dibattito su specifiche tematiche. I podcast sono stati utilizzati per sviluppare le risorse informative sulla salute dei consumatori o per insegnare odontoiatria. YouTube è stato utilizzato principalmente per migliorare l'esperienza di apprendimento del corpo accademico di una facoltà di educazione alla salute e degli studenti universitari di sanità pubblica. Un wiki è stato usato come strumento di supporto per un programma di preparazione atletica. Un mix di vari media sociali è stato utilizzato in diverse occasioni, soprattutto nelle campagne di comunicazione per la salute.

In generale, la comunicazione di queste campagne è passata attraverso un sito ufficiale contenente link a media sociali correlati alla campagna, in particolare, ai social network Facebook e MySpace. I profili su questi media sociali sono stati in gran parte utilizzati per aumentare la portata e diffondere gli aggiornamenti di blog, notizie e pagine del sito ufficiale. Per lo stesso motivo, le piattaforme di micro-blogging come Twitter e siti di condivisione di foto o di video (ad esempio, YouTube, Flickr, Picasa) sono stati utilizzati come punti di riferimento per annunci ufficiali e spot.

### 3.3. Quali risultati sono stati misurati?

Numerosi articoli hanno riportato come risultati le statistiche di accesso alle pagine web. Questi risultati consistono

principalmente in dati quantitativi (ad esempio, pagine del sito web visitate, numero di visitatori, utenti registrati, “amici” e “followers”). L’utilità percepita dei media sociali (blog, YouTube, Wiki o podcast) è stata spesso riportata negli articoli. Due articoli hanno investigato il ruolo della credibilità delle fonti di informazione nello sfatare false credenze sulla salute, e nel cercare informazioni sulla salute. Altri due articoli hanno misurato gli atteggiamenti nei confronti dei blog utilizzati come strumenti di apprendimento.

### 3.4. Quali sono gli effetti dei Media Sociali sul Cambiamento di Comportamenti di Salute?

Pochi studi hanno effettivamente testato l’impatto dei media sociali sul comportamento. L’articolo sulla campagna “*the 5th Guy*” ha riportato risultati significativi (ad esempio, aumento del numero di persone che si coprono la bocca mentre tossiscono, o del numero di quelle che si lavano le mani in modo corretto, e di quelle che rimangono a casa quando sono malate).

### Discussione

Questa ricerca evidenzia come numerosi articoli, che hanno trattato iniziative di comunicazione per la salute attraverso i media sociali ne celebrano solo il potenziale utilizzo, mentre pochi articoli hanno riportato risultati associati all’utilizzo dei media sociali. Solo un piccolo numero ha riportato effetti significativi sul comportamento. Inoltre, i risultati di questa ricerca mostrano che pochi studi hanno testato o isolato i media sociali per analizzare outcome specifici, cioè, per esempio, cambiamenti di atteggiamento, di comportamento, o di consapevolezza e conoscenza dell’i-

niziativa promossa. I dati riportati consistono principalmente in output quantitativi (ad esempio, pagine del sito web visitate, numero di visitatori, utenti registrati, “amici” e “followers”). Il numero di pagine visitate, i “followers”, i “mi piace” o gli “amici” in un profilo di social network sono misure di output importanti, ma rappresentano solamente il punto di partenza di una valutazione approfondita dell’impatto di una campagna o di un intervento.

Solo due studi hanno cercato di associare l’uso dei media sociali al cambiamento comportamentale, confrontando misure pre e post test. Anche se la campagna “*the 5th Guy*” ha prodotto un impatto significativo sul comportamento, la componente dei media sociale non è stata effettivamente isolata e, anzi, è stata utilizzata in concomitanza con altre componenti di comunicazione. Non è quindi possibile attribuire il cambiamento di comportamento solamente all’utilizzo dei media sociali. Neanche l’unico studio controllato randomizzato (RCT) nel campione è riuscito a collegare in modo efficace l’utilizzo dei media sociali al cambiamento di comportamento, fermandosi alla valutazione delle intenzioni a modificare il comportamento. Inoltre, l’aver utilizzato una popolazione di studenti universitari implica una forte cautela nell’interpretazione dei risultati. Infatti, gli studenti spesso presentano caratteristiche comportamentali e socio-cognitive che non rappresentano l’intera popolazione generale o che non sono assimilabili a gruppi di pazienti. Inoltre, le motivazioni che li portano a partecipare a studi universitari sui media sociali non sono necessariamente le stesse che spingono altri gruppi o pubblici di riferimento.

### Conclusione

Questa revisione evidenzia una lacuna importante nella ricerca sullo studio dei media sociali nell’ambito della comunicazione per la salute. Nonostante vi sia un crescente corpo di letteratura sul tema, le evidenze di efficacia dei media sociali sul cambiamento di comportamento di salute sono ancora molto limitate.

Se da un lato sempre più interventi di comunicazione per la salute usano i media sociali e sembra che questi siano molto promettenti, si sa poco rispetto ai loro effetti sui comportamenti. Sono, pertanto, necessari maggiori sforzi al fine di progettare e pianificare con cura interventi di comunicazione per la salute che includano i media sociali, in modo da comprenderne meglio gli effetti. Nuovi e futuri studi dovrebbero isolare l’effetto dei media sociali, attraverso esperimenti ad hoc che permettano di analizzare, per esempio, l’influenza dell’interattività tra gli utenti sul cambiamento di comportamento di salute.

Vi è la necessità di continuare a misurare l’utilizzo dei media sociali, per esempio attraverso l’analisi dei contenuti e delle conversazioni, ma è necessario progettare studi ben strutturati che permettano di confrontare l’impatto dei media sociali con i canali mediatici tradizionali. Una sfida in tal senso è data dal fatto che i sistemi dei media sociali sono in continuo sviluppo e quindi esperimenti o progetti di ricerca sugli interventi di comunicazione per la salute devono prevedere azioni che siano flessibili e che si adattino a cambiamenti repentini e a innovazioni costanti.

## Bibliografia

- Burke, S.C.; Snyder, S. & Rager, R.S. (2009). An Assessment of Faculty Usage of YouTube as a Teaching Resource. *Internet Journal of Allied Health Sciences & Practice* 7/1: 1-12.
- CDC, Centres for Disease Control & Prevention (2009). *Social Media Tools for Consumers and Partners - Campaigns* (last retrieved on 17.05.2011).
- Conrad, J.; McCracken, J. & Phelan, K. (2009). "Own Your C" – Colorado's Youth Tobacco Prevention and Cessation Campaign. *Cases in Public Health Communication & Marketing* 3: 219–241.
- Cozma, R. (2009). Online Health Communication: Source or Eliminator of Health Myths? *Southwestern Mass Communication Journal* 25/1: 69–80.
- El Tantawi, M.M.A. (2008). Evaluation of a Blog used in a Dental Terminology Course for first-Year Dental Students. *Journal of Dental Education* 72/6: 725–735.
- El Tantawi, M.M.A. (2010). Blogging in a Biostatistics and Research Design Graduate Dental Course: For Learning or Interaction? *Journal of Dental Education* 74/4: 410–416.
- Facebook (2011). Facebook Statistics (last retrieved on 17.05.2011 from: <http://www.facebook.com/press/info.php?statistics> – archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/5ythMkklk>).
- Goldman, R.H.; Cohen, A.P. & Sheahan, F. (2008). Using Seminar Blogs to enhance Student Participation and Learning in Public Health School Classes. *American Journal of Public Health* 98/9: 1658–1663.
- Gwozdek, A.E.; Klausner, C.P. & Kerschbaum, W.E. (2008). The Utilization of Computer Mediated Communication for Case Study Collaboration. *Journal of Dental Hygiene* 82/1: 8–18.
- Gwozdek, A.E.; Klausner, C.P. & Kerschbaum, W.E. (2009). Online Directed Journaling in Dental Hygiene Clinical Education. *Journal of Dental Hygiene* 83/1: 12–17.
- Hamilton, L.; Dennings, K. & Abrams, L.C. (2008). RE3.org: A Case Study of Using New Media to promote Recycling in North Carolina. *Cases in Public Health Communication & Marketing* 2: 178–189.
- Hayward-Wright, N. (2008). Guidelines for the Development of a Blog-based Current Awareness News Service. *Australian Library Journal* 57/4: 406–430.
- Hoff, T.; Mishel, M. & Rowe, I. (2008). Using New Media to make HIV Personal: A Partnership of MTV and the Keiser Family Foundation. *Cases in Public Health Communication & Marketing* 2: 190–197.
- Hu, Y. & Sundar, S.S. (2010). Effects of Online Health Sources on Credibility and Behavioral Intentions. *Communication Research* 37/1: 105–132.
- Huhman, M. (2008). New Media and the VERB Campaign: Tools to motivate Tweens to be Physically Active. *Cases in Public Health Communication & Marketing* 2/1: 126–139.
- Kapp, J.M. et al. (2009). Updating Public Health Teaching Methods in the Era of Social Media. *Public Health Reports* 124/6: 775–777.
- Lauber, C.A. (2009). Using a Wiki for Approved Clinical Instructor Training. *Athletic Therapy Today* 14/6: 25–28.
- Li, J. (2009). Mobile Phones and the Internet as Quitting Smoking Aids. *Cases in Public Health Communication & Marketing* 3: 204–218.
- Oomen-Early, J. & Burke, S.C. (2007). Entering the Blogosphere: Blogs as Teaching and Learning Tools in Health Education. *International Electronic Journal of Health Education* 10: 186–196.
- Plourde, C. et al. (2008). Talk to the Fifth Guy: A Lesson in Social Marketing. *Cases in Public Health Communication & Marketing* 2: 11–38.
- Poonawalla, T. & Wagner, R.F. (2006). Assessment of a Blog as a Medium for Dermatology Education. *Dermatology Online Journal* 12/1: 5.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schott, M.J. (2005). Catching the Web-Casting Wave: Charleston Area Medical Center's Interactive Consumer Health Information Web Page. *Journal of Consumer Health on the Internet* 9/4: 35–43.
- Taubenheim, A.M. et al. (2008). Using Social Media and Internet Marketing to reach Women with the Heart Truth. *Social Marketing Quarterly* 14/3: 58–67.
- Walmsley, A.D. et al. (2009). Podcasts – An Adjunct to the Teaching of Dentistry. *British Dental Journal* 206/3: 157–160.
- Williams, A. et al. (2008). Raising Awareness of Sustainable Food Issues and building Community via the Integrated Use of New Media with other Communication Approaches. *Cases in Public Health Communication & Marketing* 2: 159–177. 13.

*Da: "The Web 2.0 and Social Media Technologies for Pervasive Health Communication: Are they Effective?" in Studies in Communication Sciences, 2011, 11/1: pp: 119-136*

*Marco Bardus  
Assistant Professor at the Department of Health Promotion and Community Health, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut.*

*Elena Barbera  
Eleonora Tosco  
DORS Piemonte Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della salute Regione Piemonte*

# Da: The Health Communicator's Social Media Toolkit

*Division of News and Electronic Media, Office of the Associate Director of Communication at the Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*

*Sintesi e adattamento a cura di Paola Cavazzuti e Maria Monica Daglio*

The Circle, James Ponsoldt, 2017

## **Panoramica sui social media**

Negli ultimi anni, l'uso di Facebook, YouTube, Twitter e altri social media per diffondere messaggi di salute è cresciuto significativamente, e continua a evidenziare una tendenza al rialzo. L'utilizzo di social media è diventato un modo efficace per promuovere e aumentare l'accesso a messaggi di salute scientificamente comprovati. I social media e le tecnologie di comunicazione sono in grado di mettere in collegamento milioni di persone per:

- Aumentare la diffusione tempestiva delle informazioni sanitarie e di sicurezza e il loro potenziale impatto.
- Fare leva sulla rete di conoscenze degli utenti per facilitare la condivisione delle informazioni.
- Incrementare la raggiungibilità per includere un pubblico più ampio ed eterogeneo.
- Personalizzare e rafforzare i messaggi di salute che possono essere più facilmente adattati o mirati ad uno specifico pubblico.
- Facilitare la comunicazione interattiva, il collegamento e il coinvolgimento del pubblico di utenti.
- Aumentare negli utenti le competenze al fine di prendere decisioni più sane e sicure.

In altre parole, l'integrazione dei social media nelle attività e nelle campagne di comunicazione per la salute permette di influenzare le dinamiche e le reti sociali per incoraggiare la partecipazione e il dialogo nella comunità per aiutare a diffondere i messaggi chiave e influenzare le decisioni

sulla salute. I social media aiutano a raggiungere le persone quando, dove e come desiderano ricevere i messaggi di salute, migliorano la disponibilità dei contenuti e possono influenzare la soddisfazione e la fiducia nei messaggi di salute. Allo stesso modo, facendo ricorso a reti personali e presentando le informazioni in diversi formati, spazi e fonti si contribuisce a rendere i messaggi più credibili ed efficaci. Esiste una vasta gamma di strumenti di social media che può essere utilizzata come parte di un programma integrato di comunicazione sanitaria. Si tratta di strumenti che vanno da prodotti facilmente scaricabili, quali pulsanti e badge che è possibile implementare con risorse minime, a strumenti che coinvolgono due sistemi paralleli di comunicazione e di interazione, come i social network. In generale, quando si passa dalla diffusione al coinvolgimento, sono necessarie più risorse per il settaggio e la manutenzione ed esiste il potenziale per una maggiore partecipazione, per l'apprendimento e la condivisione. Consigliamo un'approfondita analisi della quantità di risorse e competenze necessarie prima di decidere gli strumenti che si desidera utilizzare

Quanto segue documenta quali siano gli specifici strumenti di social media, mostrando la sequenzialità dalla diffusione al coinvolgimento, così come le risorse necessarie per l'attuazione delle attività di comunicazione sulla salute in molti canali.

## **Controllare le creazioni dei social media**

È importante stabilire la struttura, le politiche e la leadership nella vostra organizzazione per gestire efficacemente i social media. A un certo punto, dopo aver iniziato a usare i social media, è una buona idea istituire una commissione e indire riunioni per sviluppare linee guida, politiche, norme e raccomandazioni circa l'uso dei mezzi di comunicazione sociale nella vostra organizzazione.

## **Utili lezioni apprese usando i social media**

Negli ultimi quattro anni, il team CDC che si occupa di social media ha imparato una serie di lezioni che volevamo condividere con voi. Ci auguriamo che queste vi aiuteranno nello sviluppo, nell'attuazione e nella valutazione dei social media nelle vostre organizzazioni.

**1. Compiere scelte strategiche e comprendere il livello di coinvolgimento.** Adottare una strategia e seguire i dati demografici dell'audience per operare scelte sulla base della tipologia di utenti, per gli obiettivi di comunicazione e per i messaggi chiave. Assicurarsi di valutare il livello di coinvolgimento necessario per mantenere questi canali e assicurarsi di avere il tempo necessario e la possibilità di impegnarsi. Spesso, le risorse necessarie per avviare e mantenere progetti di social media sono diverse rispetto a quelle per la comunicazione tradizionale.

## **2. Recarsi dove si trova la gente**

I social media possono contribuire a raggiungere le persone lì dove si trovano: milioni di persone utilizzano i social media e passano un sacco di tempo in questi spazi imparando, condividendo

e interagendo. La popolarità di alcuni siti chiave può essere valutata esaminando le statistiche di utenti e la loro provenienza demografica. Inoltre, ci sono diversi siti di network sociali di nicchia che puntano a gruppi specifici, come mamme, medici, o gruppi razziali ed etnici, o siti che si concentrano su un particolare argomento, come viaggi o salute.

### 3. Adottare prima strumenti a basso rischio

Se si è agli inizi e incontrando nel team o tra gli stakeholders di riferimento una resistenza a utilizzare i social media, può essere utile prima adottare soluzioni a basso rischio e in seguito continuare avendo dalla propria parte un successo iniziale. Prodotti come podcast, video e widget sono facilmente scaricabili, accedendo da siti partner, per pubblicare sul vostro sito web.

### 4. Assicurarsi che siano messaggi scientificamente validi

Come per qualsiasi comunicazione sanitaria efficace, i messaggi sviluppati per essere diffusi attraverso i social media devono essere accurati, coerenti e basati sulle conoscenze scientifiche.

### 5. Creare un contenuto maneggevole

Sviluppare contenuti facili da maneggiare, come widget e video on-line che possono facilmente estendere la portata del messaggio oltre il vostro sito web per fornire contenuti attendibili, tempestivi e accurati a vantaggio dei partner e di altri che vogliono contribuire a diffondere i messaggi di salute.

### 6. Facilitare la condivisione dell'informazione

Facilitare alle persone la condivisione dei vostri messaggi li rende sostenitori della salute. Questo può essere realizzato utilizzando i siti di social media come Facebook e YouTube che incoraggiano la condivisione tra gli utenti, oppure possibilmente utilizzare gli strumenti con funzioni di condivisione, come gadget o eCard.

### 7. Incoraggiare la partecipazione

I social media permettono la personalizzazione dei messaggi per aiutare ad esprimere empatia e riconoscere quali siano i problemi degli altri, promuovere azioni e ascoltare ciò che si dice su temi connessi alla salute nella vostra comunità. La conversazione con due strumenti (ad esempio: cam e chat) può favorire una proficua comunicazione con il pubblico che contribuirà a facilitare i rapporti, la condivisione e l'interazione.

### 8. Fare leva sui network

I social media permettono alle persone di creare facilmente reti cui possono poi regolarmente accedere. Per esempio, Facebook segnala che il

suo utente medio ha 130 amici, o una rete di 130 persone con le quali può facilmente condividere informazioni e con cui può scegliere di condividere i messaggi di salute. Manovrando strategicamente questi network si può facilitare la condivisione di informazioni e, a sua volta, espandere la portata del messaggio.

### 9. Fornire più formati

Fornire messaggi in formati multipli aumenta l'accessibilità, rafforza i messaggi e dà alle persone modi diversi di interagire con i contenuti in base al loro livello di coinvolgimento e all'accesso ai mezzi di comunicazione.

### 10. Tenere in considerazione i cellulari

Oltre il novanta per cento della popolazione è abbonato a servizi di telefonia mobile. Pertanto, le tecnologie per cellulari come messaggi di testo e siti web per cellulari offrono la possibilità di raggiungere rapidamente una grande percentuale dei vostri potenziali utenti, non importa dove si trovano.

### 11. Fissare obiettivi realistici

I social media possono accrescere la consapevolezza, aumentare la conoscenza che un utente ha su un problema, cambiare gli atteggiamenti e il comportamento in modo dinamico, personalizzato e partecipativo. Tuttavia, come la comunicazione tradizionale, i social media da soli potrebbero non essere in grado di soddisfare tutti i vostri obiettivi di comunicazione o di affrontare tutte le esigenze del pubblico target. Impostare gli obiettivi di conseguenza.

### 12. Studiare i parametri e misurare il risultato

La comunicazione digitale offre molti parametri da utilizzare per focalizzare e migliorare gli sforzi di comunicazione. I parametri possono aiutare a documentare l'utilizzo, a monitorare le tendenze e a misurare il successo di specifiche promozioni o di tentativi di sensibilizzazione. Al di là dei semplici parametri, i tentativi di usare i social media possono anche essere valutati misurando l'uso delle informazioni, il coinvolgimento e la partecipazione delle persone nei contenuti, e l'impatto di questi sulla salute. Il monitoraggio e le discussioni sulle tendenze dei network possono essere anche un modo valido per capire meglio l'interesse attuale, i livelli di conoscenza e i potenziali malintesi e le false credenze sullo specifico argomento di salute che si sta trattando.

### Sviluppare una strategia di Social Media

Una comunicazione strategica sui social media dovrebbe essere solo una parte di una comunicazione più ampia, e i social media hanno necessità

di essere integrati in una pianificazione globale di comunicazione e attività di raccolta dei dati. Pertanto, l'obiettivo di una comunicazione onni-comprendensiva dovrebbe essere considerato quando si sviluppa un'attività sui social media. Come con tutti i mezzi di comunicazione, la chiave per un'effettiva azione sui social media è nell'individuazione di un target di riferimento, nella determinazione dell'obiettivo, nel sapere quali possono essere gli sbocchi e nel decidere l'entità delle risorse (tempo e fatica) che possono essere investite.

Tuttavia, con i social media possono essere ottenute più informazioni, attraverso un particolare canale multimediale, che aiuterà a delineare una strategia. Ad esempio, con i social media è possibile ascoltare le conversazioni in tempo reale, identificare opinionisti e fan. Si potrà quindi capire meglio le esigenze del pubblico in specifici spazi di social media e attrarre gli utenti in nuovi modi.

L'aver chiari obiettivi di comunicazione contribuirà a costruire una strategia. Ad esempio, probabilmente s'avrà bisogno di strategie diverse per ciascuna campagna. Siccome gli obiettivi per ogni campagna sono diversi, sarà anche diverso il modo in cui scambiare idee, collaborare con i partner, incoraggiare un cambiamento di comportamento. Allo stesso modo, capire il pubblico aiuterà a determinare quali canali selezionare e la modalità di utilizzo. Le persone accedono alle informazioni in diversi modi, in diversi momenti della giornata, per ragioni diverse. Per definire i bisogni del pubblico target, mediante ricerche di mercato, parametri e altri dati, è importante determinare i canali che si desidera utilizzare. Ogni canale è diverso e ha differenti impieghi, contenuti e regolamenti. Capire il modo con cui la gente utilizza spontaneamente e partecipa ai social media è molto utile per determinare una strategia.

### Strumenti di social media

Il CDC utilizza i social media per fornire agli utenti l'accesso a informazioni di salute credibili, scientificamente fondate quando, dove e come vogliono gli utenti. Una gamma di strumenti di social media è utilizzata per rafforzare e personalizzare i messaggi, raggiungere un nuovo pubblico e costruire una infrastruttura di comunicazione basata su uno scambio di informazioni aperte a tutti. Ci sono tre parole chiave ritenute altamente efficaci come strumenti di comunicazione per la salute sui social media:

- Personalizzazione - contenuti adeguati alle

proprie esigenze.

- Presentazione - contenuto tempestivo, pertinente e ottenuto in diversi formati e contesti.
- Partecipazione - di partner e di pubblico che contribuiscono ai contenuti in modo significativo.

Inoltre, molti canali di social media facilitano il coinvolgimento sociale, la condivisione virale di informazioni, e quindi agiscono sulla credibilità. C'è una serie di strumenti di social media utilizzabili nelle attività di comunicazioni sulla salute, effettivamente più numerosi di quelli elencati qui. Noi non abbiamo rilevato tutti gli strumenti di social media disponibili, tuttavia questa sezione del manuale dovrebbe aiutarti a comprendere la varietà di strumenti di social media che il CDC e altri operatori di sanità pubblica hanno utilizzato con successo in situazioni di emergenza, in importanti campagne, e altre iniziative di comunicazione della salute e promozione.

### **Pulsanti e badge**

Il CDC ha una fornita galleria di pulsanti e badge, piccoli elementi grafici per il web o immagini, che possono essere utilizzati dai partner per condividere informazioni di salute relative alle campagne on-line e alle cause.

I pulsanti e i badge possono contribuire a promuovere le attività e aumentare la consapevolezza sui temi di salute, e possono essere prodotti abbastanza facilmente e con poche risorse. Il CDC fornisce linee guida e buone pratiche per la creazione di pulsanti e badge

### **Che cosa sono i pulsanti e i badge?**

I pulsanti sono elementi grafici che includono una immagine, un breve messaggio di richiamo, e un link per ulteriori informazioni. Essi sono creati per essere condivisi, e includono il codice HTML che permette il caricamento su un sito web.

I badge sono piccole immagini grafiche che includono un messaggio e un collegamento ad una pagina web. I badge sono spesso pubblicati su un singolo profilo di social network o un blog personale per mostrare il sostegno o l'affiliazione a una causa o a una questione, e includono messaggi che mostrano che è stata intrapresa personalmente un'azione (ad esempio "Ho fatto il test" invece di "fai il test") (Centers for Disease Control and Prevention, 2010A).

### **Condivisione di immagini**

La condivisione di immagini aumenta il valore

delle attività di comunicazione per la salute fornendo immagini di salute pubblica che gli utenti possono facilmente utilizzare su siti, blog o altri siti di media sociali. Come la creazione di contenuti continua ad aumentare sui canali di social media e su internet nel complesso, così aumenta la necessità di una grafica fresca e di un contenuto accattivante. Postando le immagini, le persone possono condividere, aiutando a coinvolgere altre persone, consentendo un maggiore accesso ai contenuti di salute.

Ci sono diverse comunità on-line che mettono a disposizione servizi di condivisione di immagini. Per esempio, Flickr e Shutterfly forniscono una piattaforma per la pubblicazione di immagini che possono essere catalogate in base a temi di salute. Il CDC condivide le immagini sia su Flickr che sul Public Health Image Library, che offre una fruibile porta d'accesso alle immagini del CDC. Questi possono essere utilizzati come riferimento, per l'insegnamento, per presentazioni e per messaggi di salute pubblica cui i partner possono accedere allo scopo di trovare le immagini da postare sul loro sito. Allo stesso modo, la galleria di foto del CDC su Flickr include immagini ed elementi grafici sviluppati per eventi di salute pubblica che gli utenti possono commentare e condividere. I partner possono creare account in modo semplice e conveniente su parecchi siti che rendono disponibile condivisione e produzione di immagini da caricare e condividere.

### **Cosa è la condivisione di immagini?**

La condivisione di immagini implica l'azione del postare immagini (foto, artwork, ecc) su siti web pubblici dove possono essere viste, taggate, classificate e anche usate da altri. (Centers for Disease Control and Prevention, 2010b).

### **Sei semplici suggerimenti per la creazione di immagini per una grande campagna:**

1. Creare immagini in diversi formati, inclusi i formati pubblicitari standard e formati sviluppati specificamente per le pagine web.
2. Scrivere un messaggio di salute semplice, ma accattivante.
3. Usare immagini colorate e attraenti o disegni che possono essere visualizzati su un certo numero di siti e in varie dimensioni.
4. Assicuratevi di includere l'URL sull'immagine e un link al tuo sito web.
5. Promuovere l'uso delle immagini e controlla i dati di visualizzazione per saperne di più

circa l'efficacia dei tuoi sforzi.

6. Analizzare la sezione sulle Linee Guida del CDC e Best Practice per lo sviluppo di pulsanti e badge, per ulteriori suggerimenti.

### **Alcuni semplici suggerimenti per una buona condivisione delle immagini:**

- Istituito un account, utilizza un nome che abbia seguito tra gli utenti e che segua le linee guida su denominazione e branding. E' una buona idea includere informazioni sulla tua agenzia o su un programma sulla pagina del profilo. Se possibile, includi anche un link che riconduca al sito web della tua organizzazione per dirigere l'utenza verso il tuo sito.
- Pensa al tuo pubblico quando scegli le immagini. Che tipo di immagini sarà più utile o meglio ritrae gli obiettivi di comunicazione? Se è il caso, assicurarsi che le immagini siano culturalmente appropriate.
- Preoccupati di selezionare, rinominare, descrivere e taggare le immagini. Hai bisogno di pubblicare tutte le immagini disponibili o saranno postate solo le migliori che serviranno agli utenti?
- Preoccupati di coinvolgere le comunità on-line e incoraggiare gli utenti ad aggiungere tag, note e commenti.

### **Cosa è la diffusione simultanea di contenuti?**

La **diffusione simultanea di contenuti** è un'applicazione tecnica che consente alle organizzazioni partner di mostrare materiale su salute e sicurezza e permette ai visitatori del sito del partner della sanità pubblica di accedere al materiale CDC senza lasciare il sito web. Questo strumento, fornito dal CDC, consente la comunicazione e la gestione on-line delle ultime informazioni scientifiche. (Centers for Disease Control and Prevention, 2010b, Prevention 2010c).

### **I feed RSS**

I feed RSS del CDC consentono ai partner di personalizzare le informazioni sulla salute da ricevere iscrivendosi agli argomenti di loro maggiore interesse. I partner della sanità pubblica hanno anche la possibilità di postare i feed sui loro siti web per consentire agli utenti l'accesso alle informazioni aggiornate del CDC. Più di 25 feed RSS sono disponibili sul CDC, tra cui la versione in spagnolo.

Per utilizzare questa modalità, è necessario un browser abilitato ai RSS o un reader di news RSS

a cui sottoscrivere. Questi strumenti consentono di visualizzare il contenuto e di sapere quando ci sono nuovi materiali. È inoltre possibile utilizzare il contenuto dei RSS aggiungendo un feed al sito web o nella pagina di social media. Aggiungere un feed RSS a una pagina è un modo rapido e di basso costo per fornire ai visitatori notizie fresche sulla salute. Allo stesso modo, la creazione di un feed sul tuo nuovo materiale non è tecnicamente molto difficile, e può essere un modo a basso rischio per iniziare a lavorare nei social media.

### Che cos'è un Feed RSS?

RSS è l'acronimo di **Really Simple Syndication**. I feed RSS sono un modo semplice per rimanere aggiornati su informazioni che ritieni importanti e consentono di ridurre il tempo richiesto per sfogliare o cercare nuove informazioni sui siti web. I feed RSS forniscono titoli di notizie aggiornate, post di blog o contenuti di siti selezionati. (Centers for Disease Control and Prevention, 2010d).

### I podcast

I podcast contribuiscono a fornire informazioni in un formato comodo e piacevole, e possono essere sempre riprodotti da un iPod, da un dispositivo mobile, o altro lettore portatile. I podcast

possono anche essere visualizzati sui siti web. Il CDC fornisce podcast per aumentare gli accessi ai messaggi di salute e fornire informazioni sulla salute in un formato comodo.

I partner hanno accesso alla vasta libreria di podcast del CDC che comprende argomenti diretti a medici, operatori sanitari, operatori di sanità pubblica e al pubblico in generale. I partner possono facilmente scaricare i podcast da CDC.gov, postarli sulla loro pagina web, fornire link alla pagina CDC sui podcast dal loro sito e iscriversi alla galleria di podcast. I partner possono inoltre creare i loro propri podcast in maniera relativamente facile e senza molti investimenti in risorse tecniche.

### Che cos'è un podcast?

Un **podcast** è un audio digitale o file video che può essere salvato per la riproduzione su un dispositivo portatile o sul computer. Il termine "Podcast" si riferisce sia al contenuto effettivo del file multimediale e il metodo con cui il contenuto viene diffuso. (Centers for Control Disease and Prevention, 2010e).

### Otto buoni consigli per produrre podcast

1. **Definire lo scopo.** Identificare il target di riferimento, i messaggi principali di salute e

l'obiettivo di comunicazione prima di sviluppare il materiale.

2. **Creazione di contenuti pertinenti al pubblico.** Progettare un podcast avendo in mente un pubblico particolare richiede un'attenta valutazione dei contenuti. Il podcast progettato per raggiungere i professionisti della salute può contenere terminologia medica, mentre quello per il pubblico in generale dovrebbe fare uso di termini comuni (come chicken pox invece di varicella). Ciò è particolarmente importante per i podcast, poiché gli ascoltatori o gli spettatori possono avere scaricato il podcast per ascoltare o visualizzare su un dispositivo personale e non essere al contempo in grado di accedere a Internet o trovare un dizionario.
3. **Si consideri la lunghezza.** Non c'è una regola unica e decisiva che determini la lunghezza raccomandata di un podcast. È utile considerare gli obiettivi di comunicazione e il pubblico di destinazione. Alcuni messaggi possono essere efficacemente comunicati in cinque o dieci minuti, mentre altri argomenti richiedono un podcast più lungo per essere spiegati adeguatamente.
4. **Sviluppare un piano di diffusione e postare frequentemente.** Podcast che fanno parte di un piano di frequenti rilasci vanteranno una base più ampia di ascoltatori.
5. **Utilizzare il cross-marketing.** Per aumentare l'esposizione ai podcast, fare leva su un buon numero di canali esistenti e senza costo o di basso costo. Gli elenchi di podcast consentono la registrazione ai podcast e gli utenti possono cercare per parole chiave e categorie. Considerare l'eventualità di aggiungere un pulsante su altre pagine web per indirizzare la gente all'URL del podcast
6. **Fornire ulteriori informazioni.** Rendere disponibili all'ascoltatore ulteriori informazioni o risorse legate al tema predisponendo bene tutti gli URL citati nel podcast. Questo sarà utile per molti utenti, ma tenere presente che altre persone possono ascoltare i podcast mentre sono lontano da un computer o non sono in grado di scrivere, così che il contenuto venga decifrato senza ulteriori informazioni.
7. **Collegarsi al pubblico.** Un'attenta selezione di quale host preferire assicura un migliore aggancio agli utenti. Spesso un formato Domanda e Risposta aiuterà gli ascoltatori a capire meglio l'argomento fornendo la pos-



The Circle, James Ponsoldt, 2017

sibilità di interrompere in modo spontaneo la discussione.

8. **Valutare la propria attività di podcasting.** Ad esempio, è possibile raccogliere informazioni di base su quante volte ogni podcast è stato scaricato o riprodotto. Inoltre, se i commenti degli utenti e rating sono una parte del sistema di podcasting, è possibile tenerne traccia per lo sviluppo dei successivi podcast.

### La condivisione di video on-line

La condivisione di video on-line può essere un ottimo modo per scambiare informazioni, condividere storie personali e coinvolgere il pubblico. Siccome chiunque abbia accesso a Internet può caricare, visualizzare, condividere e commentare materiale video, la condivisione di video sta diventando molto popolare. L'utilizzo di siti di condivisione video come YouTube o Google Video per diffondere l'educazione sanitaria su misura e i messaggi di comunicazione sanitaria offre un'esperienza coinvolgente per i consumatori di salute che potranno così visualizzare e condividere informazioni sulla sicurezza. Con un pubblico che guarda oltre 100 milioni di clip su YouTube in un giorno solo, (Hurley, 2009) queste fonti di video on-line possono essere un potente meccanismo per aiutarvi nella distribuzione di messaggi di scienza e di salute (Centers for Disease Control and Prevention, 2010g).

Il canale ufficiale del CDC su YouTube, CDC Streaming Health, contiene video prodotti dal CDC su vari argomenti di salute. Con una connessione a Internet, i partner possono caricare, visualizzare, condividere e commentare filmati video. I partner possono facilmente caricare una serie di video prodotti dal CDC per i loro siti web o su altri spazi di social media, come blog o pagine di Facebook. Analogamente, è possibile creare facilmente un canale su un sito di condivisione video per diffondere i video creati dalla vostra organizzazione.

### Cosa è la condivisione di video on-line?

La condivisione di video on-line può essere utilizzata da parte dei partner per condividere la comunicazione di messaggi di salute su misura. Siti di video on-line, come ad esempio YouTube, MSN e Yahoo sono emersi come popolare e potente mezzo di condivisione video. (Centers for Disease Control and Prevention, 2010f)

### Sei buoni consigli per la produzione di video

#### on-line

1. **Preparare un contenuto appropriato per il target di riferimento.** Il contenuto deve essere coinvolgente, visivamente piacevole, presentato a un livello adeguato per il target di riferimento. Per esempio, l'uso del gergo, informazioni tecniche, o diagrammi e grafici dettagliati dovrebbero essere evitati. Storie con un singolo messaggio o invito all'azione sono semplici, facili da seguire ed è più probabile che diventino "virali", termine che si riferisce al momento in cui gli spettatori volontariamente condividono link o inseriscono video sui propri siti web, blog e profili di social network.
2. **Mantenere brevi i video.** Controllare i requisiti tecnici per il sito utilizzato per postare il video. La maggior parte dei siti di condivisione video pone limiti di tempo alla durata del video. I dati del CDC mostrano che molti utenti abbandonano dopo tre minuti.
3. **Creare un piano promozionale.** Elencare i siti di condivisione video dove si prevede di pubblicare il video, i partner che aiuteranno a diffonderlo, le pagine web sul proprio sito in cui il video sarà allocato, e altri spazi sociali - come MySpace, Facebook o Twitter - dove è possibile postare e promuovere.
4. **Scegli una musica appropriata.** La musica da utilizzare deve essere adatta allo scopo e che invita alla riflessione, e deve integrare il messaggio. A meno che non si preveda di pagare per la musica, scegliere le selezioni libere da copyright.
5. **Includere un URL per ulteriori informazioni.** Includere un URL specifico, alla fine del video, per dirigere l'utente verso le informazioni supplementari sul tema.
6. **Valutare.** Come per tutte le attività di comunicazione, la valutazione è importante. A seconda del sito utilizzato per inviare video, i dati possono essere ottenuti per agevolare la valutazione. Per esempio, si può essere in grado di misurare o tracciare:
  - Il numero di volte che ogni video è stato visualizzato
  - le valutazioni degli spettatori e i commenti
  - Il canale degli abbonati
  - I momenti del video in cui la visione viene interrotta

#### I widget

Resi popolari da Google, Facebook, e fornitori

come Widgetbox, i widget forniscono informazioni interattive e contenuti recenti con manutenzione minima da parte dell'utente. Il contenuto di un widget può essere aggiornato automaticamente, garantendo l'accesso a contenuti aggiornati e credibili sulla salute e sulla sicurezza. Il CDC fornisce una serie di widget (sia in inglese che spagnolo) su diversi argomenti di salute, tra cui l'influenza H1N1 e stagionale, il fumo e l'uso di tabacco, un calcolatore BMI per adulti, e suggerimenti per la salute quotidiana. Questi e molti altri widget possono essere facilmente aggiunti alle pagine dei partner o ai siti di social media per offrire un'esperienza interattiva, materiale recente e la prova del proprio impegno su temi importanti per la salute. Per aggiungere un widget CDC al tuo sito, individuare un widget su [www.cdc.gov/gadget](http://www.cdc.gov/gadget) e fare clic su "Condividi". Una nuova schermata visualizzerà il codice html per quel particolare widget. Basta tagliare e incollare il codice html nella pagina web.

#### Che cosa è un widget?

Un widget è un'applicazione che può essere utilizzata dai partner per la visualizzazione in primo piano di contenuti sulla salute direttamente sul proprio desktop, sito web o social network. I widget possono anche generalmente essere condivisi con gli amici. (Centers for Disease Control and Prevention, 2010g).

#### Come posso iniziare a sviluppare un widget?

Ci sono programmi on-line che permettono a chiunque di creare un widget. Tuttavia, se si vuole uno su misura, più probabilmente sarà necessario assumere una persona con specifiche capacità di progettazione per svilupparlo.

#### Le eCard

Le cartoline virtuali sono un modo efficace ed economico per sottoporre alle persone delle informazioni salutari personalizzate e mirate. È possibile usare una eCard per inviare ad amici e parenti un messaggio personale così come un messaggio di salute. Una eCard s'apre spesso con un vivace saluto e include un messaggio che induce a una vita sana, promuove attività di sicurezza o celebra un evento riguardante la salute e la sicurezza.

Il CDC offre una vasta collezione di Health-e-Card con più di 200 cartoline su una vasta gamma di argomenti di salute. Le eCard possono venir indirizzate a medici, operatori sanitari,

professionisti di salute pubblica e al pubblico in generale.

I partner possono utilizzare le eCards del CDC per inviare un messaggio personale di salute al loro pubblico. I partner hanno anche la possibilità di inviare immagini in miniatura e link alle eCards del CDC sui loro siti web, collegando gli utenti all'applicazione dove la gente può personalizzare e inviare cartoline ai propri amici, familiari e colleghi di lavoro.

### Che cosa è una eCard?

Le **cartoline elettroniche** sono cartoline inviate agli account di posta elettronica. Il CDC ha sviluppato delle Health-e-Card per incoraggiare nella gente comportamenti sani, comunicare programmi, prodotti e informazioni (Centers for Disease Control and Prevention, 2010e).

### Sei consigli per sviluppare eCard

1. **Definire lo scopo.** Identificare il pubblico target, le parole chiave e gli obiettivi di comunicazione prima di sviluppare i contenuti.
2. **Creazione di contenuti pertinenti al pubblico.** La creazione di una eCard per un pubblico specifico richiede un attento esame del contenuto. Ci sono due tipi di pubblico da tenere in considerazione quando si sviluppano

eCard: il mittente e il destinatario. Le eCard dovrebbero contenere messaggistica e immagini ritenute opportune da inviare e ricevere da amici, familiari o colleghi.

3. **Includere l'URL.** Includere un URL nella e-Card per dirigere il destinatario a informazioni supplementari sul tema. Una volta deciso quali collegamenti inserire, sviluppare un testo descrittivo che funga da incitamento all'azione.
4. **Utilizzare il cross-marketing.** Per aumentare la visibilità delle nuove eCard, mettere in campo vari canali esistenti e privi di costo inclusa la pagina web e altri canali di social media.
5. **Valutare.** Come per tutte le attività di comunicazione, la valutazione è importante. A seconda del software analitico, possono essere disponibili dati e parametri per supportare nella valutazione. Per esempio, si può essere in grado di misurare o tracciare:
  - Il numero di volte che ogni e-Card è stata spedita e vista
  - Il numero di clic dalla eCard verso il proprio sito
6. Controllare la CDC's *Guidelines and Best Practices for Developing eCards* elencata qui sotto per maggiori suggerimenti.

### I giochi elettronici

I giochi elettronici possono coinvolgere un nuovo pubblico con pertinenti e mirati messaggi di salute. In effetti, gli eGames hanno mostrato una capacità di influenza positiva sui cambiamenti relativi alla salute in numerosi destinatari e su diverse questioni di salute

### Cosa sono gli eGames?

I **giochi elettronici**, o eGames, sono giochi interattivi accessibili attraverso un'applicazione elettronica come internet, una video console di gioco o un telefono cellulare. (Centers for Disease Control and Prevention 2009h).

### Come posso iniziare a sviluppare un eGame?

In generale, gli eGames richiedono notevoli abilità e risorse per essere sviluppati. Se si decide di sviluppare un eGame, c'è una serie di gruppi e organizzazioni specializzate in giochi per la salute o giochi seri.

### Mobile Health (Salute sul telefono cellulare)

Le applicazioni per telefoni cellulari offrono notevoli opportunità per migliorare la salute, la sicurezza e le conoscenze negli Stati Uniti e in tutto il mondo. Per merito della loro portabilità, accessibilità e disponibilità, le tecnologie mobili vantano un alto potenziale di condivisione di informazioni sanitarie e raccolta dati su malattie e salute, rappresentando una straordinaria opportunità (Centers for Disease Control and Prevention, 2010i). Le tecnologie mobili, soprattutto messaggi di testo, stanno rapidamente diventando uno strumento essenziale per la diffusione di informazioni di salute e per invogliare gli utenti a migliorare la loro salute. Recenti ricerche indicano che gli interventi proposti tramite messaggi di testo hanno un positivo impatto a breve termine sui comportamenti. Importanti caratteristiche degli SMS sono l'attivazione di un dialogo, la definizione di contenuti e l'interattività (Fjeldsoe, Marshall & Miller, 2009).

### Cosa si intende per mHealth?

**mHealth** è un termine usato per descrivere l'utilizzo delle tecnologie dei telefoni cellulari, della messaggistica di testo o altre applicazioni per sostenere la sanità pubblica e la medicina.

### Come iniziare a utilizzare le tecnologie mobili?

Il servizio di messaggistica e le applicazioni mo-



The Circle, James Ponsoldt, 2017

bili sono di solito forniti con i contratti con le compagnie. Ci sono vari fattori che influenzano il costo di implementazione di una campagna con messaggi di testo, tra cui la lunghezza del programma, il numero di abbonati, e il numero dei messaggi inviati.

## Buoni consigli sui messaggi di testo

- 1. I messaggi devono essere brevi.** I messaggi di testo devono essere brevi e concisi. L'intero messaggio dovrebbe essere inferiore a 160 caratteri, spazi inclusi, punteggiatura e consentire qualsiasi branding o collegamento a informazioni aggiuntive.
- 2. Preferire messaggi accattivanti.** Scrivi messaggi pertinenti, tempestivi, chiari e attuabili. Prova a iniziare ogni messaggio con un fatto interessante o una domanda in modo che gli utenti saranno più recettivi al messaggio di testo per leggere poi il resto.
- 3. Rendere il contenuto leggibile.** Tutti i contenuti devono essere scritti in un modo corrispondente all'ottavo grado (d'istruzione).
- 4. Usare con parsimonia le abbreviazioni.** Poiché i messaggi di testo hanno un limite, è accettabile utilizzare le abbreviazioni, ma solo quando esse diventano facilmente comprensibili e non cambiano il significato generale.
- 5. Limitarsi ai caratteri latini.** Notare che le lettere non latine o accentate non sempre sono leggibili, a seconda del gestore di telefonia mobile.
- 6. Garantire l'accesso a informazioni supplementari.** Includere il nome dell'organizzazione nel testo così che gli utenti sappiano chi invia il messaggio. Includere un sistema per dare agli utenti la possibilità di seguire il percorso, come un numero di telefono o un URL accessibile da cellulare. I link a siti tradizionali vanno evitati. Tutti i numeri di telefono devono essere formattati in modo che l'utente possa chiamare il numero con un clic automaticamente dal loro telefono cellulare. Tutti gli URL devono includere il "http://" dal momento che senza d'esso non tutti i telefoni riescono ad attivare il collegamento.
- 7. Includere l'opzione di uscita.** I messaggi di testo dovrebbero anche contenere informazioni sulle modalità di opt-out dal programma di messaggistica. Questi dettagli devono figurare nella lunghezza massima di 160 caratteri.
- 8. Promuovere l'attività di messaggistica.** Creare un piano di promozione che includa

la promozione su siti accessibili da cellulare, su social media e altri spazi.

- 9. Valutare i risultati.** La valutazione va effettuata con sondaggi e parametri standard, riguardo qualità, chiarezza, forza del messaggio, come anche la sua efficacia. Ci sono diversi sistemi per valutare un messaggio:
  - Raccogliere dati di base su quanti utenti si sono iscritti al programma e quanti hanno preso parte a iniziative di messaggistica interattiva.
  - Se possibile, raccogliere dati demografici sugli utenti: età, sesso, posizione geografica.
  - Raccogliere dagli utenti informazioni su quali tipi di messaggi preferiscono, e usarle per rimodellare i messaggi di testo.
  - Quando possibile, utilizzare le indagini (tramite messaggi di testo o inviando agli utenti un sondaggio web) per valutare l'evoluzione della conoscenza, dell'atteggiamento e del comportamento.

## Il microblogging

Il CDC utilizza Twitter per cercare di condividere informazioni in tempo reale su salute e sicurezza con le persone interessate agli argomenti trattati dal CDC. Twitter è diventato una piattaforma importante per mettere in collegamento le persone interessate a specifiche materie di salute e informazioni sulla sicurezza. Twitter è non solo diffusione delle informazioni, ma anche opportunità di ascoltare e raccogliere informazioni. Il motore di ricerca di Twitter (<http://search.twitter.com>) è un ottimo strumento per il monitoraggio delle conversazioni su qualsiasi argomento trattato su Twitter - generalmente limitato alle ultime 2 settimane.

## Che cosa è un microblogging?

Il **microblogging** permette agli utenti di inviare aggiornamenti in testo breve a un sito che li aggrega per la visualizzazione da parte di amici o del pubblico. Questi messaggi possono essere caricati in numerosi modi, compresi messaggi di testo, siti web per cellulari, o dal sito che ospita il microblogging. Esistono diversi siti di microblogging e Twitter è il più popolare.

## Che cosa è Twitter?

Twitter è una piattaforma on-line per microblog e social networking che offre in tempo reale informazioni, commenti e descrizione di eventi. Twitter invia agli utenti aggiornamenti o "tweets", che hanno 140 caratteri di lunghezza o meno, e

visualizza sul loro profilo e nel feed dei seguaci. Gli utenti di Twitter possono anche mettere in evidenza audio o contenuti video.

## Buoni consigli a proposito di Twitter

### 1. Raccomandazioni per istituire un profilo: Nome profilo, immagine e biografia

- a. Nome profilo** - Ogni account di Twitter ha un singolo nome profilo che descrive il soggetto dell'account, il nome dell'organizzazione, o contenere una parola chiave che descriva il tipo di organizzazione. (Ad esempio CDC\_eHealth, FluGov). Il nome del profilo deve essere breve e conciso (massimo 15 caratteri).
- b. Biografia** - La biografia è la descrizione del profilo in 160 caratteri. Questa dichiarazione biografica dovrebbe essere il primo post del nuovo profilo.
- c. Immagine** - Un logo o un elemento grafico che rappresenta l'organizzazione o l'agenzia.

### 2. Mantenere brevi e semplici i contenuti.

Il CDC raccomanda di postare tweets di 120 caratteri in modo che i messaggi possano essere facilmente reindirizzati (postando i tweet di un altro utente), senza modifiche. Se un tweet contiene un massimo di 140 caratteri, gli utenti che vogliono condividere il messaggio da ritwittare, dovranno modificare il messaggio per ridurre il numero dei caratteri.

### 3. Fornire maggiori informazioni con un URL accorciato.

Se possibile, fornire un link al sito principale per ulteriori informazioni. È possibile salvare spazio utilizzando URL più brevi. Diversi siti web disponibili consentono di accorciarli: <http://tinyurl.com>, <http://is.gd> o <http://tr.im>

### 4. Promuovi il profilo Twitter.

Fornire link al tuo profilo Twitter su altri materiali di comunicazione già preparati, sia quelli tradizionali che su social media, e lavorare con altri profili Twitter per costruire un'audience strategica di base.

**5. Tenere impegnati i seguaci.** L'impostazione di un programma di post ("rilasci") regolari aiuterà a mantenere coinvolti i seguaci.

**6. Postare altri contenuti di rilievo.** Sviluppare una strategia per ritwittare i post di partner e di seguaci.

### 7. Scandaglia Twitter per cercare commenti sull'organizzazione o su un argomento di salute:

È possibile utilizzare [search.twitter.com](http://search.twitter.com) per monitorare Twitter, per "ascoltare" le conversazioni su importanti problemi di salute, trovare messaggi sull'organizzazione e controllare in che modo il pubblico risponde ai messaggi.



The social network, David Fincher, 2010

**8. Valutare i risultati. Tenere traccia dei risultati e rivedere regolarmente il numero di seguaci, di aggiornamenti, di ritweet e citazioni in Twitter.** Inoltre, ci sono vari modi per monitorare l'aumento del traffico verso il sito web, così come i riferimenti al di fuori di Twitter, su blog, siti web o articoli. Con un regolare monitoraggio delle attività di Twitter, è facile controllare se c'è stato un maggiore traffico verso il sito web generato dal link apposito, oppure dei cambiamenti tra i seguaci e la quantità di ritweet dei messaggi. Molti sistemi di valutazione per Twitter sono disponibili a costi bassi o nulli.

Allo scopo di valutare le attività di micro-blogging, sono utilizzabili:

- la tracciatura dei clic dai link, mediante un software di analisi (come Omniture Site Catalyst o Google Analytics) che consente di monitorare l'aumento del traffico web da Twitter misurando il numero di seguaci che attraverso Twitter sono passati al sito.
- l'analisi dell'influenza su Twitter: gli utenti possono tenere traccia di quanti altri utenti li seguono e quanti aggiornamenti vengono pubblicati nel corso del tempo. Gli utenti possono accedere a
- <http://search.twitter.com> per la ricerca di ritweet, di @risposte, e altre citazioni del pro-

prio username. Può anche essere impostato un feed RSS per tenere traccia dei risultati della ricerca.

- Analizzare i seguaci: Poiché i siti di micro-blogging sono basati sul web, potrebbe essere fattibile
- la progettazione di un sondaggio on-line (attraverso uno strumento come SurveyMonkey) per misurare la soddisfazione dell'utente, l'aumento delle conoscenze della materia grazie al profilo o se sono intervenuti cambiamenti nei comportamenti.

### I blog

Il CDC vuole spesso condividere contenuti in modo tale da consentire ai lettori di lasciare commenti e di impegnarsi in discussioni. Un blog può essere utilizzato per discutere di un argomento che invece è troppo complesso per un tweet o un post su Facebook, e per dare all'argomento o al programma una maggiore presenza personale e coinvolgente di quello che consente un sito web. "Nel complesso, i blogger sono un gruppo altamente istruito e benestante. Quasi la metà di tutti noi blogger intervistati ha conseguito una laurea, e la maggior parte ha un reddito familiare di 75.000 \$ all'anno o superiore" (Sussman, 2009). Uno sguardo più attento ai dati demografici indi-

ca che i due terzi sono maschi, il 60% sono nel gruppo 18-44 anni e più della metà sono genitori.

### Che cos'è un blog?

I **blog**, o web log, sono riviste on-line regolarmente aggiornate utilizzabili da chiunque disponga di una connessione internet. Alcuni blog hanno come destinazione un ristretto pubblico, mentre altri vantano un numero di lettori paragonabile ai giornali nazionali. Possono avere solo un autore o un gruppo di autori, ma la maggior parte dei blog ha formati simili ossia che le notizie sono sempre pubblicate in ordine cronologico inverso e permettono ai lettori di commentare i post (Centers for Disease Control and Prevention, 2010j).

I blog spesso si concentrano su uno specifico tema o un tipo di argomento.

### Bloginars

Un altro metodo per raggiungere i blogger è ospitare i blogger webinar, o "bloginars" per arruolare blogger e offrire informazioni su epidemie o questioni di salute di rilevanza pubblica. Ogni bloginar è caratterizzato da una presentazione di un esperto in materia, una presentazione di prodotti di comunicazione sociale e offre ai partecipanti l'opportunità di porre domande.

### Consigli sul blogging:

1. **Osservare la blogosfera.** Prima di iniziare un blog personale, leggere altri blog che si occupano di argomenti simili per sapere cosa funziona bene e quali sono le persone che hanno influenza sull'argomento in oggetto. Si può trovare blog sui motori di ricerca di blog come Technorati ([www.technorati.com](http://www.technorati.com)).
2. Fornire link. Aggiungere dei link ad altre pagine web che forniscano un contesto al messaggio.
3. Mantenere i post brevi quanto più possibile. Fornire informazioni sufficienti per sostenere i punti principali, ma essere succinto. I messaggi brevi (un paio di paragrafi) hanno maggiori probabilità di essere letti nella loro interezza. Tuttavia, se una questione è particolarmente complessa, può richiedere un post più lungo.
4. Fare un titolo che attiri l'attenzione. Proprio come un articolo di giornale, il titolo di un post del blog dovrebbe catturare l'attenzione del lettore e riassumere il punto principale del post. Guardate i giornali per avere idee sulla creazione di titoli.

5. Includere elenchi puntati o numerati. Le informazioni strutturate ad elenco sono più facilmente assimilabili.
6. Fai messaggi di effetto. Inserisci sottotitoli ove opportuno e fare frasi e titoli brevi e diretti al punto. Una informazione scarna rende più facile focalizzare i concetti.
7. Mantenere uno stile coerente. Ai lettori piace sapere cosa aspettarsi. Trovare uno stile di scrittura che funziona per il pubblico e mantenerlo nel corso di ogni post di un blog. Dal momento che questo può essere difficile quando si lavora in squadra, nominare una persona incaricata di rivedere stile e coerenza di tutti i messaggi.
8. Usare parole chiave e strategiche. Pensare alle parole chiave che la gente userebbe per cercare un post e includerle nel corpo del testo e nelle intestazioni. Accertarsi che il posizionamento delle parole chiave sia naturale e non fuori luogo.
9. Modificare il post. Al momento di controllare il testo, preoccuparsi della forma. Prima di premere il pulsante di invio, rileggere il post e modificare per ottenere brevità e chiarezza.
10. Promuovere il blog. Avere un piano di promozione prima di lanciare un blog. Se Twitter è parte della strategia di comunicazione globale, può essere una buona collocazione per

un nuovo post. L'invio di aggiornamenti in e-mail a partner e a coloro che hanno mostrato interesse per l'organizzazione può essere un ottimo modo per promuovere un blog.

11. Stabilire la modalità di gestione dei commenti. Permettereste ai lettori di lasciare risposte o commenti sul blog? Se sì, prestabilire come monitorarli. Approntare un protocollo per come gestire le risposte.
12. Fare uso di strumenti di web analytics. Considerare due popolari strumenti di web analytics:
  - Google Analytics - <http://www.google.com/analytics/>
  - Yahoo! Web Analytics - <http://web.analytics.yahoo.com/>

Si consiglia di rivedere la prassi e valutare le implicazioni sulla privacy prima di utilizzare eventuali strumenti analitici.

13. Valutare i tentativi. Utilizzando uno strumento di web analytics si calcola il numero di persone che hanno visitato la pagina in un determinato periodo di tempo. E' importante anche tenere traccia del numero di commenti ricevuti su ogni post del blog. E' particolarmente utile per trovare il dettaglio dei post che attira di più i commenti e determina se la lunghezza, l'argomento e l'ora del caricamento possono influenzare il coinvolgimento dei lettori. Con l'uso di un software per

blogger si potrà catalogare un blog sul motore di ricerca di blog come Technorati ([www.technorati.com](http://www.technorati.com)) che assegna anche un livello di "autorità" ai blog che cataloga, ossia riferisce quanti siti web hanno aggiunto un link al blog nei sei mesi precedenti. Una maggiore "autorità" indica che più persone si collegano al blog, ciò che può aiutare a quantificare la popolarità del blog e, in certi casi, la sua credibilità. Technorati consente inoltre all'utente di ricercare altri blog che possono essere collegati al suo blog.

### Siti di social network

I siti di **social network** sono comunità dove le persone possono interagire con gli amici, la famiglia, i colleghi, i conoscenti, e altri con interessi simili. La maggior parte dei siti di social network offrono agli utenti diverse modalità di interazione, come chat, e-mail, video, voice chat, condivisione di file, blog e discussione in gruppi. I siti di social network sono molto popolari e vengono utilizzati da milioni di persone ogni giorno per interagire, condividere e imparare. Solo su Facebook, gli utenti trascorrono quasi un'ora al giorno. I siti di social network offrono un mezzo veloce e personale per realizzare programmi, divulgare prodotti e informazioni. Il sito di social network di gran lunga più popolare è Facebook, che ha appena raggiunto oltre 400



Back Mirror, Netflix, 2012

milioni di utenti (luglio 2010). Altri siti popolari sono MySpace, LinkedIn e Foursquare. Esistono centinaia di social network di nicchia che attraggono mamme, medici o affrontano argomenti come viaggi e salute.

### Consigli sul social network

- Acquisire familiarità con il sito.** Sono disponibili centinaia di siti di social network, ognuno con obiettivi diversi, scopi e funzioni. Visitare i siti per comprendere chi sono i partecipanti, quale sono la cultura e la funzionalità.
- Si considerino la strategia globale di comunicazione e gli obiettivi.** Prima di lanciare una pagina, assicurarsi che l'attività di social networking sia adatta alla strategia di comunicazione e agli obiettivi.
- Riflettere sulle risorse.** Affinché le risorse necessarie (tempo e personale) siano a disposizione per garantire una continua manutenzione della pagina, mantenere il contenuto aggiornato e tenere coinvolti gli iscritti.
- Fornire messaggi accattivanti e materiali di comunicazione sul sito.** Aggiungere video, quiz, widget, giochi, immagini e altri materiali per coinvolgere attivamente e ripetutamente gli utenti.

Input	Attività	Output	Risultati	
			A breve termine	A lungo termine
Esempio: messaggi sviluppati da specialisti della comunicazione; personale; accesso a internet	Esempio: usare Twitter per promuovere campagne di vaccinazione su madri di bambini piccoli	Esempio: tweet postati; tweet ritwittati da altri; seguaci del profilo Twitter	Esempio: accresciuta consapevolezza sulla campagna di vaccinazione	Esempio: accresciute probabilità di vaccinazione dei bambini

- Creare una linea guida sui commenti.** Sviluppare una linea di condotta riguardo risposte inappropriate o commenti denigratori. Fare riferimento alle linee guida sui commenti dei social networking del CDC: <http://www.cdc.gov/SocialMedia/Tools/CommentPolicy.html>
- Raccogliere e conservare i commenti.** Sviluppare un sistema per archiviare i commenti.
- Sviluppare un piano di promozione.** Stabilire un piano di promozione prima di lanciare la pagina; incoraggiare i fan a condividere e promuovere l'uso incrociato di altri social media e pagine web.
- Sviluppare un piano di valutazione.** Avere

già pronto un piano di valutazione dati prima del lancio può determinare se gli sforzi hanno successo. Per esempio, sarà utile:

- Determinare come misurare le modalità di partecipazione. La valutazione può comprendere semplici misure di coinvolgimento degli utenti (ad esempio quanti seguaci / tifosi / amici ha un account? Quanti utenti hanno commentato gli ultimi post?)
- Sfruttare i pacchetti di analisi disponibili sui siti di social networking. Questi possono essere utilizzati per determinare il numero di persone ("fan") che partecipano all'attività e osservare come gli utenti interagiscono con il sito. Per esempio, Facebook Insights è a disposizione degli utenti (o dell'amministratore) che hanno aperto una pagina per la loro organizzazione. Facebook Insights consente all'amministratore di visualizzare informazioni demografiche e le interazioni dei fan con la pagina nel corso del tempo.
- Monitorare la quantità di traffico di utenti indirizzati a una pagina web dal profilo Facebook dell'organizzazione. Se si utilizza uno strumento di analisi per un sito web (come Google Analytics o WebTrends), esso mostrerà l'origine del traffico verso una pagina e il numero di utenti che vi giungono

tramite un link su Facebook.

- Piano di indagini, con sondaggi on line (attraverso strumenti come SurveyMonkey) per misurare la soddisfazione degli utenti, l'aumento delle conoscenze sulla materia indotte dai cambiamenti.

### I mondi virtuali

#### Che cos'è un mondo virtuale?

Un **mondo virtuale** on-line è un ambiente in cui gli utenti possono creare un personaggio virtuale, o avatar, e interagire con gli altri avatar creato in un ambiente virtuale on-line. Negli ultimi anni, i mondi virtuali sono diventati sempre più popolari con un

crescente numero di partecipanti che gradiscono questa coinvolgente esperienza (Centers for Disease Control and Prevention, 2010k).

I mondi virtuali offrono esperienze totali nel corso delle quali gli utenti possono ottenere informazioni sulla salute e sui comportamenti sani. La ricerca sulla comunicazione di salute dimostra che i comportamenti nei mondi virtuali sono in grado di venir tradotti al mondo reale.

I comportamenti nella vita reale possono essere influenzati nel caso che gli utenti si dedichino a una serie di attività connesse alla salute nei mondi virtuali (Beard, Wilson, Morra & Keelen, 2009).

Il CDC partecipa a un mondo virtuale chiamato Whyville, sviluppato per i ragazzini pre-adolescenti. In Whyville, gli utenti creano avatar che interagiscono con altri utenti e partecipano a coinvolgenti attività educative e giochi.

Per diversi anni, il CDC ha lavorato con Whyville per promuovere vaccinazioni virtuali per l'influenza stagionale e per offrire informazioni sulla prevenzione dell'influenza che rende i partecipanti più consci dei comportamenti di salute adatti durante la stagione delle influenze. Educare i ragazzini permette di aumentare le loro conoscenze correlate al vaccino e diffonderle ad altri nelle loro famiglie che potrebbero trarre beneficio dalla vaccinazione. Nel corso di una recente campagna Whyville, i cittadini Whyville hanno avuto l'opportunità di essere virtualmente vaccinati, impedendo loro di ammalarsi di "Why-Flu", che procura macchie rosse sul viso dell'avatar e starnuti durante la chat. Durante l'attività durata sei settimane, migliaia di Whyvillians sono stati vaccinati.

## PIANO DI STRATEGIA DI COMUNICAZIONE SUI SOCIAL MEDIA

Utilizzare questa scheda di lavoro per mettere a punto una strategia e i potenziali strumenti e canali di social media che si potrebbero utilizzare per una campagna o per attività di comunicazione.

### 1. Target Audience

Descrivere la persona, o le persone, che si desidera raggiungere con la comunicazione; essere il più specifici possibile. Possono essere elencati diversi segmenti di audience. Prendere in considerazione, se del caso, un'audience primaria e una secondaria (o influencer). (Esempi: le madri di bambini di età inferiore ai due anni che vivono ad Atlanta, i pediatri che esercitano in Nevada.)

### 2. Determinare l'obiettivo

Che cosa si vuole ottenere dall'estensione della propria comunicazione ai social media?

Questo potrebbe implicare qualcosa che si desidera che il target faccia come risultato diretto della comunicazione ricevuta. Gli obiettivi possono includere (ma non sono limitati) a quanto segue:

- a) Fornire informazioni
  - Evidenziare una campagna
  - Incoraggiare un comportamento di salute
  - Rafforzare i messaggi di salute
  - Incoraggiare l'interazione
  - Ottenere feedback / scambio di idee
  - Collaborare con i partner (Esempio: Aumentare la consapevolezza che è in corso una campagna di immunizzazione.)

b) ricalibrare gli obiettivi SMART:

Specific / Specifico – definire in termini concreti, dettagliati e ben definiti ‘che cosa stiamo facendo e per chi?’

Measurable / Misurabile - quantificabile e se il sistema di misurazione è stato identificato.

Achievable / Raggiungibile - può essere raggiunto l'obiettivo in base al calendario previsto, con le risorse disponibili?

Relevant / Realistico - obiettivo direttamente connesso con lo scopo del piano di comunicazione?

Time-bound / Termine - sono stati fissati dei termini di scadenza?

(Esempio: entro dicembre 2012 (scadenza precisa), ci sarà un aumento del 5% (misurabile) della consapevolezza che c'è una campagna di vaccinazione (specifico), misurato attraverso un rilevamento tra mamme di bambini sotto i due anni nella zona metropolitana di Atlanta (specifico).

### 3. Definire i bisogni di comunicazione con il pubblico

Le persone accedono alle informazioni in vari modi, in momenti diversi della giornata, e per diverse ragioni. Se possibile, definire i bisogni del pubblico, utilizzando ricerche di mercato e altri dati.

Descrivere il pubblico di utenti e le loro esigenze di informazione di salute.

### 4. Obiettivo d'integrazione

- a) Descrivere in che modo gli obiettivi di social media possono sostenere la missione dell'organizzazione e / o il piano generale di comunicazione.
- b) Come vengono supportati altri componenti on-line e off-line: quali eventi (sia nazionali / statali / locali) offrono opportunità di comunicazione?

### 5. Sviluppo di un messaggio

Sviluppare i messaggi chiave in base al target e agli obiettivi individuati. (Esempio: per le mamme di bambini piccoli per incoraggiarle alla vaccinazione antinfluenzale anche se in ritardo, “Non è troppo tardi per vaccinare”)

### 6. Risorse e abilità

Stabilire chi dell'organizzazione sarà responsabile dell'attuazione e del numero di ore da destinare alla creazione e gestione del materiale.

### 7. Identificare strumenti di social media

Determinare quali saranno gli strumenti più efficaci per raggiungere il target di riferimento. Soddisfare le esigenze del target di riferimento con quegli strumenti che meglio sfruttano le risorse e avvicinano agli obiettivi (esempio: perché Facebook ha un grande bacino utenti di giovani donne che hanno figli, è gratuito, richiede una minima competenza tecnica, è un possibile buon strumento per un programma incentrato sulle mamme che richiede solo un piccolo finanziamento per le attività sui social media)

### 8. Definire le attività

Sulla base di tutti gli elementi di cui sopra, elencare le attività specifiche da dover intraprendere per raggiungere gli obiettivi di comunicazione (Esempio: sviluppare e promuovere su Facebook una pagina per i fan del Programma di Educazione Diabete).

### 9. Identificare il partner chiave, i ruoli e le responsabilità

### 10. Definire il successo per poi valutarlo

Quali sono gli strumenti di misurazione del successo? Queste possono differire a seconda degli obiettivi e degli scopi.

### 11. Valutare

Creare un piano di valutazione; fare riferimento al Social Media Evaluation Plan per ulteriori informazioni.

### SCHEDA DI VALUTAZIONE DEI SOCIAL MEDIA

Questo documento si focalizza sullo sviluppo di una struttura di base per valutare le attività dei social media. Per una pianificazione più approfondita, si prega di fare riferimento alle risorse in questo documento.

#### Fase 1: Sviluppo del modello

Utilizzando le attività e gli obiettivi determinati nel documento di strategia comunicativa sui social media, si consideri quanto segue per ciascuna attività in programma. Si noti che ci possono essere molteplici input, output e risultati per ciascuna attività.

1. Quali sono gli input o le risorse (materiali e immateriali), che devono essere attive per far funzionare le attività?
2. Quali sono gli output di ciascuna di queste attività? In altre parole, quale sarà il prodotto risultante (di solito tangibile)?
3. Quali sono i risultati previsti delle attività e degli output (di solito intangibili)? Ossia quali sono i risultati che si spera di ottenere? (un esempio è la maggiore consapevolezza della campagna di vaccinazione). Se possibile, dividere i risultati tra breve termine e lungo termine. I risultati possono essere molto simili (o anche gli stessi) agli obiettivi sviluppati sulla scheda di comunicazione strategica sui social media.

#### Fase 2: Sviluppare le domande

Considerando gli input, gli output, e i risultati esposti sopra, pensare a come questi possono essere misurati e a quali dati possono essere raccolti.

#### Input:

Come può un input venir misurato, contato, o comunque valutato? Per esempio, se uno degli input è "Messaggi sviluppati da specialisti della comunicazione", quali elementi di questo input possono e devono essere misurati?

Esempio di domanda di valutazione: Quanti messaggi testati sul pubblico sono stati sviluppati?

#### Output:

Come si possono misurare gli output dell'attività? Per le attività sui social media, queste domande possono utilizzare l'analisi dei dati web, come ad esempio i click-through e le pagine visionate, o potrebbero includere il numero di amici, di seguaci, o di messaggi postati.

Esempio di domanda di valutazione: Per valutare l'output di un account Twitter: Quanti messaggi abbiamo postato (durante un periodo di tempo definito)? Quanti di questi messaggi sono stati ritwittati? Quanti seguaci abbiamo acquisito?

#### Risultati

I risultati spesso possono essere difficili da misurare rispetto agli output, ma offrono un valido supporto. Le domande di valutazione per i tuoi risultati probabilmente potranno originare dagli obiettivi SMART sviluppati in precedenza. Ad esempio, se l'obiettivo era quello di aumentare del 5% il numero dei componenti del segmento target consapevoli della campagna, la domanda di valutazione dovrà riflettere questo obiettivo.

Esempio di domanda di valutazione: Qual è la percentuale di mamme di bambini di età inferiore ai due anni nell'area metropolitana di Atlanta che hanno sentito parlare della campagna di vaccinazione?

#### Il manuale di social media per il comunicatore di salute

Questo manuale è stato sviluppato dalla Electronic Media Branch, divisione di News and Electronic Media, Ufficio del Direttore Associato della Comunicazione presso il Centers of Disease Control and Prevention (CDC). È stato progettato per offrire orientamenti e condividere quanto si è appreso in più di tre anni sul modo di integrare i social media nelle campagne di comunicazione di salute del CDC, sulle attività e sui tentativi di risolvere le emergenze. In questa guida troverai informazioni utili per iniziare ad usare i social media, per sviluppare una linea di condotta e determinare quali siano i canali adatti per raggiungere i propri obiettivi di comunicazione e creare una strategia di social media. Imparerai anche quali canali di grande uso è possibile incorporare nel piano, quali blog, siti di condivisione video, applicazioni mobili e feed RSS. Questo manuale è destinato ad un pubblico di principianti, anche se alcuni lettori di livello intermedio potrebbero trovare utili alcune parti del manuale.

#### Ringraziamenti

Molti professionisti esperti e scrupolosi hanno contribuito alla creazione di questo manuale. Per il loro prezioso contributo, vorremmo ringraziare i seguenti membri del personale CDC e collaboratori:

*Ann Aikin*, MA, CDC

*Heather Brink*, MPH

*Brodalski Diane*, BS (Northrup Grumman Contractor)

*Jessica Schindelar*, MPH (Northrup Grumman Contractor)

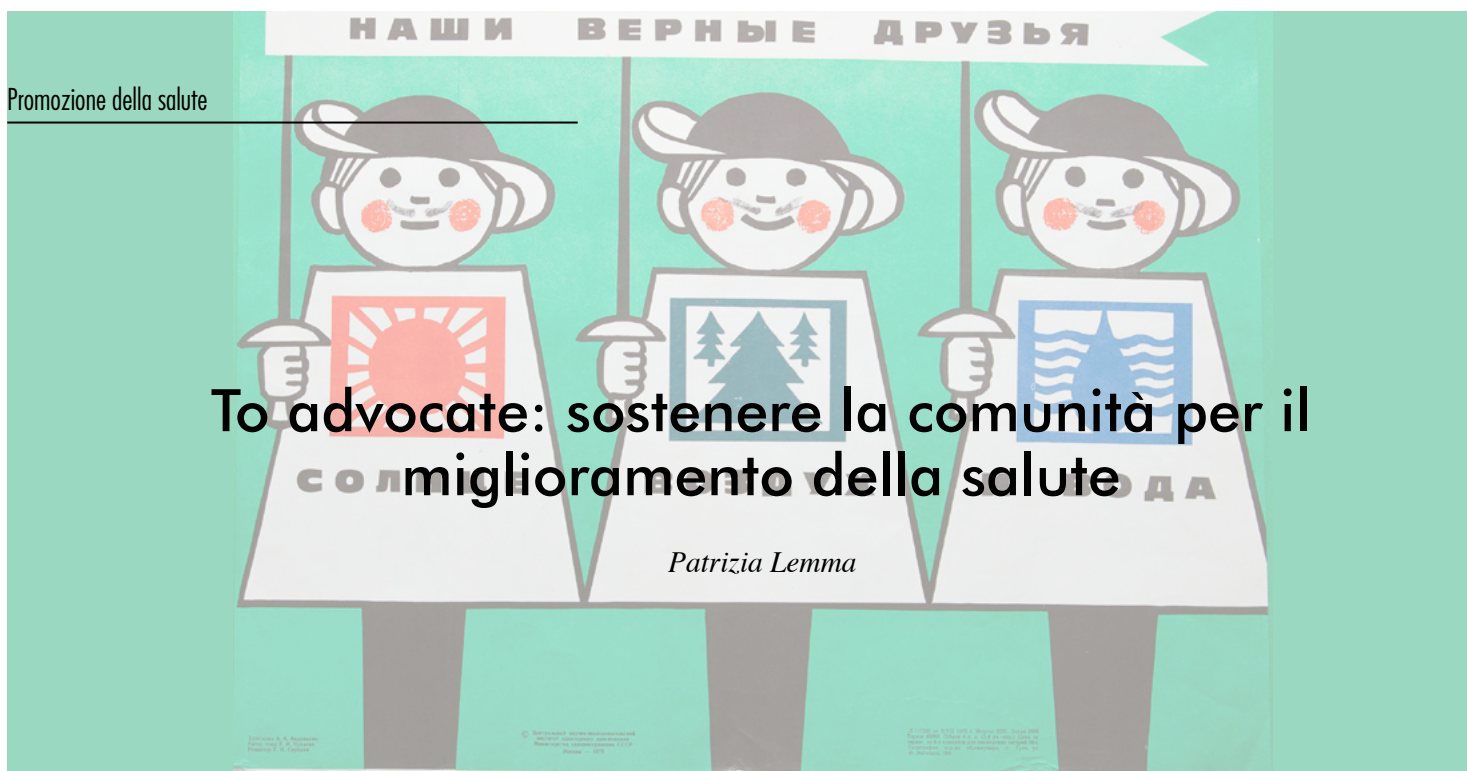
*Holli Seitz*, MPH

*Curt Shannon*, BA

Vorremmo in particolare ringraziare Diane Brodalski, coordinatrice del progetto, per aver ripartito i compiti e gestito la loro integrazione nel progetto. Dobbiamo anche riconoscere il contributo di Glen Nowak, Carol Crawford e Dogan Eroglu per la loro revisione della guida e gli eccellenti contributi.

Ringraziamo lo staff dell'Electronic Media Branch del CDC, le cui conoscenze tecniche e competenze hanno aumentato il contenuto e la qualità di questo manuale.

*Sintesi e adattamento a cura di Paola Cavazzuti e Maria Monica Daghigh Azienda USL di Modena*



Dalla Collezione Manifesti CeSPES

*Liberamente tratto dal suo volume Promuovere salute: principi e strategie. Roma, 2018 Il Pensiero Scientifico Editore, la professoressa Lemma prosegue nel percorso di approfondimento delle parole chiave della promozione della salute. Dopo “Patogenesi e Salutogenesi” è la volta di quella che ha il significato più intensamente politico: “to advocate”.*

Il dizionario inglese alla voce advocacy propone alcuni principali significati - appellarsi, raccomandare, supportare, dare voce - e tutti sembrano avere in comune uno stesso tema: aiutare qualcuno ad ottenere qualcosa da chi in quel momento ha il potere di dargliela. Non sorprende poi che il termine “diritti” sia frequentemente usato nell’ambito delle azioni di advocacy, esse vengono infatti spesso condotte nella prospettiva di cercare un migliore equilibrio nella distribuzione del potere, tra i soggetti e tra i gruppi, prendendo le difese di coloro che sono più vulnerabili: sempre nella prospettiva di costruire inclusione sociale.

Il termine assume poi sfumature diverse anche in relazione al professionista che svolge tale funzione: un avvocato chiamato a sviluppare il ruolo di advocacy metterà in gioco l’insieme delle sue capacità nel governare le norme, nell’esaminare le testimonianze o nel parlare

alla corte presentando i fatti nella luce più favorevole al suo cliente. Per molte delle professioni di aiuto, per esempio nel lavoro con i disabili o con i soggetti ai margini della società, può assumere poi diverse forme: essere prossimo ad un lavoro legale, quando il professionista si accerta che il suo utente usufruisca dei servizi di cui ha bisogno e diritto; oppure essere di supporto “personale” quando egli diventa l’interprete dei suoi bisogni e il facilitatore nell’individuare le possibili azioni per la loro risoluzione. Per chi lavora come “animatore di comunità” può poi prevalere l’azione di organizzazione dei gruppi perché costruiscano azioni collettive per ottenere, per esempio, migliori servizi per i propri figli o sicurezza nei luoghi di lavoro. Per tutti coloro che progettano azioni di promozione della salute il ruolo di advocacy si traduce poi nell’individuare ed ottenere quelle modifiche degli ambienti di vita e lavoro che possano rendere più facili le scelte positive per la

salute. Se nelle professioni legali prevale la valenza di “opposizione”, l’azione è infatti perlopiù rivolta a preservare gli interessi del cliente e le ragioni di “chi sta dall’altra parte” vengono prese in considerazione solo per neutralizzarle o per provare a volgerle a proprio vantaggio, nel lavoro sociale e nel campo della salute il fulcro è invece posto nella costruzione delle alleanze tra i diversi attori della comunità perché prevalgano le ragioni che possono condurla verso migliori livelli di benessere (Bateman, 2000). La centralità del tema delle alleanze era del resto già stata affermata da Bronfenbrenner (1981) che aveva sottolineato come la costruzione dei processi di salutogenesi richiedesse un’interazione dinamica tra le risorse presenti nei diversi ambienti in cui un soggetto è inserito perché queste si potenzino e non entrino invece in contrasto.

Il Glossario della Promozione della salute definisce l’advocacy come un insie-

me di azioni, rivolte ad individui e/o a gruppi sociali, progettate per ottenere impegno politico, supporto delle politiche, consenso sociale e sistemi di sostegno per un particolare obiettivo o programma di salute. Lo stesso documento definisce poi il termine *partnership* (o alleanze) per la salute, come un volontario accordo fra due o più soggetti che collaborano per raggiungere condivisi obiettivi di salute: alcune di queste sono limitate al perseguimento di definiti obiettivi mentre altre si costruiscono attraverso mediazioni intorno all'individuazione delle aree di intervento e degli obiettivi da raggiungere (WHO, 1999). Si comincia quindi a delineare come il "contratto di associazione" che si definisce fra i partner di una alleanza può avere diverse caratteristiche e diversi possono essere ruoli e obiettivi degli attori sociali coinvolti nel processo.

Butterfoss (2007) distingue alleanze centrate sulle agenzie ed istituzioni (*agency-based*), che generalmente sono alla base dei processi di *advocacy*, che vengono contrapposte a quelle centrate sulla comunità (*community-based*). Proviamo ora ad esaminare le principali caratteristiche e regole di costruzione delle alleanze *agency-based*.

Gruppi di lavoro e agenzie locali, per meglio svolgere i propri obiettivi, possono convenire intorno alla necessità di sviluppare *partnership* e di costruire una comune agenda: in questa condizione si tende a guardare alla comunità come ad un organismo sociale i cui bisogni possano essere meglio affrontati, e risolti, attraverso un coordinamento delle risorse e dei servizi presenti o sviluppando quelli che si rendono via via necessari. Il consenso e la collaborazione fra istituzioni ed agenzie sono gli elementi che

prevalgono e quella che si costruisce è una "alleanza" che può essere definita "top-down" (Sidell, 1997): la rete che si crea coinvolge organizzazioni, gruppi e istituzioni, che si impegnano a collaborare per implementare un insieme di interventi che modifichino le condizioni sociali ed ambientali in modo da raggiungere obiettivi favorevoli alla salute della comunità. L'insieme delle agenzie che stringe quest'alleanza mantiene sia il controllo della distribuzione delle risorse sia quello della presa di decisioni: essa è infatti il frutto della consapevolezza, da parte di istituzioni e agenzie poste sul territorio, del sovrapporsi dei propri obiettivi e della opportunità di utilizzare al meglio le spesso scarse risorse evitando conflitti e sprechi. Quello che viene condotto è un processo centrato su azioni che vogliono certamente rispondere ai bisogni della comunità ma così come sono stati rilevati da istituzioni ed agenzie. La comunità viene al più consultata, scegliendo alcuni suoi rappresentanti, per meglio definire la proposta di azione che si sta costruendo ed il successo stesso dell'alleanza spesso si misura attraverso la sola maggiore o minore aderenza della comunità alle proposte portate avanti.

Una *partnership*, anche quando centrata sulle istituzioni, non è però un fenomeno di tipo "tutto o nulla" e può essere descritta come un continuum fra il costruire relazioni e fare insieme un lavoro. Butterfoss (2007) suggerisce che il "contratto di associazione" che si stabilisce tra le agenzie può avere diversi livelli di intensità al variare di alcuni elementi: il grado di formalizzazione dell'accordo, la complessità della proposta di lavoro comune e il livello di condivisione dei rischi e dei benefici.

Questi elementi, nel loro combinarsi, permettono di individuare almeno quattro livelli di intensità, e quindi complessità, crescenti. Al livello più basso è possibile descrivere il coinvolgimento di due o più istituzioni, o comunque di agenzie che operano sul territorio, che costruiscono un'alleanza in cui il mutuo beneficio è ricercato attraverso un dialogo centrato sullo scambio di informazioni: si evitano sovrapposizioni, si ricerca coerenza nell'azione. La formalizzazione dell'accordo è perlopiù bassa, non si svolge infatti nessun lavoro in comune, né vi è una reale condivisione dei rischi o dei benefici: può però essere sorprendente verificare come un organizzato scambio di informazioni possa migliorare la qualità del lavoro rivolto alla comunità e aprire la strada a livelli di *partnership* a maggiore complessità.

Ad un successivo livello, che si potrebbe definire di tipo 2, ogni "agenzia" pur mantenendo proprie risorse ed autorità crea insieme ad altre supporti organizzativi alle azioni che hanno individuato possano essere comuni: è quello che viene comunemente definito come "lavoro di rete" e che Butterfoss (2007) definisce livello di cooperazione. Se il primo livello richiede il solo passaggio delle informazioni - seppure con attenzione alla loro chiarezza, completezza, pertinenza e sincerità - questo mette in gioco anche la dimensione dell'ascolto. La cooperazione tra professionisti che, pur mantenendo la propria prospettiva su ciò che si sta affrontando, individuano un fine comune nel proprio agire richiede un'attenzione congiunta sugli elementi rilevanti della situazione, che consenta il riconoscimento dei reciproci ruoli e interazioni necessarie; condizioni queste che sono possibili solo in pre-

senza di un ascolto reale che permetta un allineamento degli interessi.

Al livello di maggiore complessità, che potremmo definire di tipo 3, si cominciano a costruire proposte e programmi comuni, seppure con una chiara distinzione nei ruoli e nelle responsabilità. Le diverse agenzie mantengono autorità chiaramente distinte ma, per comuni obiettivi di medio-lungo periodo, identificati e costruiti insieme, mettono in comune delle risorse, decidono e si ristrutturano correndo insieme dei rischi: ne consegue la necessità di una maggiore struttura formale dell'alleanza. L'autore definisce sinteticamente questo livello con il termine di coordinamento. Coordinare piani operativi co-costruiti fra professionisti appartenenti a diverse agenzie o istituzioni richiede, oltre alle precedenti attenzioni, una interdipendenza fra coloro che sono coinvolti nell'attività ed un comportarsi di conseguenza rispetto all'agire dell'altro.

Al livello più alto, che l'autore definisce di collaborazione, le "agenzie" coinvolte si riorganizzano, almeno in parte, in nuove strutture con ruoli formalmente separati rispetto all'istituzione originaria, per perseguire "mission" e incarichi comuni. Seppure i livelli di "potere" possano essere non ugualmente distribuiti fra le diverse agenzie di riferimento tutte condividono rischi ed opportunità e la reciprocità genera il necessario senso di appartenenza.

A tutti i livelli, ma soprattutto in questi ultimi a maggiore complessità, l'autore sottolinea la responsabilità delle agenzie e istituzioni che costruiscono la partnership nel rendersi sempre interpreti degli interessi della comunità, producendo sinergie che aumentino il radicamento a

livello dei luoghi dove si costruiscono le politiche locali. Solo questa continua attenzione permetterà infatti la costruzione nella comunità di capitale sociale aumentando le possibilità di interazione con le istituzioni che ne organizzano la vita.

Parlare di alleanze community-based (Butterfoss, 2007) o bottom-up (Sidell, 1997) riporta invece alle riflessioni sul concetto di mobilitazione e sulle strategie utili a perseguirla (Lemma, 2018): ma questa è un'altra storia e la si racconterà un'altra volta.

#### Bibliografia

- Bateman N (2000). *Advocacy skills for health and social care professionals*. Jessica Kingsley, London.
- Bronfenbrenner U (1981). *On Making Human Beings Human*. SAGE Publications Ltd., London.
- Butterfoss FD (2007). *Coalitions and Partnerships in Community Health*. Jossey-Bass Wiley, San Francisco.
- Lemma P (2018) *Promuovere salute: principi e strategie*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore
- Sidell M (1997). *Partnerships and Collaborations: The Promise of Participation*. In: Jones L, Sidell M (eds.) *The Challenge of Promoting Health - Exploration and Action*. The Open University, Bristol.
- World Health Organisation (WHO) (1999), *Health Promotion Glossary*. Who, Geneva.

*Patrizia Lemma  
Dipartimento di Scienze della  
Sanità Pubblica e Pediatriche  
Università degli Studi di Torino*



La disponibilità di un testo sulla salutogenesi in lingua italiana rappresenta una risorsa per facilitare il dialogo tra contesto italiano e studi ed esperienze promossi dalla International Union for Health Promotion and Education.

La guida costituisce un contributo significativo per una riflessione “su cosa genera salute” e su come individuo e società possano svilupparla. A partire dalla declinazione di concetti chiave il testo illustra prospettive e strategie che favoriscono lo sviluppo di capacità e risorse che ogni soggetto e ogni comunità possiede e può mobilitare al fine di condurre una vita attiva, produttiva e dotata di significato. Una netta differenziazione dalla modalità, ancora dominante, di considerare i problemi di salute a partire da malattie e malessere. Sottolineiamo la rilevanza dell’elaborazione culturale di coniugare il pensiero e il framework salutogenico di Antonovsky a valori, principi e dimensioni essenziali della promozione di salute quale l’empowerment, la costante ricerca di benessere e qualità della vita, nonché il riconoscimento della centralità dei determinanti di salute per costruire un progetto positivo di società.

La Guida è un utile strumento per arricchire la comprensione concettuale, teorica e pratica della promozione della salute e a rafforzare la strada per la ricerca futura e l’operatività. La lettura è consigliata non solo ai professionisti della ricerca in sanità pubblica e promozione della salute e dei servizi-socio-sanitari ma anche a quanti agiscono per l’empowerment e la partecipazione dei cittadini in favore di politiche pubbliche di salute.

Il volume è arricchito da un’Appendice che riporta il questionario SOC 13 validato in lingua italiana, curato dal gruppo di lavoro del professor Paolo Contu.

**Per informazioni: [rivistecespes@gmail.com](mailto:rivistecespes@gmail.com)**

A cura di  
Filippo Antonio Bauleo e Alfredo Notargiacomo

## Distretto e cure primarie

Strategie ed esperienze  
per la nuova sanità pubblica



In collaborazione con



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Nel 1978, esattamente quattro decenni fa, 134 Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 67 agenzie internazionali e organizzazioni non governative, riuniti nella conferenza di Alma Ata, convennero su un elemento fondante: la primary health care costituiva l'unica strategia per raggiungere "la salute per tutti". La politica sanitaria di Alma Ata coniugava salute, diritti umani, giustizia sociale per rendere universalmente accessibili i servizi sanitari essenziali. La primary health care garantiva il contesto concettuale e organizzativo per strutturare i servizi sanitari, dalle famiglie agli ospedali, dalla prevenzione alla cura. Oggi, essa torna al centro dell'attenzione della sanità pubblica come sottolineato già nel 2008 nel World Health Report dell'OMS Primary health care, now more than ever. Centro delle cure primarie, Il Distretto, il territorio, nella visione di chi scrisse la nostra Riforma sanitaria, anch'essa 40 anni fa, deve costituire il luogo dove il cittadino trova le risposte ai propri bisogni di salute.

Il volume presenta una selezione di articoli pubblicati sulla rivista "Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute" nel periodo 2011 – 2017: da professionisti e studiosi di Emilia Romagna, Friuli, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana e Umbria esperienze e riflessioni per sostenere e migliorare il Servizio Sanitario Nazionale.

Esperienze significative: sanità d'iniziativa, gestione integrata della cronicità, mappatura della fragilità, azioni di comunità nel progetto Microaree, Information Communication Technology e servizi integrati domiciliari, infermiere delle cure primarie, educazione terapeutica del caregiver, ospedale di comunità. Per una nuova sanità pubblica centrata su: distretto, casa della salute, partecipazione della comunità, promozione della salute e continuità delle cure.

Una lettura raccomandata a tutti gli attori della sanità e, in particolare, ai professionisti dei servizi territoriali, sollecitati a elaborare e adottare buone pratiche per l'integrazione, la partecipazione e l'equità e a produrre report delle tante significative esperienze nelle nostre regioni.

**Per informazioni: [rivistecespes@gmail.com](mailto:rivistecespes@gmail.com)**



L'idea di scrivere un libro nasce nella testa dell'autore qualche tempo dopo il pensionamento; cessata una fase assai intensa della vita volge, forse per la prima volta, la testa al passato. E scorge la quantità di case che ha abitato, tutte in luoghi diversi, sia pure in una stessa piccola regione; ed i tanti ambienti che ha visto nelle diverse situazioni che ha vissuto in una vita caratterizzata da un intenso peregrinare, un andare continuo durato poco meno di ottant'anni, due terzi del secolo breve ed oltre una decina del successivo ancora più svelto. E quindi descrive questo tragitto immaginando una sorta di pièce teatrale, divisa in quattro tempi, luoghi di riferimento della sua casa principale: Terni, Umbertide, Stroncone, Perugia. E di ciascuno racconta l'ambiente e le persone, le esperienze. Con un tratto di penna leggero e colori tenui disegna immagini a volte ben definite talora solo abbozzate. E così passo passo si dipana l'intera vita, in un susseguirsi di situazioni di maggiore intensità. Coloro che hanno vissuto lo stesso periodo facilmente si riconosceranno nelle situazioni e nei personaggi descritti. Ogni giorno appare migliore del precedente, l'esperienza di ieri è il viatico per il domani, un continuum di progressivi avanzamenti, nella conoscenza, nel lavoro, nella famiglia, con gli amici, nello svago. Bene e meno bene, bello e brutto sono intrinsecamente legati, sale e zucchero della vita; questa è la sigla del libro. Un invito all'ottimismo che deriva dall'esperienza accumulata, dalla II guerra mondiale al nuovo secolo. Ma tutto si tiene e la visione dell'autore esprime un ottimismo contenuto, perché la vita è comunque bella, degna di essere vissuta.

# la salute umana

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del  
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA  
tel. 075 585.7357 / <http://cespes.unipg.it>



EDIZIONE E DIFFUSIONE  
Cultura e Salute Editore Perugia  
Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Questo numero è composto da due Sezioni. La Sezione I è dedicata al Covid-19 e contiene analisi e commenti tratti da Salute Internazionale.info, coordinato da Gavino Maciocco. Le riflessioni sue e dei suoi collaboratori, distinte per la ricchezza, sensibilità e profondità, ci sollecitano interrogativi: “Quale SSN dopo la pandemia da Coronavirus? Quale società?” “Non era mai accaduto che il mondo improvvisamente si fermasse a causa della circolazione di un virus. Il quale ci ha ricordato che il mondo non è così controllabile, come credevamo. Il quale ci ha fatto scoprire molto più fragili e indifesi di quanto pensassimo. Speriamo di uscirne migliori”.

Nella seconda Sezione il Dossier programmato con Giuseppe Fattori “Social Media e Promozione della Salute” che contiene i documenti sui quali Fattori, presidente del Coordinamento nazionale Marketing Sociale e docente all’Università di Bologna, ha scritto e reperito collaborazioni e materiale. La rivoluzione digitale porta con sé novità e trasformazioni che stanno cambiando anche la “galassia salute”. Le nuove piattaforme trasformano il modo in cui i cittadini e gli operatori sanitari interagiscono quotidianamente; usate in modo corretto rappresentano una nuova opportunità per costruire comunità sostenibili e riorientare i comportamenti.