

FILIPPO **ANELLI** ALESSANDRA PAOLA **AGHISLERI**

DANIELA **D'ANGELO** BARBARA **POLISTENA** FEDERICO **SPANDONARO**

MARCO **TARQUINIO** GIUSEPPE **COGLIOLO** SILVIA **BENCIVELLI**

LUCIANO **FASSARI** ROBERTA **VILLA**

# sanità *e* com unica zione

Comunicare la sanità nella società connessa  
tra crisi del sistema ed emergenze



FNOMCeO





**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

© 2024, Kibrit & Calce srl

© 2024, FNOMCeO

Questo volume è una coedizione  
di FNOMCeO  
Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
e Kibrit & Calce srl

**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Via Ferdinando di Savoia 1 - 00196 - Roma  
[www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it) - [segreteria@fnomceo.it](mailto:segreteria@fnomceo.it)

## *Ringraziamenti*

Desidero esprimere la mia più sincera gratitudine a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo volume. Un ringraziamento speciale va agli autori, per la qualità e la profondità dei loro contributi, e allo staff della FNOMCeO, il cui impegno e dedizione sono stati fondamentali per il successo di questo progetto. Ringrazio tutto il Comitato Centrale della FNOMCeO e tutti i presidenti del Consiglio nazionale, senza i quali questa pubblicazione non sarebbe stata possibile. Grazie di cuore a tutti.

*Filippo Anelli*  
Presidente FNOMCeO

## Indice

### *Filippo Anelli*

La comunicazione di FNOMCeO per sensibilizzare cittadini e decisori politici rispetto ai temi cruciali della salute e della Sanità [9](#)

### *Alessandra Paola Ghisleri*

Comunicare la Sanità e la Salute in modo efficace.  
Le campagne di comunicazione della FNOMCeO e la loro percezione da parte dell'opinione pubblica [27](#)

L'attenzione degli italiani verso le campagne di comunicazione sanitaria [28](#)

L'efficacia delle campagne di comunicazione promosse da FNOMCeO [33](#)

La comunicazione in ambito sanitario tra presente e futuro [41](#)

### *Daniela d'Angela, Barbara Polistena, Federico Spandonaro*

Raccontare la Sanità attraverso i dati: perché e come [45](#)

Introduzione [46](#)

La genesi dei dati [48](#)

L'utilizzo dei dati: Assessment vs Appraisal [53](#)

Health literacy: il ruolo dei professionisti [55](#)

### *Marco Tarquinio*

Il ruolo della stampa generalista nella divulgazione medico-scientifica [59](#)

Premessa [60](#)

Stampa, medici e categorie deboli [61](#)

Stampa specializzata, stampa generalista, medici giornalisti [62](#)

La pandemia [63](#)

La Sanità pubblica [66](#)

Informazione, medicina ed Europa [68](#)

La buona informazione e la medicina che fa e ispira [70](#)

### *Giuseppe Cogliolo*

Comunicare la salute nell'era dell'incertezza.  
Le esperienze internazionali [73](#)

Europa e Italia	<a href="#">74</a>
E oggi ?	<a href="#">74</a>
Comunicare significa mettere in comune	<a href="#">75</a>
Cosa abbiamo imparato?	<a href="#">78</a>
Un apparente paradosso	<a href="#">79</a>
Il digitale rende efficiente l'assistenza sanitaria	<a href="#">81</a>
Salute mentale. Come usare le parole	<a href="#">85</a>
E in Italia? Il nostro Sistema Sanitario Nazionale. Un modello in crisi	<a href="#">95</a>
<i>Silvia Bencivelli</i>	
Health literacy, ovvero sapere è potere: la comunicazione della salute in un mondo che cambia	<a href="#">99</a>
<i>Luciano Fassari</i>	
Come cambia il ruolo del medico e la sua immagine nella società ipertecnologica di oggi	<a href="#">111</a>
L'età aurea e la sua fine	<a href="#">112</a>
Un medico solo, in trincea	<a href="#">114</a>
Un futuro è possibile	<a href="#">115</a>
Ripensare il rapporto con il paziente	<a href="#">116</a>
Una crisi non solo italiana	<a href="#">118</a>
La tecnologia amica o nemica?	<a href="#">122</a>
<i>Roberta Villa</i>	
Comunicare la scienza ai tempi del Covid-19	<a href="#">125</a>
Il ruolo della comunicazione	<a href="#">127</a>
Prima di tutto, l'ascolto	<a href="#">129</a>
Un decalogo per la comunicazione delle pandemie	<a href="#">133</a>
<i>Gli Autori</i>	<a href="#">139</a>



La comunicazione di FNOMCeO  
per sensibilizzare cittadini e decisori politici  
rispetto ai temi cruciali della salute  
e della Sanità

*Filippo Anelli*

## *Introduzione*

Nel 2017 usciva il volume “Comunicare la Sanità”, con cui l’Ordine dei medici di Bari intendeva esplorare con un taglio divulgativo il tema della comunicazione pubblicitaria in ambito sanitario. All’epoca, nel contesto italiano il binomio comunicazione e medicina veniva inteso essenzialmente nella dimensione della comunicazione interpersonale tra medico e paziente. Non erano molti i testi - e prevalentemente avevano un taglio accademico - che indagassero come i grandi temi della medicina e della salute venissero veicolati ai cittadini da parte delle istituzioni.

A distanza di 7 anni lo scenario del servizio sanitario, dei bisogni di salute dei pazienti, delle tecnologie a disposizione dei medici è profondamente cambiato. Di mezzo c’è stata una pandemia, che ha evidenziato come durante un’emergenza sanitaria la comunicazione verso i cittadini svolga un ruolo cruciale (approfondisce proprio questo tema il bel contributo di Roberta Villa contenuto in questo volume).

Eppure, scorrendo i testi in lingua italiana, continuano a non essere molti i saggi dedicati nello specifico alla comunicazione in ambito sociosanitario.

Per queste ragioni il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, che ho l’onore di presiedere, ha deciso di promuovere la pubblicazione di un libro che approfondisce questo tema, mettendo a frutto anche le numerose esperienze che la FNOMCeO ha portato avanti in questi ultimi anni, utilizzando in modo costante e sistematico la comunicazione pubblicitaria per sensibilizzare i cittadini rispetto ai temi cruciali della salute e della Sanità.

La Federazione, attraverso il suo Consiglio, ha infatti svolto un ruolo di primo piano in difesa della professione medica, del Servizio Sanitario Nazionale e della salute dei cittadini. Lo ha fatto con

una costante azione di sensibilizzazione, di indirizzo e pressione politica. Ma lo ha fatto anche attivando campagne pubblicitarie e di informazione su diversi media e in diverse forme, rivolgendosi ai medici, all'opinione pubblica e ai decisori politici.

Mi piace ricordare una delle ultime campagne che abbiamo lanciato a livello nazionale, in occasione della Giornata contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari, in cui una dottoressa con il volto tumefatto e coperto da lividi guardando lo spettatore dice: "Volevo fare il medico per salvare vite, e a stento ho salvato la mia: diciamo basta". Poi una voce fuori campo commenta: "Gli abbandoni della professione medica per le aggressioni subite sono in continuo aumento. E il cittadino rimane senza cure".

E infatti nell'ultima scena si vede un pronto soccorso deserto, mentre un paziente si aggira per le stanze vuote cercando aiuto. Le continue aggressioni sono uno dei motivi per i quali sempre più medici abbandonano il Servizio Sanitario Nazionale, per il privato, l'estero, la libera professione, il prepensionamento.

Con questa campagna la FNOMCeO ha scelto immagini forti per lanciare un messaggio ancora più forte: alla fine, chi rimane vittima di questa ondata di violenza è proprio il cittadino, che rischia di rimanere senza cure. Perché, come dicevamo in una delle nostre prime campagne sul tema, chi aggredisce un medico aggredisce se stesso.

Questa attività di comunicazione ha infatti sempre avuto tra gli obiettivi il consolidamento del rapporto di fiducia medico-paziente, architrave del nostro sistema sanitario, duramente messo alla prova da ragioni di ordine culturale, politico, economico e organizzativo.

Il ruolo sociale del medico - che contribuisce a consolidare la nostra democrazia, basata proprio sul riconoscimento dei diritti, sul rispetto delle libertà individuali e della dignità umana - non può oggi prescindere dagli aspetti comunicativi, sia a livello inter-

personale (nella relazione di cura con il paziente) che verso i cittadini e la comunità in generale. Anche alla luce di questo fattore, il rapporto medico-paziente va rivisto, perché è cambiata la società, sono mutate le esigenze dei cittadini, è cresciuta la consapevolezza rispetto ai loro diritti.

È diverso il modo stesso di attuare la medicina: le nuove tecnologie, l'intelligenza artificiale, i progressi straordinari della ricerca hanno spalancato nuovi scenari inimmaginabili solo pochi anni fa, modificando le aspettative di medici e pazienti e la relazione di cura. Su come sia cambiato il ruolo del medico e la sua immagine nella società nel corso del tempo si è concentrato l'intervento di Luciano Fassari contenuto in questo volume.

Come accennato, la pandemia ha avuto un impatto dirompente in diversi ambiti, incluso quello della comunicazione della salute e della sanità. L'epidemia da Covid-19 e l'infodemia che l'ha accompagnata hanno infatti riportato all'attenzione dei media e dei policy makers l'importanza svolta dalla health literacy nella tutela della salute pubblica.

Al rapporto tra media e alfabetizzazione sanitaria nella società connessa di oggi è dedicato l'interessante intervento di Silvia Bencivelli, mentre a Marco Tarquinio è stato affidato il delicato compito di spiegare quale sia il ruolo della stampa generalista nella divulgazione scientifica.

Durante il periodo pandemico i media hanno bombardato l'opinione pubblica, oltre che di notizie, anche di dati - a partire dal tragico conteggio giornaliero dei morti. In un'epoca storica in cui si dispone di un'inedita mole di informazioni digitali, misurabili e processabili tramite algoritmi, i dati rappresentano un efficace strumento per raccontare (e interpretare) la realtà, anche sul fronte sanitario. Purché si raccolgano e interpretino in modo corretto e quindi se ne faccia un uso appropriato anche in termini comunicativi, come spiegano bene Federico Spandonaro, Daniela

d'Angela e Barbara Polistena, nel loro prezioso intervento, raccontando l'esperienza di C.R.E.A. Sanità.

Infine, sul fronte delle campagne di sensibilizzazione e informazione della FNOMCeO, abbiamo chiesto ad Alessandra Ghisleri di EuroMedia Research di condurre una indagine – i cui risultati trovate sintetizzati in questo saggio – per comprendere come siano state accolte le iniziative di comunicazione in ambito sanitario e, in particolare, come siano state recepite quelle della Federazione da parte della popolazione.

Si tratta di risultati positivi per noi e per l'agenzia Kibrit & Calce che ci ha affiancato riuscendo a rispondere con soluzioni creative al bisogno di dialogare con i medici, le istituzioni e la cittadinanza. Insomma, siamo sulla buona strada, poiché quanto emerso dall'indagine di EuroMedia Research conferma l'efficacia della strategia adottata dalla Federazione: usare la comunicazione come strumento per rafforzare i principi cardine della professione rivolgendosi da una parte ai cittadini, ai quali è stato essenziale far comprendere che difendere i valori professionali significa tutelare il loro diritto alla salute, senza scadere in logiche corporative; dall'altra parte, al mondo politico e istituzionale, che nel corso degli anni, con politiche orientate esclusivamente al risparmio, ha gradualmente indebolito la figura del medico e il suo prestigio sociale.

È soltanto attraverso il consolidamento dell'autorevolezza e della credibilità della professione e degli Ordini, frequentemente oggetto di critiche e tentativi di delegittimazione negli ultimi anni, che si potrà effettivamente salvaguardare la salute dei cittadini.



OLTRE UN MILIONE  
I GUARITI DAL COVID

# OGNI VITA CONTA

GRAZIE ANCHE A CENTINAIA  
DI MEDICI CHE HANNO  
DATO LA VITA PER SALVARLI



**FNOMCeO**  
Federazione Nazionale  
degli Ordini dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri



OLTRE UN MILIONE  
I GUARITI DAL COVID

# OGNI VITA CONTA

GRAZIE ANCHE A CENTINAIA  
DI MEDICI CHE HANNO  
DATO LA VITA PER SALVARLI



**FNOMCeO**  
Federazione Nazionale  
degli Ordini dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri

## *Ogni vita conta: un omaggio al sacrificio dei medici durante la pandemia*

“Oltre un milione i guariti dal virus. Centinaia i medici che hanno dato la vita per salvarli”. Si conclude così il video della campagna, promossa dalla FNOMCeO a fine 2020 “Ogni vita conta” che vuole rendere omaggio ai tanti medici che hanno dato la vita per combattere l’epidemia di Covid-19.

Sono loro che hanno permesso a quasi un milione e duecentomila persone di guarire, in una pandemia che ha fatto fermare il mondo, e che ha continuato a mietere vittime sia tra la popolazione che tra gli operatori sanitari. Sono loro che sono scesi in prima linea a combattere un alieno, un virus, ignoto al nostro sistema sanitario. Sono loro che hanno giurato di difendere la vita, ‘perché ogni vita conta’, e che non si sono risparmiati, nei reparti e sul territorio, per salvare il numero più alto di pazienti. Ospedalieri, Pediatri, Specialisti ambulatoriali, Medici di famiglia, di continuità assistenziale, delle USCA, del 118, delle RSA, Odontoiatri: tutti si sono impegnati, ciascuno per la propria parte, per l’obiettivo comune di contenere gli effetti devastanti della pandemia.

Solo con il lavoro sinergico di tutti e con l’impegno di ognuno siamo riusciti a contrastare il diffondersi del Coronavirus.

Il video è anche un omaggio a tutti coloro che non ce l’hanno fatta. A tutti quegli italiani portati via dal SARS-CoV-2, al nostro essere comunità che si stringe attorno ai propri morti e trova la forza di andare avanti, medici e cittadini, insieme.



*“Ogni vita conta”, campagna di sensibilizzazione sul sacrificio dei medici durante la pandemia.*



**L'80% DEGLI ITALIANI HA FIDUCIA NEI MEDICI**

**SOSTENIAMOLI CON PIÙ RISORSE, PIÙ PERSONALE.  
PER GARANTIRE LA SALUTE DI TUTTI.**



**FNOMCeO**  
Federazione Nazionale  
degli Ordini dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
[www.fnomeeo.it](http://www.fnomeeo.it)

## *Milioni: un tributo all'impegno dei medici*

“Che cosa sono milioni e milioni di notti in bianco? Niente”. Si apre così, con l'immagine di un cielo stellato e poi con quella di una donna alla finestra che guarda un'operazione di soccorso, lo spot della FNOMCeO intitolato “Milioni”, come i turni infiniti, come gli adempimenti burocratici, come le ore di straordinario non pagate, di ferie non fruito, le giornate passate “prigionieri di protezioni soffocanti”, le chiamate e i messaggi a qualunque ora.

Le lacrime versate per chi non ce l'ha fatta. Eppure, cos'è tutto questo? “Niente – risponde la voce narrante -. Tutto questo è niente, di fronte a una sola vita salvata”. “Se, nonostante le carenze del sistema sanitario, i medici sono così amati, è perché sanno cosa conta davvero”: è questo il messaggio, mentre una scritta ricorda che l'80% degli italiani ha fiducia nei medici. “Diamo forza al lavoro dei medici – conclude la voce narrante -. Sosteniamoli. Con più risorse, più personale, più strutture. Per garantire la salute di tutti”. Abbiamo scelto un registro emozionale, coinvolgente, con immagini ad alto impatto nelle quali ciascuno, sia un medico oppure un paziente, può immedesimarsi. Allo stesso tempo, queste immagini così toccanti rispecchiano la cruda realtà: già nel 2018 avevamo quantificato in mezzo miliardo di euro il valore degli straordinari effettuati dai medici ospedalieri oltre il tetto massimo, e per questo non retribuiti, e in un miliardo di euro il ‘risparmio’ dello Stato per il mancato turnover. Una situazione che ora si è aggravata, provocando un disagio profondo.



*“Milioni”, campagna di sensibilizzazione sull'impegno e il valore della professione medica.*



NEL 2018 GLI OPERATORI SANITARI IN ITALIA  
HANNO SUBITO **1200** AGGRESSIONI\*

# E POI, LA VITA CHI TE LA SALVA?

CHI AGGREDISCE UN MEDICO FERISCE TUTTI NOI.  
CHIUDIAMO QUESTA FERITA PER SEMPRE.

© 2018 ANSA / A3 / G. DI NUNNO


 Ordine dei Medici  
Chirurghi e Odontoiatri  
della Provincia di Bari  
[www.omceco.bari.it](http://www.omceco.bari.it)


**FNOmCeO**  
Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
[www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)



NEL 2018 GLI OPERATORI SANITARI IN ITALIA  
HANNO SUBITO **1200** AGGRESSIONI\*

# E POI, LA VITA CHI TE LA SALVA?

CHI AGGREDISCE UN MEDICO FERISCE TUTTI NOI.  
CHIUDIAMO QUESTA FERITA PER SEMPRE.

© 2018 ANSA / A3 / G. DI NUNNO


 Ordine dei Medici  
Chirurghi e Odontoiatri  
della Provincia di Bari  
[www.omceco.bari.it](http://www.omceco.bari.it)


**FNOmCeO**  
Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
[www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)

### *E poi, la vita chi te la salva?: uno spot per riavvicinare medici e pazienti*

“E poi, la vita chi te la salva?” è il claim della campagna del 2020 dedicata al tema della violenza contro gli operatori sanitari, Riavvicinare medici e pazienti, colmando la distanza che si è creata negli ultimi anni e ristabilendo la fiducia è uno dei più efficaci deterrenti rispetto agli episodi di violenza. “Chi aggredisce un medico ferisce tutti noi. Chiudiamo questa ferita per sempre”, recita lo spot che racconta la storia di tre pazienti: c’è la mamma che può tornare a riabbracciare la figlia dopo essere guarita da un tumore, l’uomo sopravvissuto a un infarto e il ragazzo che ha avuto un male sul campo da calcio.

Tutti si sono salvati, grazie a un medico che ha saputo intervenire con prontezza e professionalità.

La ferita sociale, evocata dall’headline, è quella delle aggressioni, un tema su cui la FNOMCeO insiste da anni e che ha ormai assunto l’aspetto di una vera e propria emergenza.

La violenza è problema che condiziona sempre di più l’attività di medici, infermieri e operatori sanitari, impedendo di fatto al sistema di rispondere in modo efficace ai bisogni di salute dei cittadini. Per questo, chi aggredisce un medico danneggia tutta la comunità, o, per usare le parole dello spot, “Chi aggredisce un medico ferisce tutti noi”.



*“E poi, la vita chi te la salva?”, campagna di sensibilizzazione contro la violenza sui medici.*



www.fnomceo.it

I MEDICI ITALIANI SONO IN FUGA

# TROPPE AGGRESSIONI.

Diciamo basta.

SALVIAMO IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
DICIAMO BASTA ALLA VIOLENZA CONTRO I MEDICI.



FNOMCeO  
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

*Abbandono: un'accusa verso un sistema  
che non protegge i medici*

“Volevo fare il medico per salvare vite, e a stento ho salvato la mia: diciamo basta”. A pronunciare questa drammatica frase, una dottoressa con il volto tumefatto e coperto da lividi. È lei la protagonista della campagna della FNOMCeO, lanciata nel 2024 alla vigilia della Giornata contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari. “Nemmeno ricordo come sia iniziata – riflette il medico nello spot che è stato diffuso sui social della Fnomceo – continuava a picchiarmi. Credevo di morire”.

“Gli abbandoni della professione medica per le aggressioni subite – commenta una voce fuori campo – sono in continuo aumento. E il cittadino rimane senza cure”. E infatti nell’ultima scena si vede un pronto soccorso deserto, mentre un paziente si aggira per le stanze vuote cercando aiuto. “Salviamo il Servizio sanitario nazionale – è il claim conclusivo – diciamo basta alla violenza contro i medici”. Le continue aggressioni sono uno dei motivi per i quali sempre più medici abbandonano il SSN, per il privato, l’estero, la libera professione, il prepensionamento. Abbiamo scelto immagini forti per lanciare un messaggio ancora più forte: alla fine, chi rimane vittima di questa ondata di violenza è proprio il cittadino, che rischia di rimanere senza cure. Perché, come dicevamo in una delle nostre prime campagne sul tema, chi aggredisce un medico aggredisce se stesso.



*“Troppe aggressioni”, campagna di sensibilizzazione contro la fuga dei medici dal Sistema Sanitario Nazionale.*

FONDI TAGLIATI, ASSUNZIONI BLOCCATE.  
**SIAMO INVISIBILI**



SENZA MEDICI  
NON C'È PIÙ IL SSN.  
CHIEDIAMO PIÙ RISORSE,  
PIÙ PERSONALE.  
PER GARANTIRE LA SALUTE  
DI TUTTI.

[www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)

 **FNOMCeO**  
Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



### *Invisibili: una denuncia dei molti problemi del SSN che nessuno vuole vedere*

Per la politica i medici sono invisibili. È la denuncia avanzata dalla campagna “Invisibili”, lanciata nel 2022. Il video mostra un medico con indosso tuta e dispositivi di protezione anti-Covid, che lentamente si spoglia. Mano a mano che gli indumenti si ammucchiano sul pavimento, la figura scompare e noi ci rendiamo conto che il medico è “invisibile”, come il protagonista del romanzo di H.G Wells.

Invisibile, come i molti problemi del SSN che nessuno vuole vedere e che il video puntualmente elenca: fondi tagliati, strutture antiquate, assunzioni bloccate, carenze di personale che costringono i medici in servizio a fare milioni di ore di straordinario.

Dal 2019 al 2021 hanno abbandonato l'ospedale circa 9.000 camici bianchi per dimissioni volontarie, perché il peggioramento delle condizioni di lavoro porta molti professionisti a voler fuggire dal SSN. Una condizione strutturale di lungo periodo, le cui ricadute sono però esplose proprio in fase pandemica.

Secondo l'indagine condotta dall'Istituto Piepoli per FNOMCeO lo stato di salute psico-fisica dei medici è peggiorato in periodo Covid: il 71% ha avvertito una crescita di stress, mentre 1 su 10 ha addirittura riscontrato problemi di salute che prima non aveva. Affinché i medici cessino di essere come l'Uomo Invisibile, occorre però sostenere “il servizio sanitario nazionale con più risorse e più personale, per garantire la salute di tutti”.

Un chiaro appello alla politica affinché riporti la sanità pubblica al centro dell'agenda.



*“Invisibili”, campagna di denuncia delle carenze del Sistema Sanitario Nazionale.*



www.fnomceo.it

# C'È CHI DEL MEDICO HA SOLO LA MASCHERA.

**DIFFIDA DEI TUTTOLOGI. AFFIDATI ALLA SCIENZA, AFFIDATI AI MEDICI.  
PER TUTELARE LA SALUTE DI TUTTI.**



**FNOMCeO**  
Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri



### *Maschere: un invito a guardarsi dai tuttologi e affidarsi alla professionalità dei medici*

Interno giorno. Un uomo e una donna, a pranzo, ridono, scherzano, si rilassano. All'improvviso, il dramma: l'uomo si porta una mano alla fronte, contrae il viso in una smorfia di dolore, si accascia. Istantiva la reazione della sua compagna: chiede aiuto. L'aiuto di un medico.

È questo l'incipit dello spot "La maschera", lanciato da FNOMCeO nel 2021 per mettere in guardia contro i "tuttologi", e invitare ad affidarsi, invece, a chi ha le competenze per curare e per parlare di salute e scienza. I medici, appunto.

Un tema importante, soprattutto in tempi di pandemia e in un contesto in cui i social – ma anche, a volte, i media più tradizionali – possono diventare terreno fertile per i falsi esperti e i fenomeni di disinformazione.

Nello spot, a rispondere all'appello, infatti, sono, in un primo tempo, varie figure che, col volto coperto proprio da una maschera, dicono la loro, esprimendo le opinioni più strambe su come guarire il malcapitato. Ma tutto è bene quel che finisce bene.

Finalmente interviene un medico vero, mentre una voce fuori campo avverte: "Un medico ha studiato dai 9 agli 11 anni per curarti; a un esperto di tutto, invece, sono bastati cinque minuti".

La campagna punta così a valorizzare l'esperienza dei professionisti della salute. Ed esorta i cittadini ad affidarsi ai medici e alla scienza quando in gioco è il proprio benessere e la propria vita.



*"Maschere", campagna di sensibilizzazione sul valore della professione medica.*



Comunicare la Sanità e la Salute in modo efficace.

Le campagne di comunicazione  
della FNOMCeO e la loro percezione  
da parte dell'opinione pubblica

*Alessandra Paola Ghisleri*

### *L'attenzione degli italiani verso le campagne di comunicazione sanitaria*

La comunicazione in qualsiasi ambito riveste un'importanza fondamentale oltre che decisiva nel realizzare realtà coinvolgenti ed evolutive, tese a definire progetti di vita e professionali. In particolar modo esistono ambiti, come quello della Salute e della Sanità, dove una comunicazione efficace, empatica, onesta e trasparente rappresenta la condizione indispensabile per il buon esito di percorsi di lavoro che sollecitino collaborazioni tra diversi protagonisti del campo.

In generale la buona capacità di saper comunicare nel mondo della Salute concede l'occasione di aumentare la conoscenza e la consapevolezza sulle diverse sfaccettature che offre l'argomento, favorendo l'azione e illustrando scenari spesso sottovalutati. "Comunicare" quindi per informare e sensibilizzare. Con la pandemia causata dal diffondersi del Covid-19 tutti hanno compreso bene le fragilità nei confronti del tema sanitario; da allora, infatti, l'argomento ha scalato la classifica delle priorità monitorate ed elencate dai cittadini nei report dei sondaggi settimanali.

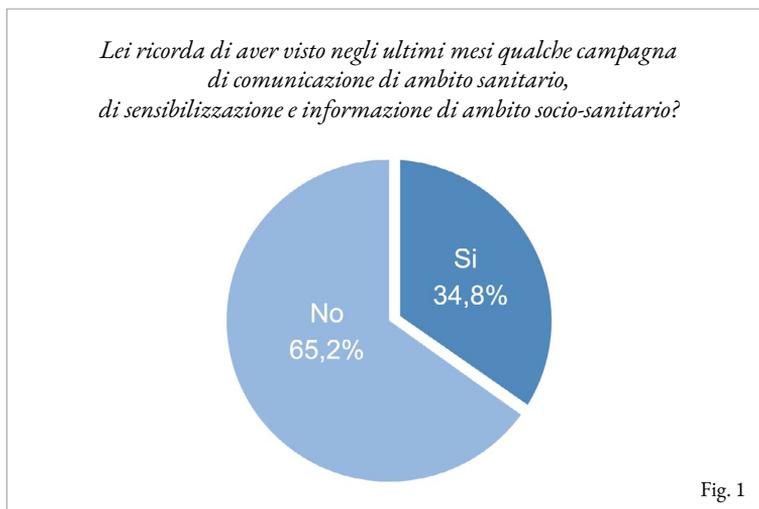
Nelle risposte registrate durante le rilevazioni effettuate dall'Istituto di Ricerca Euromedia Research nel mese di giugno 2024, poco meno di un cittadino su 3 (31,7%) indica la Sanità come una delle più importanti precedenze su cui il Governo dovrebbe concentrarsi (fonte: banca dati Euromedia Research); e il dato risulta sempre in crescita. Del periodo del lockdown e dell'emergenza Covid-19 sono rimaste celebri le immagini degli operatori sanitari impegnati nella estenuante lotta al virus, le famose foto dei corridoi d'ospedale, dei visi tumefatti dalle mascherine e gli abbracci e i pianti dei medici e degli infermieri durante le infinite ore di lavoro. È stato proprio in quel periodo che giornalisti, televisioni, presentatori tv, e infine politici promisero e annunciarono che nulla

sarebbe stato più come prima per ciò che concerne la gestione del rapporto lavorativo degli operatori sanitari che da lì in poi avrebbero ricevuto un trattamento ben diverso da quello del passato, in termini di ore lavorate e remunerazione. In quello spazio temporale sembrava che si fosse ben compreso il ruolo e l'importanza del personale sanitario tutto, nel suo insieme.

Eppure, molte promesse sono state tradite. Da allora tra la gente continua ad esistere una buona sensibilità e attenzione verso la medicina, la professione medica e la Sanità. In una ricerca realizzata da Euromedia Research tra 1.000 cittadini italiani (errore statistico pari al 3,0%) durante il mese di giugno 2024, il 34,8% degli intervistati ricorda diverse campagne pubblicitarie di sensibilizzazione e informazione di ambito socio-sanitario (Fig. 1).

I ricordi si riscontrano con maggior frequenza tra gli uomini, tra coloro che hanno una età compresa tra i 25 e i 64 anni e tra coloro che abitano nel Nord Ovest e nel Sud del Paese.

Tra le menzioni maggiormente citate affiorano tutti temi legati alla prevenzione e alla sensibilizzazione legata a diverse patologie.





generazioni, tra coloro che – purtroppo – hanno trascorso parte della loro adolescenza “bombardati” mediaticamente da informazioni (e restrizioni) che avevano come assoluto protagonista il Covid-19. Sempre nella medesima ricerca il Ministero della Salute viene riconosciuto dal 68,6% del campione come l’attore principale, come l’Ente dal quale dovrebbe avere origine una comunicazione sanitaria adeguata ed efficace in grado di coinvolgere il maggior numero possibile di cittadini (Tab. 1).

A seguire le Aziende sanitarie locali (39,9%), i medici di base (37,8%), i diversi presidi Ospedalieri (Policlinici, Istituti di ricerca e cura...) (23,3%), gli Assessorati alla Salute (21,8%).

*Secondo Lei chi dovrebbe operarsi per fornire una comunicazione sanitaria adeguata ed efficace che coinvolga il maggior numero possibile di cittadini?*

AMMESSE RISPOSTE MULTIPLE

ER TAV 1/2	TOTALE CAMPIONE	GENERE		ETA'				AREA DI RESIDENZA			
		DONNE	UOMINI	18-24 ANNI	25-44 ANNI	45-64 ANNI	Over 65 ANNI	NORD OVEST	NORD EST	CENTRO	SUD E ISOLE
<b>Il Ministero della Salute</b>	<b>68,6</b>	<b>72,3</b>	<b>64,6</b>	<b>63,4</b>	<b>63,3</b>	<b>69,9</b>	<b>73,3</b>	<b>68,8</b>	<b>63,3</b>	<b>69,5</b>	<b>71,0</b>
<b>Le Aziende sanitarie locali</b>	<b>39,9</b>	40,8	38,9	39,0	31,1	44,3	42,8	43,9	43,4	41,0	34,0
<b>I medici di base</b>	<b>37,8</b>	39,1	36,4	22,0	32,6	42,3	41,4	39,8	33,2	42,5	36,1
<b>I diversi presidi Ospedaliera (Policlinici, Istituti di ricerca e cura,...)</b>	<b>23,3</b>	23,6	23,0	25,6	23,6	23,8	21,8	23,4	22,4	29,0	20,3
<b>Assessorati alla Salute</b>	<b>21,8</b>	21,1	22,6	25,6	17,6	21,3	25,3	19,0	24,0	20,0	23,9
<b>Gli ordini professionali delle professioni mediche e sanitarie (medici, infermieri, operatori socio sanitari, psicologi, biologi, ostetriche, ...)</b>	<b>20,7</b>	18,4	23,2	23,2	19,1	19,4	23,2	20,4	20,9	19,0	21,8
<b>Le case farmaceutiche</b>	<b>11,4</b>	9,9	13,0	13,4	17,6	10,4	6,3	12,3	11,7	11,0	10,7
<b>Le associazioni di volontariato</b>	<b>5,1</b>	3,9	6,4	8,5	6,7	3,8	4,2	5,2	2,6	6,5	5,7
<b>I produttori di device</b>	<b>2,5</b>	2,1	2,9	2,4	4,1	2,5	1,1	3,7	2,0	0,5	3,0
<b>Non sa / Non risponde</b>	<b>3,8</b>	4,3	3,3	3,7	8,2	2,5	1,4	2,6	5,1	2,0	5,1

FONTE: EUROMEDIA RESEARCH - 11-13 Giugno 2024 (Rilevazione scientifica-statistica basata su dichiarazioni anonime)

Tab. 1

Gli ordini professionali del settore medico e sanitario (medici, infermieri, operatori socio sanitari, psicologi, biologi, ostetriche, ...) vengono indicati dal 20,7% degli intervistati.

In particolar modo sono gli uomini (23,2%), dai più giovani ai più anziani (entrambi al 23,2%), insieme ai residenti nel Sud e Isole (21,8%) e dagli studenti (27,3%) che indicano proprio gli Ordini professionali come i principali soggetti per fornire una comunicazione adeguata, informata ed efficace che possa coinvolgere il maggior numero di cittadini.

Dal 19° rapporto sulla comunicazione del Censis, la tv si conferma come il mezzo di informazione e svago più amato dagli italiani: a guardarla è il 95,9% degli italiani.

Rispetto all'anno precedente, cresce di 0,9 punti percentuali la tv tradizionale (il digitale terrestre), del 2,1% la tv satellitare, del 3,3% la web tv e la smart tv e si registra il boom della mobile tv che si attesta oggi quasi al 33,6% (utilizzata quindi da più di un terzo degli italiani). Il rapporto dimostra anche come cresce l'utilizzo di internet registrando un consolidamento della consultazione nel web da parte degli italiani (l'89,1% di utenza, con una differenza positiva di 1,1 punti percentuali rispetto all'anno precedente), ed evidenziando una sovrapposizione quasi perfetta con quanti utilizzano gli smartphone (l'88,2%) e molto prossima a quanti sono gli utilizzatori di social network (82,0%).

Ed è proprio il "tradizionalissimo" mezzo televisivo il veicolo preferito dai cittadini per seguire campagne di sensibilizzazione e informazione di ambito socio-sanitario (primo media citato da ben il 63,5% del campione della ricerca svolta da Euromedia Research - Tab. 2); Internet (29,3%) e i portali web istituzionali (27,8%) seguono distanziati di qualche punto percentuale a significare che l'argomento inerente la "salute" deve essere raggiungibile da tutti e soprattutto fruibile dalla maggioranza delle persone con messaggi chiari e semplici.

*E lei dove principalmente vorrebbe leggere/vedere/sentire campagne di sensibilizzazione e informazione di ambito sociosanitario?*

AMMESSE RISPOSTE MULTIPLE

 TAV 1/2	GENERE		ETA'				AREA DI RESIDENZA				
	TOTALE CAMPIONE	DONNE	UOMINI	18-24 ANNI	25-44 ANNI	45-64 ANNI	Over 65 ANNI	NORD OVEST	NORD EST	CENTRO	SUD E ISOLE
Alla TV	<b>63,5</b>	<b>65,2</b>	<b>61,7</b>	<b>50,0</b>	<b>55,1</b>	<b>66,1</b>	<b>71,9</b>	<b>59,1</b>	<b>63,8</b>	<b>69,5</b>	<b>63,3</b>
Sui siti internet	<b>29,3</b>	24,8	34,2	31,7	33,7	29,8	23,9	27,1	29,6	31,5	29,6
Sui portali web ufficiali delle strutture sanitarie	<b>27,8</b>	27,9	27,7	25,6	24,7	27,0	32,3	32,7	27,6	22,5	27,2
Sui quotidiani, giornali, riviste	<b>27,5</b>	26,5	28,6	20,7	24,0	27,6	32,6	30,9	26,0	30,5	23,9
Su mail, sms, messaggi WhatsApp inviati da ASL o associazioni mediche riconosciute	<b>27,0</b>	29,6	24,2	29,3	22,8	26,0	31,6	32,3	24,0	25,0	25,7
Sui social network	<b>23,1</b>	22,4	23,8	31,7	30,0	20,8	17,2	20,8	20,4	23,5	26,3
Alla radio	<b>14,9</b>	13,0	17,0	12,2	15,7	15,8	13,7	17,8	10,7	15,0	14,9
Non sa / Non risponde	<b>5,4</b>	5,4	5,4	6,1	8,6	4,6	3,2	3,7	6,6	3,5	7,2

FONTE: EUROMEDIA RESEARCH - 11-13 Giugno 2024 (Rilevazione scientifica-statistica basata su dichiarazioni anonime)

Tab. 2

### *L'efficacia delle campagne di comunicazione promosse da FNOMCeO*

Si è accennato in termini generali all'importanza del tema e alla sensibile emotività dell'opinione pubblica in materia di salute.

Ormai è abituale consultare il web, i social per chiedere informazioni al più famoso "dott. Google" in tema di materia sanitaria. In molti sono stati anche testimoni in prima persona delle campagne promosse negli ultimi 4/5 anni da FNOMCeO, anche attraverso alcune televisioni locali e sale cinematografiche.

Con la ricerca realizzata da Euromedia Research si è evidenziato proprio il buon grado di efficacia e di apprezzamento della comunicazione sanitaria sviluppata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. A tutti i cittadini intervistati sono state mostrate le immagini e i video delle 6 campagne realizzate tra il 2020 e il 2024 – “Ogni vita conta” (2020), “E poi la vita chi te la salva?” (2020), “Maschere” (2021), “Invisibili” (2022), “Milioni” (2022), “Abbandono” (2024) – e per ciascuna è stata chiesta una valutazione sull’efficacia del messaggio e sul sentiment associato. In un confronto diretto con i cittadini è stato possibile riassumere delle valutazioni in termini di efficacia e sentiment di ogni campagna di comunicazione ripresentando loro ogni singolo spot nella sua interezza.

I risultati sono riassunti nella tabella 3. Tutte le 6 campagne sottoposte al test sono state giudicate più che efficaci, con un voto medio superiore al 7 (s’intende un voto di tipo scolastico che si esprime su una scala da 1 a 10).



Guarda lo spot “Abbandono”  
inquadrando il QR-Code o cliccando sul link:  
[https://www.youtube.com/watch?v=b9ZS\\_g1O9Q](https://www.youtube.com/watch?v=b9ZS_g1O9Q)

Per netto distacco emerge il filmato sulla violenza contro i medici e l’abbandono del SSN che da qui in poi denomineremo in maniera sintetica “Abbandono” (voto medio: 7,64) e che è anche il più recente. Si tratta di un video molto “forte” che impressiona e a tratti sconvolge l’utente e che – proprio per questo – viene ritenuto dagli intervistati molto adeguato a denunciare e sottolineare la tematica e la gravità dei fatti accaduti negli ultimi anni in diverse strutture sanitarie come studi medici, Pronto Soccorso e corsie d’ospedale. Si tratta di una campagna social promossa proprio per sollecitare una piena applicazione della Legge 113/2020 sulla



Campagna 1



Campagna 2



Campagna 3

	CAMPAGNA 1: OGNI VITA CONTA	CAMPAGNA 2: E POI LA VITA CHI TE LA SALVA?	CAMPAGNA 3: MASCHERE
EFFICACIA (VOTO MEDIO)	7,17	7,15	7,12
*SENTIMENT POSITIVI	<b>70,1</b>	68,6	67,5
*SENTIMENT NEGATIVI	26,3	27,2	27,1
*NESSUNA SENSAZIONE	3,6	4,2	5,4



Campagna 4



Campagna 5



Campagna 6

	CAMPAGNA 4: INVISIBILI	CAMPAGNA 5: MILIONI	CAMPAGNA 6: ABBANDONO
EFFICACIA (VOTO MEDIO)	7,34	7,07	<b>7,64</b>
*SENTIMENT POSITIVI	48,4	66,8	36,3
*SENTIMENT NEGATIVI	47,9	28,6	<b>60,7</b>
*NESSUNA SENSAZIONE	3,7	4,6	3,0

\* Dati sono ripercenzualizzati  
(la domanda sul sentiment per ciascuna campagna prevedeva più possibilità di risposta)

sicurezza degli operatori. Già nel 2020 FNOMCeO, per denunciare l'importanza della professione del medico e della necessità di proteggere la sua persona da possibili aggressioni, aveva promosso le immagini della campagna “E poi la vita chi te la salva” – spot proprio dedicato al tema della violenza contro gli operatori sanitari mandato on air a febbraio del 2020 e che oggi registra un voto medio pari al 7,15.



Guarda lo spot “E poi la vita chi te la salva?”  
inquadrando il QR-Code o cliccando sul link:  
<https://www.youtube.com/watch?v=M-Jr1llHFMA>

Oltre alla definizione di un voto medio, si è cercato anche di fare emergere i sentimenti affiorati in ciascuno dei 1.000 cittadini intervistati durante la visione dei 6 spot (Tab. 4).

Ognuno ha così potuto esprimersi in maniera libera definendo il proprio contorno emotivo entro il quale posizionare ogni campagna di comunicazione. Per poter poi realizzare un confronto equo tra le 6 parti si è voluto entrare nel dettaglio dei singoli sentimenti espressi offrendo la possibilità di elencare più emozioni (Tab. 4), ripercentralizzando poi i risultati ottenuti per renderli così comparabili fra loro (Tab. 3).

Per il filmato “Abbandono” si è raggiunto un sentiment negativo del 60,7% (Tab. 3). La visione del medico con il viso tumefatto ha stimolato sentimenti principalmente di rabbia (39,8%), tristezza (33,6%) e solidarietà (31,5%) – Tab. 4. Compare anche la sfiducia nei confronti dello Stato e delle Istituzioni (16,8%). Come si può facilmente intendere sono tutte emozioni “negative” che devono essere lette come il raggiungimento pieno dell’obiettivo: stimolare una riflessione importante sulle aggressioni al personale medico. Ciò che appare come un sentimento “negativo” (rabbia,



Campagna 1



Campagna 4



Campagna 2



Campagna 5



Campagna 3



Campagna 6

ER	Campagna 1: OGNI VITA CONTA	Campagna 2: E POI LA VITA CHI TE LA SALVA?	Campagna 3: MASCHERE	Campagna 4: INVISIBILI	Campagna 5: MILIONI	Campagna 6: ABBANDONO
Rabbia	6,7	10,3	7,8	23,6	11,2	<b>39,8</b>
Tristezza	18,8	14,5	11,3	20,2	11,3	33,6
Solidarietà	27,5	<b>28,0</b>	16,7	20,4	23,3	31,5
Sfiducia nei confronti dello Stato e delle Istituzioni	6,0	7,0	6,8	<b>25,0</b>	17,1	16,8
Ansia	12,9	9,6	11,1	9,2	5,3	13,1
Speranza	<b>31,6</b>	27,2	23,4	17,3	24,9	10,7
Professionalità	29,3	24,5	<b>29,4</b>	18,3	<b>28,1</b>	7,9
Fiducia	22,7	23,6	25,3	12,9	19,2	7,1
Ottimismo	11,7	11,6	12,5	8,5	10,2	3,8
Orgoglio	14,1	10,1	9,3	9,5	14,3	3,7
Indifferenza	3,7	4,7	6,3	4,5	3,2	2,4
Noia	3,2	3,5	3,5	3,4	3,3	2,4
Non mi trasmette nulla	7,0	7,6	9,3	6,7	8,3	5,3

\* I dati sono ordinati rispetto alla campagna di comunicazione "Abbandono" andata in onda nel 2024

FONTE: EUROMEDIA RESEARCH - 11-13 Giugno 2024 (Rilevazione scientifica-statistica basata su dichiarazioni anonime)

tristezza, sfiducia...) in realtà è da leggere come un sussulto che esorta all'azione e all'intraprendere nuove iniziative (anche – ma non solo – comunicative) a favore del lavoro e dell'operato di tutte le professioni sanitarie.

Per la visione della madre salvata nel frame di “E poi la vita chi te la salva” il sentiment emerso è positivo per il 68,6% del campione (Tab. 3). La solidarietà ai medici (28,0%) è la prima emozione citata (Tab. 4), seguita dalla speranza (27,2%), dalla professionalità (24,5%) e dalla fiducia (23,6%). È facile comprendere come il messaggio in questi due spot sia molto simile ma affrontato da due prospettive differenti, il che aiuta a sollecitare emozioni diverse e raggiungere una sensibilizzazione del pubblico ad ampio spettro proprio sui temi in oggetto.

Sempre sul tema della denuncia riscuote un buon risultato anche la campagna sull'indifferenza della politica rispetto ai problemi del SSN, che chiameremo “Invisibili” – voto medio 7.34 (Tab. 3).



Guarda lo spot “Invisibili”

inquadrando il QR-Code o cliccando sul link:

<https://www.youtube.com/watch?v=KUKMFZYMAJo>

Una accusa alla politica per non aver saputo difendere tutti coloro che hanno deciso di essere medici in Italia. Questo si evince chiaramente dalla mappa delle percezioni rilevate (Tab. 4) che vedono in cima alla classifica proprio la sfiducia nei confronti dello Stato e delle Istituzioni (25,0%), la rabbia (23,6%), la solidarietà (20,4%), la tristezza (20,2%), la professionalità (18,3%), la speranza (17,3%) e la fiducia (12,9%).

Una gamma di emozioni che si divide tra sentimenti positivi (48,4%) e negativi (47,9%) praticamente in egual misura (Tab. 3). Essere invisibile nella società odierna significa sentirsi ignorato,

trascurato o non riconosciuto dagli altri e questo non può che deludere e confondere l'opinione pubblica che prova una sorta di venerazione proprio per il ruolo e la professione del medico nella comunità. Ed è proprio l'invisibilità che porta alla sfiducia nelle istituzioni e nel sistema politico poiché si ignora il ruolo e la professionalità.

La terza campagna analizzata e che ha riscosso un buon successo è quella riferibile al codice deontologico dei medici riletto alla luce della pandemia (nominato "Ogni vita conta" – voto medio 7.17).



Guarda lo spot "Ogni vita conta"

inquadrando il QR-Code o cliccando sul link:

<https://www.youtube.com/watch?v=ynlChWWCnPW&t=6s>

Proprio questo spot ha reso omaggio ai medici ospedalieri, ai pediatri, agli specialisti ambulatoriali, ai medici di famiglia, di continuità assistenziale, delle USCA, del 118, delle RSA, agli odontoiatri che si sono impegnati per contenere gli effetti devastanti della pandemia del Covid-19.

Le immagini mostrate hanno subito riportato alla mente quello che ognuno ha potuto vivere e conoscere anche in maniera diretta. I volti del personale sanitario segnato dalle cicatrici delle mascherine sono immagini indelebili che rimarranno per sempre nei racconti della nostra storia.

I fotogrammi nel loro scorrere hanno riportato alla luce di ogni intervistato quei giorni vissuti durante e dopo il Covid-19 e il lockdown e che oggi a tratti cerchiamo di archiviare senza successo: il Duomo di Milano e Piazza San Pietro deserte, gli operatori che camminano solitari nelle corsie degli ospedali, le maschere di ossigeno, i segni marchiati sui visi dei medici e degli operatori sanitari,

i visi devastati dalla stanchezza e da quanto visto e vissuto.

Il tributo alle centinaia di operatori sanitari che hanno perso la vita per salvarne altre lascia un retrogusto amaro facendo riflettere su quelle promesse mai mantenute e sulle difficoltà che vive ogni giorno chi ha deciso di intraprendere un cammino nel mondo sanitario. Questa è la campagna che rileva il sentiment positivo maggiore (70,1% - Tab. 3) con in testa la speranza (Tab. 4) citata da un intervistato su 3 (31,6%), la professionalità (29,3%), la solidarietà (27,5%), la fiducia (22,7%).

“Maschere” è una campagna promossa da FNOMCeO nel 2021 che attraverso il suo sviluppo sottolinea l'importanza di affidarsi ad un medico di professione e quindi alla scienza per tutelare la propria salute.



Guarda lo spot “Maschere”

inquadrando il QR-Code o cliccando sul link:

<https://www.youtube.com/watch?v=yLgrKQ4vDZQ>

L'esperienza di una professione in cui si dedica la vita allo studio e agli aggiornamenti è sicuramente il punto di forza per mantenersi in salute anche se, spesso, appare più semplice ed immediato poter fare delle diagnosi con l'aiuto del “dottor Google” o di un esperto o peggio di un “sensitivo” del momento a cui si arriva nel 90% dei casi attraverso il passaparola.

L'approvazione da parte del pubblico per questa comunicazione rileva un voto medio di 7.12 (Tab. 3) che dimostra quanto il tema sia sentito proprio in un periodo in cui ci si sente smarriti e senza punti di riferimento. Il sentiment positivo di questo spot è il 67,5% (Tab. 3) documentato principalmente attraverso la professionalità (29,4%), la fiducia (25,3%) e la speranza (23,4%). Seguono la solidarietà (16,7%) e l'ottimismo (12,5%), l'ansia (11,1%) e la tristezza (11,3%) – Tab. 4. Infine, l'ultima campagna di comuni-

cazione analizzata in ogni sua specifica caratteristica è stata quella denominata “Milioni” promossa nel 2022.



Guarda lo spot “Milioni”  
inquadrando il QR-Code o cliccando sul link:  
<https://www.youtube.com/watch?v=Pe4Eds1DY90>

Ancora una volta si è cercato di raccontare la professione del medico mettendo in risalto la maggior parte delle sue peculiarità. Il voto medio rilevato per questo filmato è 7,07, mentre il sentiment positivo è il 66,8% (Tab. 3). Come emerge osservando la Tab. 4, professionalità (28,1%), speranza (24,9%), solidarietà (23,3%) e fiducia (19,2%) sono i primi 4 sentimenti espressi dagli intervistati. Con il 17,1% delle citazioni compare anche qui la sfiducia nelle Istituzioni seguita dalla forza dell’orgoglio (14,3%).

### *La comunicazione in ambito sanitario tra presente e futuro*

Tutti i video prodotti e diffusi che sono stati testati hanno ottenuto un buon risultato raggiungendo tutti i presupposti alla base di questa comunicazione. I 1.000 cittadini intervistati sono rimasti impressionati dalle immagini e soprattutto dai messaggi delle campagne.

La comunicazione di FNOMCeO ha rispettato e percorso alcuni aspetti chiave:

**Empatia e Compassione** – si è data voce a quella gamma di sentimenti che coinvolgono operatori sanitari e pazienti.

**Chiarezza e Precisione** – le informazioni in ogni filmato sono sempre chiare e comprensibili ad un vasto pubblico.

**Rispetto e Sensibilità** – si è espressa una forma di consapevolezza e riguardo per quelle che possono essere delle percezioni anche

differenti rispetto al tema che si desiderava promuovere.

**Ascolto Attivo** – si è data voce a tutta la categoria offrendo anche degli spunti di riflessione importanti.

**Supporto Emotivo** – in tutte le sequenze delle immagini passa il messaggio che la categoria non è sola, ma è sostenuta da FNOMCeO.

**Comunicazione Interdisciplinare** – dalla visione dei differenti spot emerge anche il valore di un lavoro sviluppato in team tra professioni differenti. Questo per l'opinione pubblica è un punto sostanziale per garantire le migliori prestazioni ai pazienti.

Sicuramente la prospettiva da cui si è sviluppata la comunicazione dei 6 filmati ha offerto una maggiore comprensione di alcune sfide e necessità della professione medica.

Uno spunto importante per portare a politiche sanitarie più informate e meglio mirate. In questo contesto le istituzioni possono essere sollecitate a investire in formazione, risorse e infrastrutture sanitarie. Con una maggiore consapevolezza del pubblico e dei decisori politici riguardo alle difficoltà e all'importanza del lavoro svolto dai medici, è più facile fare pressione per ottenere quei finanziamenti per il settore, incluso il supporto per la ricerca, l'innovazione e le tecnologie mediche avanzate.

In sintesi, una comunicazione completa e trasparente sulla professione del medico può influenzare positivamente le politiche sanitarie, portando a un sistema più equo, efficiente e sostenibile, con benefici sia per i pazienti sia per i professionisti del settore. Il fatto che siano stati i cittadini a rimanerne impressionati è un elemento di estremo rilievo a cui i legislatori e i politici che hanno il potere di assumere decisioni e scelte proprio sugli investimenti di denaro pubblico dovrebbero prestare attenzione. È proprio dalle Istituzioni che ci si attende una reazione, una risposta, un intervento legislativo.

Una migliore comprensione del ruolo cruciale e delle difficoltà

affrontate dai medici può portare a politiche che potrebbero tutelare meglio i loro diritti, come ad esempio condizioni di lavoro adeguate, giusti stipendi e supporti per la salute e la tutela dei professionisti. Tuttavia, una maggiore consapevolezza delle disparità presenti nel settore sanitario può anche stimolare politiche volte a ridurre il gap tra la domanda di attenzione e migliori prestazioni attraverso l'ottimizzazione e l'implementazione di pratiche basate sull'evidenza che anche i 6 filmati studiati propongono.

Ciò che principalmente impressiona è che per tutte le campagne realizzate da FNOMCeO i primi sentimenti negativi che emergono dopo la visione dei filmati riguardino costantemente la tristezza e, per alcune (come ad esempio le campagne "Invisibili", "Milioni" e "Abbandono"), la sfiducia nei confronti dello Stato e delle Istituzioni (rispettivamente per il 25.0%, il 17.1% e il 16.8% dei cittadini).

Ancora una volta ci troviamo di fronte all'attesa di una risposta dalla politica. Ogni sforzo da parte della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri deve continuare ad essere rivolto proprio a sollecitare un intervento concreto e reale da parte del Governo nazionale e dei Governi regionali.

L'andrà tutto bene non basta più e, diciamolo, siamo perfettamente coscienti oggi – con il senno del poi – che non sia mai bastato.



Raccontare la Sanità  
attraverso i dati: perché e come

*Daniela d'Angela, Barbara Polistena,  
Federico Spandonaro*

## *Introduzione*

Per argomentare sull'importanza di raccontare la Sanità attraverso i dati, è opportuno ripartire dalle fondamenta del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il SSN è stato fondato su una serie di principi, ben descritti nella Legge istitutiva (L. n. 833/1978), che hanno superato indenni (in termini di validità, importanza e anche modernità) le modifiche socioeconomiche, culturali, tecnologiche e normative, intervenute nei suoi 45 anni di storia.

Fra questi non ci si può esimere dal ricordare l'universalismo (inteso come garanzia di accesso ai servizi senza barriere di censo, geografiche e/o culturali), che ovviamente implica l'equità orizzontale e verticale (intesa come pari trattamento la prima, e come trattamento proporzionale al bisogno, la seconda), e la globalità (intesa come presa in carico completa, dalla prevenzione alla riabilitazione e, ormai, anche al fine vita).

Non meno importanti, ai nostri fini espositivi, sono la partecipazione, l'umanizzazione e l'empowerment del paziente, e i principi da rispettare nella definizione delle politiche sociali: in primo luogo l'efficacia (capacità degli interventi di rispondere ad un bisogno), immediatamente seguita dalla efficienza (ottimizzazione dell'utilizzazione delle risorse): due principi spesso riassunti con il cosiddetto principio di appropriatezza, che è stato posto a fondamento della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero del 'paniere' di servizi garantiti a tutti indistintamente.

I principi elencati hanno un ruolo fondamentale nello spiegare perché raccontare la Sanità con i dati è un aspetto imprescindibile per la salvaguardia del SSN. Ad esempio, iniziando dall'efficacia, va sottolineato come sia ormai largamente condiviso che essa vada misurata utilizzando le logiche dell'Evidence Based Medicine

(EBM); quest'ultima richiede la misura statistica dei fenomeni che, a sua volta, è possibile solo con una adeguata disponibilità di dati. Passando al perseguimento dell'efficienza, anch'esso richiede una valutazione (utilizzando le metodiche dell'Health Technology Assessment e delle analisi economiche di costo-conseguenza) che ha natura intrinsecamente quantitativa, richiedendo tanto la misura dell'efficacia, quanto quella delle risorse utilizzate e dei costi sostenuti.

Vale la pena di rimarcare che la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza non possono essere limitate alle scelte cliniche e assistenziali, ovvero confinate nel contesto dell'utilizzo delle tecnologie da parte dei professionisti sanitari. Più in generale, l'evidenza sull'efficacia ed efficienza delle politiche dovrebbe essere assunta anche a fondamento della valutazione delle politiche sanitarie, aumentando l'*accountability* delle scelte dei politici e delle azioni del management sanitario.

I dati sono, altresì, essenziali per promuovere la partecipazione: solo se l'esito delle attività del SSN (a qualsiasi livello) risulta *accountable* è possibile sviluppare un confronto fra *stakeholder* corretto e propositivo; e solo in tal caso la partecipazione (in primo luogo quella dei cittadini) può dirsi 'informata'.

Ancora più 'evidente' è che l'empowerment dei pazienti richiede la capacità di comprensione dei (complessi) fenomeni della Sanità, e quindi una adeguata e oggettiva informazione. Anche dal punto di vista dei professionisti il 'dato' è essenziale: sia (ex post) in termini di *accountability* della propria attività, sia (ex ante) nella misura in cui i dati sono (anzi debbono essere) utilizzati a supporto della promozione della qualità degli interventi, come anche dell'autorevolezza delle scelte dei professionisti.

Le note che precedono dovrebbero avere 'dimostrato' che

i comportamenti all'interno del SSN non possono che basarsi sull'evidenza (intesa nell'accezione del EBM), ma anche che non ci può essere evidenza se non basata sui dati: in sintesi, si potrebbe concludere che i dati sono la condizione necessaria per poter produrre l'evidenza che dovrebbe regolare le decisioni all'interno di un sistema complesso, quale il SSN.

La natura dell'evidenza è, peraltro, questione non banale; come anticipato, essa è frutto di un ragionamento statistico, non esistendo nulla di 'certo' in Sanità. In altri termini la massima 'verità' che siamo in grado di esprimere è da intendersi come (alta/bassa) probabilità che un fenomeno sia vero/falso.

Portare una evidenza equivale a sostenere che, sulla base dei dati in nostro possesso, e con una ('adeguatamente') alta probabilità, le nostre conclusioni sono riproducibili: in qualche modo equivale a dire che stiamo esprimendo qualcosa che non è una mera 'opinione'; questo è il compito del ricercatore, ma anche, in generale, dei professionisti.

### *La genesi dei dati*

Si sente spesso affermare che il SSN (in particolare per mezzo delle sue realizzazioni regionali, i SSR: Servizi Sanitari Regionali) produce una moltitudine di dati.

Questa affermazione è numericamente indiscutibile: basti pensare che il sistema informativo del SSN è stato costruito per soddisfare logiche amministrative e, quindi, per registrare i contatti fra i cittadini e il SSN; tali contatti sono nell'ordine delle centinaia di milioni per anno, indubitabilmente una massa di informazioni molto rilevante. Rileva anche che, essendo ormai acclarata la logica della One Health (o Health in All), praticamente

qualunque dato rilevato per qualsivoglia fine, è in qualche modo riconducibile o utilizzabile per i ragionamenti intorno alla Sanità.

Ma la raccolta del dato non assicura la genesi di una informazione (o meglio di una informazione utile): oltre la quantità dei dati rileva, infatti, la loro qualità. Quest'ultima inizia con la esplicitazione degli obiettivi per cui il dato viene raccolto.

Ad esempio, come già detto, il sistema informativo sanitario è nato per ragioni amministrative (non a caso si parla di 'database' amministrativi): non stupisce, quindi, che permetta, anche con una certa facilità e precisione, di sapere quanto si spende per la Sanità (prevenzione, cura, riabilitazione, etc.).

Paradossalmente (considerato che il fine ultimo della Sanità è tutelare la salute) sappiamo quanto spendiamo, ma molto meno per 'cosa', perché manca un sistema organizzato di rilevazione dello stato di salute della popolazione, che permetta di correlarla con i consumi effettuati.

Mentre appare lapalissiano che il fine dei dati, l'obiettivo ultimo, dovrebbe essere quello di misurare gli effetti delle politiche e dei comportamenti sulla salute, meno ovvio, ma non meno rilevante, è che un ulteriore obiettivo dovrebbe essere quello di identificare e misurare i cosiddetti determinanti della salute.

Da questo punto di vista rileva come dietro la genesi dei dati si annidi l'adozione di un modello interpretativo, che è quello che porta a prioritarizzare i dati da raccogliere: ad esempio, considerando acquisito che fra i principali determinanti della salute ci siano le condizioni socioeconomiche, questa consapevolezza dovrebbe indurre a raccogliere i dati in modo da poter collegare i consumi e/o gli esiti alle caratteristiche sociali, familiari etc. della popolazione. Purtroppo, l'attenzione riposta sul 'modello' interpretativo è spesso insufficiente, con il rischio che, anche dove sarebbe auspi-

cabile una approfondita analisi, questa non sia percepita come prioritaria: basti riportare, a titolo di esempio, come uno dei campi meno compilati nelle schede di dimissione ospedaliera sia il titolo di studio, impedendo ogni analisi che correli il ricorso al ricovero con le caratteristiche socioeconomiche della popolazione.

Sebbene a volte sia possibile agire ex post, aggirando le carenze di impostazione mediante il *data linkage* con altre fonti informative, nei fatti questa strategia, pur coerente con la multi-dimensionalità del sistema sanitario, è spesso non perseguibile, a causa delle note questioni legate alla privacy, che impediscono (o limitano) la possibilità di sfruttare dati provenienti da fonti 'esterne'. Oltre la morbilità e le variabili socioeconomiche, il sistema informativo appare orfano anche di molte altre dimensioni: ad esempio quella della garanzia dei LEA.

Il Nuovo Sistema di Garanzia del Ministero della Salute fa del suo meglio per cogliere le 'maggagne' del sistema di erogazione: in qualche caso utilizzando indicatori 'diretti' (come nel caso del raggiungimento dei target vaccinali o di screening), ma per lo più mediante indicatori che indirettamente dovrebbero informare di carenze in termini di soddisfazione dei diritti.

Purtroppo, in entrambi i casi il sistema manca dell'informazione essenziale, ovvero quella delle prestazioni 'negate' o usufruite fuori dal perimetro del servizio pubblico; quest'ultima informazione sarebbe essenziale per misurare l'adempimento degli obblighi del servizio pubblico, ma richiederebbe una estensione del sistema informativo ai dati di domanda e non solo di offerta. Da questo punto di vista appare doveroso segnalare come un limite culturale dei sistemi informativi sanitari sia sempre stato quello di adottare una logica (tipica dei database amministrativi) di raccolta censuaria: purtroppo questa scelta, non sempre eludi-

bile, si è spesso dimostrata inefficace ed inefficiente, sia per l'impossibilità materiale di ottenere davvero tutte le informazioni, se non con sforzi rilevanti in termini di costo e, comunque a scapito della tempestività, sia perché si tratta di una modalità che rende più complesso il controllo di qualità del dato.

Oggi la tecnologia – basti pensare all'Intelligenza Artificiale, ma ancor prima alle capacità di *data mining* etc. – permette di analizzare il dato anche al fine di garantire che nei sistemi siano caricate solo informazioni 'validate' e quindi utilizzabili senza rischi. Ad oggi non c'è praticamente traccia di tutto questo nei sistemi sanitari: la qualità del dato viene analizzata dopo che è entrato nel sistema, con l'esito di duplicare il lavoro e di rendere per lungo tempo inaffidabili i database.

In ogni caso, va ricordato che i dati non tempestivi (i database amministrativi risultano disponibili tendenzialmente con un paio di anni di ritardo) sono pressoché inutili ai fini gestionali e programmatici.

L'utilizzo di dati campionari, da sempre utilizzati dagli Istituti di statistica, sarebbe quindi da promuovere e certamente è quello più adatto (e più efficiente) per raccogliere dati che riguardano (ad esempio) la domanda, e l'attività dei professionisti all'interno del sistema sanitario.

Da questo punto di vista, l'auspicabile collaborazione delle Istituzioni con gli Ordini, le Associazioni scientifiche dei professionisti, di categoria, e dei pazienti potrebbe certamente fornire un valore aggiunto al sistema informativo sanitario.

In relazione a questo ultimo punto, osserviamo che un'altra dimensione negletta è quella della soddisfazione dei cittadini (*customer satisfaction*), come anche quella dei professionisti (benessere professionale): mancanza tanto più grave quanto più si con-

sideri che stiamo parlando dei principali *stakeholder* del sistema sanitario e che oggi sono quelli che maggiormente pagano le conseguenze della crisi del SSN, vuoi in termini di accesso alle prestazioni, vuoi in termini di sovraccarico di lavoro e responsabilità.

Ma la dimensione più colpevolmente trascurata è certamente quella dell'assistenza territoriale. Anche in questo caso risulta paradossale che, a fronte di politiche sanitarie (D.M. 77/2022, Missione 6 PNRR etc.) dichiarate come tese a deospedalizzare e a potenziare il territorio, ancora oggi non si sappia quasi nulla dell'assistenza primaria, residenziale e domiciliare.

Rileggendo l'evoluzione del sistema informativo sanitario, si può osservare come sia stato spesso utilizzato 'al contrario': in altri termini, definendo le dimensioni di indagine e valutazione (ad esempio gli indicatori) in base alle informazioni disponibili; sarebbe invece molto più opportuno adeguare i flussi informativi sulla base delle esigenze di conoscenza.

L'esperienza pluriennale fatta dal C.R.E.A. Sanità con lo studio "Performance Regionali in tema di tutela della salute" appare paradigmatica: il panel di esperti (oltre 100) che formano la faculty dello studio ha individuato varie dimensioni di performance ritenute meritevoli di monitoraggio; in particolare quella dell'equità, quella sociale, quella degli esiti, dell'appropriatezza, dell'innovazione e quella economico-finanziaria.

Purtroppo, la reale possibilità di costruzione di indicatori regionali standardizzati, e come tali confrontabili, per le dimensioni dell'innovazione e del sociale rimane molto limitata, tanto da spingere il panel a segnalare la insoddisfacente capacità di monitoraggio di tali dimensioni.

In definitiva, quindi, possiamo sintetizzare la questione della genesi dei dati sottolineando come l'evidenza sia il fine e i dati la

‘materia prima’: una materia prima la cui raccolta potrebbe essere decisamente migliorata.

### *L'utilizzo dei dati: Assessment vs Appraisal*

Se la genesi dei dati è essenziale, altrettanto lo è il processo di trasformazione della materia prima in evidenza: le modalità di elaborazione e interpretazione dei dati rappresentano un ulteriore elemento cruciale ai fini della realizzazione di una comunicazione corretta ed efficace.

Ripartendo dall'evidenza e dalla sua natura, dobbiamo osservare che non è affatto facile comunicare la complessità che discende dal corretto utilizzo dei dati: la *literacy* statistica è in generale modesta, e in Italia lo è particolarmente.

Il confronto, anche quello politico, spinto dalle tecnologie ICT (Information & Communication Technology) sviluppatasi negli ultimi decenni (vedi Internet, i social e simili) ha ormai assunto modelli che sono considerati ‘efficaci’ in termini comunicativi, ma che non lasciano adeguato spazio (in primis temporale) alle argomentazioni: è lampante come nei dibattiti spesso si preferisca ‘vendere’ opinioni come verità acclamate, piuttosto che soffermarsi sui doverosi caveat, che spesso sono considerati/percepiti alla stregua di ‘debolezze di pensiero’.

In via di principio, le tecniche di valutazione quantitativa basate sui dati e sulla evidenza (si pensi, ad esempio, all'Health Technology Assessment) si presentano come strumenti ‘a supporto’ delle decisioni politiche, confermando che non ci sono ‘pasti gratis’: i dati e le loro elaborazioni (il cosiddetto *assessment* per gli anglosassoni), pur oggettivi (nel senso di riproducibili) rimangono alla base delle decisioni, ma necessitano di una interpretazione

che è pur sempre soggettiva; il cosiddetto *appraisal* del decision maker deve integrare il dato con una interpretazione che dia valore alla 'adeguatezza' della probabilità di accadimento dei fenomeni (citata sopra), alle dimensioni non quantificabili (quelle etiche, e parte di quelle equitative) e, più in generale, alla correttezza/completeness del modello interpretativo utilizzato.

Sintetizzando, il 'dato' (a meno di errori di misurazione, che peraltro sarebbero sempre da verificare) è oggettivo, ma la sua interpretazione non può mai esserlo, perché non può non basarsi che su sistemi di valore soggettivi.

A titolo meramente esemplificativo, e senza pretesa alcuna di esaustività, nonché consci del limite degli esempi, in tema di separazione, concettuale e operativa, fra *assessment* e *appraisal*, segnaliamo l'esperienza di storytelling sviluppata da C.R.E.A. Sanità ([www.creasanita.it/pubblicazioni](http://www.creasanita.it/pubblicazioni)): in particolare possiamo fare riferimento a quella del Rapporto Sanità (pubblicato annualmente dall'anno 2003) e a quella del citato monitoraggio delle "Performance regionali in tema di opportunità di salute" (dal 2012).

In tutti i lavori del Centro è, infatti, sempre stata privilegiata l'analisi condotta a partire dai dati, ove possibile elaborati integrando varie fonti, e sono state fornite ipotesi interpretative dei risultati, cercando però di fornirne anche le chiavi di lettura (limiti di comparabilità, ipotesi di lavoro, etc.), in modo da rendere consapevole il lettore dei confini fra *assessment* e *appraisal*.

Su questo ultimo punto, a titolo ancora del tutto esemplificativo, si rimanda alla attenta descrizione delle modalità di elicitazione dei pesi attribuiti alle varie dimensioni di valutazione contenuta nel progetto "Performance": infatti, nelle analisi i 'pesi' adottati per fare *benchmarking* non sempre vengono esplicitati, con la conseguenza che il loro utilizzo implicito 'nasconde' di fat-

to il sistema di valori assunto dal ricercatore.

La trasparenza sulle assunzioni informa tutte le elaborazioni, quali quelle dei *key indicators* per area assistenziale, nonché quelli per il *benchmarking* a livello regionale.

### *Health literacy: il ruolo dei professionisti*

Dato l'obiettivo del volume, non ci si può esimere dal fare qualche osservazione conclusiva sul tema del ruolo dei professionisti nell'*health literacy*. In primo luogo, va osservato che oggi l'equità non può semplicemente essere declinata in termini di possibilità di accesso ai servizi, intesa banalmente come assenza di limiti dovuti al censo.

Sebbene la gratuità, o quanto meno la protezione dai fallimenti economici per cause sanitarie, rimangano una priorità, è del tutto evidente che l'accesso reale è condizionato dalla *health literacy*. Basti vedere come gli stili di vita, la prevenzione, il ricorso ai diversi setting assistenziali sia difforme nella popolazione e correlata ai livelli di istruzione.

Oggi il SSN dovrebbe perseguire l'equità in termini di opportunità di massimizzazione degli esiti e questo è possibile solo riuscendo a ridurre i gap nella *health literacy* dei cittadini. Informare in modo efficace la popolazione sulle acquisizioni scientifiche in termini di salute (e, in termini olistici, di benessere) è improrogabile. Anche per salvaguardare il SSN da spese inutili: va da sé che la prevenzione più efficace è quella primaria, quella che parte dalla consapevolezza della popolazione sui comportamenti che migliorano il benessere.

In secondo luogo, va aggiunto che la *health literacy* deve comprendere anche quella relativa al valore sociale e alla complessità

della macchina organizzativa che muove il SSN: il Servizio sanitario universalistico è una conquista di civiltà e un potente fattore di coesione sociale, che per sopravvivere richiede che il cittadino sia consapevole di essere portatore di diritti ma anche di doveri. In altri termini, una corretta informazione deve, partendo dai dati, 'spiegare' al cittadino (senza pretesa di esaustività) quanto sia complessa la strada della produzione di evidenza, quanto lo sia l'organizzazione dei servizi, quanto essi siano costosi e quanto sia difficile trovare risorse per il settore.

Un problema di *health literacy* si pone anche nei confronti dei cosiddetti decision maker: in particolare la politica.

Purtroppo, le decisioni sono spesso prese sulla spinta di mode e conformismi: il *fact checking* stenta ad entrare nella cultura nazionale; non di meno, i centri di ricerca specializzati (universitari, professionali, etc.) da anni analizzano le politiche sanitarie e ne forniscono valutazioni.

Sarebbe opportuno che si sviluppasse un maggior confronto fra ricerca e politica; principalmente, andrebbe promossa la pratica di prevedere sempre sistemi di monitoraggio dedicati a valutare l'impatto degli interventi normativi in Sanità (e per la verità, non solo). Da ultimo abbiamo lasciato i professionisti: in questo caso riteniamo ci sia un bisogno di *health literacy* legato a due aspetti.

Il primo è ancora quello della complessità di funzionamento del Servizio, che a volte viene sottovalutata, dato che è tipico del professionista concentrarsi sul proprio microcosmo, a volte perdendo di vista le integrazioni; il lavoro multiprofessionale in team, per la presa in carico multidisciplinare del paziente, rimane ancora non sufficientemente sviluppato: a volte è percepito come una sovrastruttura burocratica e quindi un aggravio di lavoro.

Per potenziarne l'utilizzo, una maggiore (e mirata) alfabetiz-

zazione sulle potenzialità degli strumenti, che oggi la tecnologia mette a disposizione per la collaborazione professionale, sarebbe certamente utile. Probabilmente, il secondo aspetto dovrebbe essere quello della *literacy* sull'evoluzione della segmentazione della domanda.

La malattia è clinicamente definita, ma si inserisce in un vissuto in cui prevalgono i condizionamenti sociali, professionali, economici, per cui la presa in carico non può essere uniforme. A questo si aggiunge che le nuove generazioni sempre più avranno aspettative diverse da quelle oggi in uso in tema di accesso ai servizi: basti pensare a come oggi sia prevalente l'uso dei contatti virtuali, degli acquisti on line, del delivery a domicilio, etc..

Tali fenomeni contengono certamente elementi di opportunità, ma anche evidenti rischi, generando per i professionisti il compito di dettare le regole per un utilizzo efficace e sicuro delle nuove tecnologie.

Chiudiamo queste brevi riflessioni sottolineando il ruolo 'attivo' dei professionisti in tema di *health literacy*.

La riforma degli anni '90 aveva introdotto in modo importante il concetto di qualità fra i principi del SSN: ad esempio, parlando di requisiti ulteriori richiesti alle Aziende sanitarie pubbliche e private per l'accreditamento.

Una occasione importante per rafforzare le scelte basate sull'evidenza, che si è in larga misura persa: di fatto i requisiti sono spesso stati tradotti in regolamentazioni legate ad aspetti economici (accettazione di tariffe) o a produzione di dati gestionali (debiti informativi). Oggi abbiamo importanti decreti (D.M. 70 e D.M. 77) che dettano standard di offerta che sono alla base della riorganizzazione del SSN, nell'assistenza ospedaliera e non.

Non si è mai sufficientemente sviluppata una produzione di

standard bottom-up che regoli la qualità dei servizi sulla base di un accreditamento fra pari dei professionisti, sulla scorta, ad esempio, dell'esperienza USA della "Joint Commision".

Da questo punto di vista ci sembra ci sia ampio spazio per potenziare la capacità dei professionisti di incidere, in positivo, sull'evoluzione del SSN.

Il ruolo della stampa generalista  
nella divulgazione medico-scientifica

*Marco Tarquinio*

## *Premessa*

Albert Einstein e Niels Bohr vinsero entrambi, in anni diversi, il premio Nobel per la Fisica pur avendo teorie scientifiche differenti. Raccontare al pubblico nel dettaglio le ricerche dell'uno e dell'altro non avrebbe potuto essere, e in effetti non fu, compito della stampa. Nemmeno di quella specialistica, figurarsi di quella generalista. Valse, e vale, per la Fisica e per le altre branche delle Scienze cosiddette esatte; dovrebbe valere, perfino di più – visti i risvolti concreti – per la Medicina, grande, straordinaria e inesatta scienza umana della cura nella quale competenza scientifica, esperienza professionale e intuito giocano – tutti insieme – ruoli decisivi. Vado subito al cuore della questione. Oggi il panorama della relazione medicina-informazione generalista appare purtroppo stravolto. Anche se non sempre e comunque, anche i casi positivi non mancano. Fatto sta che nel circuito mediatico, quando si tratta delle informazioni medico-scientifiche date alla grossa al grande pubblico, si tirano spesso in ballo argomenti scontati o che non c'entrano nulla: la necessità di diffondere la conoscenza, la libertà di parola e di stampa.

E si dimentica un punto fondamentale: la responsabilità di quello che si scrive e che si dice. In tutte le forme che questo è oggi permesso dalla moderna comunicazione, che viaggia veloce e pervasiva anche attraverso i (non più) nuovi canali digitali. Se per opinionisti (più o meno) d'occasione, per influencer e per protagonisti e utilizzatori vari della Rete la cosa è assai grave e pericolosa, tanto che occorrerebbe avere il coraggio di intervenire per alzare argini di buon senso, un'irresponsabile superficialità o addirittura distorsione informativa è totalmente inaccettabile per i professionisti della comunicazione.

Questi, in alcune occasioni, hanno fatto e fanno invece e purtroppo da altoparlante alla tuttologia da tastiera. Così si finisce per consegnarsi al sensazionalismo, alla necessità – ritenuta primaria, e persino imprescindibile – di fare ascolti, ottenere like e accumulare condivisioni.

### *Stampa, medici e categorie deboli*

Si dice, dunque, correttamente, che la stampa deve essere libera se vuole garantire la libertà di tutti. Che deve essere il ‘cane da guardia della democrazia’ e avere il compito di difendere chi da solo non può farlo. Io preferisco parlare della libera stampa come del ‘cane da guardia dell’umanità’.

Ebbene, un malato, per ciò stesso, fa parte di una categoria debole, la più debole. Medici e giornalisti dovrebbero essere dunque dalla stessa parte. È insensato immaginare che possano ritrovarsi su fronti opposti quando si parla di salute. La cooperazione nel pieno rispetto dei rispettivi ruoli è il paradigma ideale.

Un medico non può pretendere di sostituire un giornalista e il suo specifico dovere, così come il contrario è assolutamente improponibile. Ci sono ottimi esempi di come interagire verso la stessa finalità divulgativa. Mi limito a quelli proposti dal servizio pubblico radiotelevisivo italiano, la RAI. Prima di tutto, quello di Piero Angela, “Quark”, e poi quello di Michele Mirabella, “Elisir”, nato in un periodo – la metà degli anni Novanta – nel quale ragionare di malasanità, in diversi casi presunta o artatamente sospettata, era diventato una sorta di nuovo sport nazionale.

Da Angela e da Mirabella, in spazi di grande presa per il pubblico, il medico ha sempre avuto il compito principale ed esclusivo della diffusione della conoscenza. Chi può dimenticare l’efficace,

esperta e piacevole presenza, nel primo periodo della messa in onda di “Elisir”, del dottor Carlo Gargiulo? E ci sta, anzi è davvero utile per rendere appetibile un programma tv (ma anche una rubrica giornalistica, che sia su carta stampata o sul web), lo sforzo per rendere gradevole uno spettacolo istruttivo.

Un’operazione totalmente diversa dalla “spettacolarizzazione” fine a se stessa.

### *Stampa specializzata, stampa generalista, medici giornalisti*

La differenza fra stampa specializzata e generalista è nei fatti. Ma lo spazio di entrambe è necessario. Per stare nel nostro tema, già un medico generico e uno specialista sono figure con ruoli e competenze diverse. E sul punto, vista e considerata la platea a cui si rivolgono queste pagine, non serve soffermarsi.

Credo, tuttavia, che nessuno possa dubitare della professionalità, e della fondamentale importanza, dell’uno e dell’altro.

Sono diversità, quelle fra giornalisti generalisti e specializzati, che emergono già negli incontri, nei congressi, nei dibattiti e nei convegni organizzati da medici e dalle loro organizzazioni, a partire naturalmente da quelli della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Per non dire degli eventi promossi da organismi istituzionali, come Ministero della Salute o Istituto Superiore di Sanità.

Le domande poste dai giornalisti di settore sono più approfondite, meglio centrate. Possono, fra l’altro, riguardare le nuove tecniche operatorie, l’efficacia di principi attivi appena testati, le leggi che disciplinano (purtroppo penalizzando soprattutto il medico, ma a volte anche il paziente) le responsabilità civili e penali.

Il generalista si attiene a questioni più di immediato interesse: quante guarigioni in più con i nuovi farmaci, come cambia l'organizzazione della medicina di base e via dicendo. È chiaro che la funzione di mediazione è importante anche, se non di più, per la seconda categoria – i cronisti generalisti – che dovrebbe sentirsi chiamata a far tesoro sia di quanto espongono i medici sia delle domande a questi ultimi poste dai colleghi specializzati. Un ragionamento a parte andrebbe fatto per i medici pubblicisti, cioè per coloro che da professionisti della cura svolgono mediazione informativa in prima persona.

Ma basta, qui, limitarsi a osservare che si tratta di una categoria fondamentale per la corretta diffusione della conoscenza dei temi sanitari. Credo, anzi, che dovrebbe avere spazi più ampi e occasioni più frequenti (e non limitatamente alle grandi emergenze) in una società dell'informazione dove le notizie piombano in maniera istantanea e dentro un flusso costante. Una società dell'informazione nella quale tutti parlano e molti straparlano.

L'esperto deve perciò sapersi porre al livello di comprensione dell'interlocutore, e non pochi medici nella loro professione lo fanno sempre e bene. Se questo, però, non avviene si dà avvio a fraintendimenti, ad allarmi e ad allarmismi e, a seguire, a complottismi e a dietrologie che fanno danni gravi e spesso irreparabili. Tanto più, insisto, in una fase storica nella quale è facile trovare nel web terreni fertili – e altamente riproductivi – di semplificazioni, esagerazioni, manipolazioni, distorsioni e presunzioni.

### *La pandemia*

Dalle pandemie dovrebbero essere tratti insegnamenti preziosi sul ruolo della stampa, soprattutto di quella generalista. E,

appunto, sui danni che talora può provocare. L'impatto del Covid-19 è stato, in questo senso, inatteso e devastante.

L'Italia, che non è certo un colosso per estensione geografica e abitanti, è stata, all'inizio del 2020, il secondo Paese al mondo, in termini assoluti, per numero di contagi e di morti. Dietro alla Cina, la nazione più popolosa, il luogo dal quale, per di più, il virus si era diffuso. Tutti ci guardavano, tutti ci giudicavano, magari qualcuno prendeva anche spunti ed esempi, talora virtuosi, vincenti e convincenti, altre volte drammaticamente istruttivi.

Qui, più che altrove nel pianeta, abbiamo visto medici e infermieri sfiniti (e deceduti), bare ammassate, ospedali, terapie intensive e cimiteri al collasso, scelte inesorabili e durissime fra chi salvare e chi perdere, la necessità di decisioni, anche politiche, sull'isolamento dei singoli e delle famiglie, e per contenere e scongiurare il possibile tracollo delle finanze pubbliche e private.

Peraltro, se regimi ed economie agli antipodi hanno fatto scelte analoghe in termini di lockdown, non è evidentemente avvenuto per chissà quali reconditi calcoli e finalità. Questo avremmo dovuto capirlo tutti e raccontarlo.

Con spirito attento e critico, certo, ma senza sostituirci, come spesso avvenuto, a chi – da scienziato e da politico – era in mezzo a quegli eventi e li doveva gestire nel miglior modo possibile e con estrema urgenza. Per non parlare del dibattito, a volte surreale, che si è sviluppato sulla ricerca e sui vaccini.

In quegli anni ero direttore responsabile di "Avvenire" e rivendico con sereno orgoglio che in quel lungo e duro passaggio la stampa quotidiana ha saputo essere prevalentemente corretta, nonostante l'oggettiva complessità (e difficoltà) della situazione e dei conseguenti allarmi da tenere, quanto più possibile, sotto controllo. Certo, non tutti nelle redazioni, e al vertice di esse, hanno

mostrato la coscienza necessaria e la capacità di contenere le emozioni che sono indispensabili in simili momenti.

Ed è mancato, in casi niente affatto irrilevanti, il senso di responsabilità tout court. Si è persino speculato, a caccia di consensi in termini di copie, di audience televisiva, di click, di voti.

A volte, invece di cercare di placare gli allarmi, si è cavalcata l'onda di una insana incoscienza. Se non peggio. "I vaccini sono sponsorizzati dalle grandi case farmaceutiche", si è sentito più e più volte ripetere e raccontare. Un sospetto legittimo, sul quale è stato bene fare chiarezza, anche per gli ingenti capitali pubblici messi a disposizione di aziende private per procedere rapidissimamente nella ricerca.

Ma non poteva, non doveva, essere il primo punto. Così come era doveroso chiedersi se nelle scelte di precauzione da compiere nell'immediato non ci fossero stati anche errori dei tecnici.

In realtà, assai pochi. E tutti – nel caso – puntualmente e saggiamente ammessi. Tutti tranne uno, per me eccezionalmente grave: l'indisponibilità dell'Europa comunitaria a sospendere il copyright sui vaccini, condividendone la produzione e la diffusione con gli Stati delle aree più povere del Sud globale.

Un errore tragico, e un peso che grava ancora nei rapporti del nostro Occidente con tanta parte dell'umanità. Pochi hanno dato conto di questo. Sono fra coloro che non hanno taciuto, e lo rivendico. Tornando al nostro tema, il problema è che l'ordine delle priorità, in quei frangenti, è stato stravolto da testate giornalistiche e giornalisti. E una parte del mondo dell'informazione ha fatto una pessima figura. La prima domanda avrebbe dovuto essere: "Sono efficaci le vaccinazioni?".

E i fatti dimostrano che la risposta è: "Sì". Altrimenti, senza la campagna vaccinale di massa, ci saremmo ritrovati a parlare di

un'ecatombe ancor più epocale. Mi spiego con un esempio.

Nessuno di noi, immagino, quando prende un aereo si chiede preventivamente come mai quella tratta se l'è aggiudicata una certa compagnia (interrogativo legittimo e sul quale si può e si deve fare chiarezza); le prime due domande che tutti ci poniamo, specie se voliamo poco, sono: "È sicuro questo aereo? Il pilota e gli assistenti sono bravi?". Ecco.

Quanto a isolamento, igienizzanti e mascherine, avremmo tutti dovuto fare analoghi ragionamenti e promuovere informazioni utili e non irresponsabili sospetti. Siamo stati talora sostituiti da messaggi, anche scherzosi, ma efficaci, stavolta sì, circolati sul web: per esempio quello di Gloria Gaynor, che, mentre si lava le mani nel suo bagno, canta "I will survive".

Di vite umane ne ha salvate davvero tante.

### *La Sanità pubblica*

Un dovere a cui la stampa che si occupa di medicina, stavolta in primis quella generalista, si conforma, e deve riuscire a farlo meglio, è quello della difesa del servizio pubblico e della salute dei cittadini. Un impegno che non confligge con alcun interesse del medico. Lo spazio c'è per tutti.

Serve, e si può scegliere, il privato (in ambito universitario, clinico, di alta specializzazione) in quanto portatore di conoscenze e capacità, molto approfondite, non solo di ricerca. Ma solo a patto che i servizi siano di primo livello per tutti e in ogni area geografica del Paese e che il Sistema sanitario nazionale funzioni a dovere.

Cosa che pare non interessare troppo ai decisori politici attuali, impegnati più a tagliare risorse e, in alcuni casi, a preferire e favorire un territorio rispetto a un altro.

La Sanità, in queste condizioni, può solo peggiorare. E l'informazione, al pari dei medici e delle loro organizzazioni, e insieme a essi, deve essere in prima linea nel richiamare gli amministratori centrali e locali ad attuare i principi stabiliti chiaramente dalla Costituzione in tema di democrazia, di salute, di libertà e di uguaglianza.

La difesa e lo sviluppo della Sanità pubblica – e l'aggettivo “pubblico”, per la mia cultura, non è esclusivamente sinonimo di “statale”, anche se la Sanità statale ne è indubitabilmente la base e il cuore – è un tema al quale non si deve sfuggire.

Non si può sostenere, come pure molti fanno, che le spese pubbliche non possono coprire ogni esigenza, che l'economia ha regole complessive alle quali nessuno sfugge. Per giustificare questo ragionamento, si fa ricorso a un logoro armamentario: occorre riorganizzare, razionalizzare, evitare passaggi inutili e spese superflue e via di questo passo.

Non sono argomenti totalmente infondati. Ma deve essere molto chiaro che avrebbero, se seriamente affrontati e risolti – il che sarebbe un bene –, riscontri molto parziali in termini di risultati per i cittadini. Intanto bisogna stabilire cosa si intenda per “risparmi” e “spese superflue”.

Sulla salute non sono ammesse ambiguità! E poi capire cosa si vuole realmente fare della Sanità pubblica, a sfavore di chi o di che cosa. Perché, ad esempio, la spesa militare cresce? È forse meglio “lavorare” per far morire le persone invece che per farle vivere, e meglio possibile? Perché la percentuale del nostro Pil per la salute è più bassa che in altri Paesi? Perché in proporzione cresce più la spesa per l'acquisto e l'accumulo di armi che quella per la somministrazione di cure adeguate? Certi soloni dell'economia hanno studiato davvero Keynes? John Maynard Keynes, lucidissimo eco-

nomista, per molti il più grande, ci ha infatti spiegato una volta per tutte che per costruire un ponte non ci voglio i soldi, ma le persone, la calce, i mattoni.

Non bisogna essere laureati in Scienza delle finanze per capire che cosa intenda: i decisori stabiliscono i punti dai quali partire, l'economia ruoterà intorno a essi.

Le spese sanitarie non solo favoriscono i cittadini, specie quando stanno male (che sarebbe già una bella motivazione per interventi cospicui di reale sostegno), ma sono in grado di creare un circolo economico virtuoso.

Potenziando, fra l'altro, le opportunità di tenere qui in Italia (e anche attirare da fuori, da ogni Paese cosiddetto "sviluppato" oppure "emergente") intelligenze e capacità.

Quanto a Pil e salute, la stampa generalista ha il merito di aver riferito i dati sottolineati dallo studio indipendente del Gimbe (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze): "Rispetto alle previsioni di spesa sanitaria fino al 2027, il Def 2024 attesta la mancanza di un cambio di rotta e ignora il pessimo 'stato di salute' del Servizio sanitario nazionale (Ssn), i cui principi fondamentali di universalità, equità e giustizia sono stati traditi, con conseguenze sulla vita delle persone, soprattutto delle fasce socio-economiche più deboli e delle popolazioni del Mezzogiorno".

Bisogna insistere nel leggere la realtà e nel dare risposte incisive e tempestive. È un interesse comune a tutti a noi e che riguarda anche, e soprattutto, le nuove generazioni.

### *Informazione, medicina ed Europa*

C'è, dunque, molto da lavorare per una inversione di tendenza. Che deve coinvolgere l'Europa, le cui competenze sono signifi-

cative anche in materia sanitaria, e i cui obiettivi comuni possono di certo favorire un vero riassetto economico e operativo del settore, una modernizzazione, un salto di qualità.

Qui per la stampa generalista ci sarà molto da fare. Soprattutto per controllare quali gruppi e quali singoli europarlamentari seguiranno gli indirizzi disegnati dall'Unione Europea, oggettivamente positivi, e chi invece li trascurerà.

In sostanza, la politica in materia di Sanità pubblica ha assunto un ruolo centrale nel processo di elaborazione delle politiche comunitarie in considerazione di questi fattori: la lezione impartita dalla pandemia di Covid-19; il Parlamento che ha fatto del cancro un settore d'intervento prioritario; l'impegno per una più forte Unione della salute.

L'iniziativa "Unione Europea della salute" affronta, infatti, i problemi sanitari immediati e futuri, come lo sviluppo della resilienza alle minacce per la salute a carattere transfrontaliero, l'attuazione del piano di lotta contro il cancro, l'avanzamento della strategia farmaceutica per l'Europa e il rafforzamento della Sanità digitale. Tutto questo mira anche ad attrezzare meglio gli Stati membri della UE per prevenire e affrontare le pandemie future.

Stampa generalista e specializzata e medici dovranno favorire, anche con un'attività in vigilando, l'impegno della UE – che ha basi giuridiche negli articoli 168 (Sanità pubblica), 114 (mercato unico) e 153 (politica sociale) del Trattato sul funzionamento della UE e nell'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali della UE – nell'affrontare l'emergere di importanti problemi sanitari, la libera circolazione dei pazienti e degli operatori sanitari all'interno dell'Unione e le conseguenze socioeconomiche di tutto ciò.

L'istituzione di agenzie specializzate come l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) e il Centro europeo per la prevenzione e

il controllo delle malattie (ECDC) sottolinea il ruolo sempre più importante dell'Unione nell'ambito della politica sanitaria.

L'Agenzia europea per le sostanze chimiche (ECHA) e l'Agenzia europea per la sicurezza alimentare (EFSA) contribuiscono ulteriormente a rafforzare le politiche sanitarie europee.

Il programma EU4Health è stato adottato in risposta alla pandemia di Covid-19 e per rafforzare la preparazione alle crisi.

Il Covid-19 ha generalmente intensificato gli sforzi, ponendo l'accento sulla resilienza collettiva e la sicurezza sanitaria transfrontaliera.

Nello specifico di fondamentali temi sanitari, è funzione primaria della stampa medica riferire costantemente sulle attività di prevenzione nella UE che comprendono un'ampia gamma di settori, tra cui le iniziative contro il cancro, le malattie trasmissibili e non trasmissibili, la vaccinazione e la lotta alla resistenza antimicrobica.

### *La buona informazione e la medicina che fa e ispira*

Va detto, infine, che in molte occasioni gran parte della stampa (anche se non proprio tutta) si comporta in maniera lodevole. Atteggiamento che occorre moltiplicare.

Descrivere, anche a rischio della propria incolumità, cosa succede negli ospedali ucraini e in quelli di Gaza così come la situazione sanitaria nelle tante zone di guerra di tutto il mondo, dare conto delle iniziative di Stati, Organizzazioni internazionali, Organizzazioni non governative e reti di volontariato che avviano e gestiscono, in zone vicine e lontane, piccole strutture di emergenza, ambulatori, ospedali, sono solo alcuni degli esempi possibili.

Parlare di tutto questo serve non solo a rendere merito, come

è giusto che sia, a medici e operatori sanitari e umanitari in genere, ma a porre l'attenzione di ciascuno di noi su quanto c'è da fare per rendere migliore l'ambiente in cui tutti viviamo e alleviare le sofferenze di ognuno, specialmente bambini, fino a eliminare – si spera – le disuguaglianze che in tema di alimentazione e salute sono ancora più odiose. Bisogna aver chiaro che esse sono concretamente superabili, se ve ne fosse appena e per davvero la volontà.

L'Agenda 2030 delle Nazioni Unite ce lo rammenta.

In tanti anni di giornalismo, ho raccontato e fatto raccontare ogni volta che ho potuto storie di uomini e donne della cura che smontano dall'interno il sistema (che non è solo mito, purtroppo, come sappiamo bene) della medicina ridotta a business.

L'ho fatto inventando anche spazi che non c'erano, perché nei giornali, assediati dall'onda dell'informazione mainstream, spazi sembrano non essercene mai per quelle e quelli che fanno la cosa giusta rompendo schemi e confermando – ricordate l'immagine da cui sono partito? – la realtà della medicina come straordinaria e inesatta, ma fondatissima, scienza umana.

Medici che, per scelta permanente o investendo il loro tempo di ferie, portano i loro camici bianchi nelle “periferie geografiche ed esistenziali” della società umana globale.

Credo, anche se non ne ho la prova, che papa Francesco si sia ispirato proprio a loro, a questi medici impegnati e disinteressati, incapaci di indifferenza e mai arresi alla routine, quando – proprio all'inizio del suo pontificato, il 16 marzo 2013 – ha rivelato a noi giornalisti di pensare la sua stessa Chiesa come un “ospedale da campo”. Questo oggi più che mai serve e si può realizzare nelle diverse quotidianità e in supplementi eccezionali di tempo dedicato: un “luogo della cura” fatto di persone e da persone, per le persone.

Un grande “ospedale”, ideale e reale, per il mondo senza pace

e ferito dalle ingiustizie. Le migliori energie, un'alta moralità e le più profonde e sperimentate conoscenze scientifiche e mediche possono contribuire a umanizzare e a salvare le donne e gli uomini che lo popolano.

Possono farlo dentro il limite della nostra condizione e con la consapevolezza, umana e per molte e molti anche spirituale, della fraternità e della sororità necessarie.

Un'informazione ben fatta aiuta a vedere esempi, possibilità, doveri. A orientare le risorse.

Le risorse finanziarie, professionali e materiali. E quella grande risorsa che è rappresentata da un'opinione pubblica correttamente informata.

Comunicare la salute nell'era dell'incertezza.  
Le esperienze internazionali

*Giuseppe Cogliolo*

## *Europa e Italia*

Un importante studio promosso dal parlamento Europeo evidenzia come il Covid-19 abbia accentuato il sentimento di incertezza e di fragilità nel 50% dei cittadini mentre soltanto il 7% degli intervistati dichiarava un grado di soddisfazione per il proprio stato. Si intravedevano già forti indicatori di un disturbo post traumatico, attacchi di panico, crisi d'ansia crescenti fenomeni di depressione.

Nel 2022 il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi segnalava che in Italia a due anni dall'inizio dell'emergenza, la percentuale dei cittadini che aveva avuto la necessità di ricorrere all'aiuto di uno psicologo era passata dal 40% al 62%. Otto italiani su dieci si erano trovati in difficoltà a gestire la situazione. Donne, giovani, single i più colpiti.

A livello globale il rapporto Unicef del 2020 ci informava che i giovani che soffrono di fenomeni di autolesionismo, ansia, ritiro sociale, panico e depressione sono circa 89 milioni di ragazzi e 77 milioni di ragazze.

## *E oggi ?*

Possiamo solo immaginare che questo quadro allarmante possa essersi ulteriormente aggravato a causa di eventi economico sociali, geopolitici, ambientali. I dati Istat parlano chiaro.

L'impoverimento progressivo del ceto medio, la crescita esponenziale di aree sociali vicine o sotto la soglia di povertà, la precarizzazione del lavoro, l'indebolimento del sistema sanitario nazionale, un tempo un vanto dell'Italia, sono elementi di un quadro che non può non incidere sia fisicamente che emotivamente sulla condizione delle persone e sulla loro salute. Del resto, è tristemente noto che oggi in Italia una quota crescente della popolazione

più fragile rinunci a curarsi e tantomeno a mettere in pratica buone iniziative di prevenzione. Questo è il mondo in cui viviamo.

Ci stiamo confrontando con un cambiamento della società, del suo rapporto con un futuro prossimo percepito come sfuggente e incerto, con l'inverno demografico a livello Europeo e molto accentuato nel nostro Paese. L'Italia è un paese che invecchia e non è un paese per giovani.

Tutti questi fenomeni oggettivi influenzano non solo la nostra percezione del futuro ma il nostro stato vitale, la nostra salute, il nostro equilibrio psichico.

### *Comunicare significa mettere in comune*

La comunicazione non solo può ma deve avere un ruolo cruciale per incidere positivamente sui fenomeni sociali appena descritti. E deve farlo nell'accezione più autentica. Comunicare per mettere in comune, scambiare informazioni, conoscenze, emozioni, creare consapevolezza del disagio che riguarda la salute psicofisica e fare sentire compresi e sostenuti i soggetti più fragili.

La comunicazione così assume un ruolo sociale nel coinvolgere intere comunità, allarmare le istituzioni, segnalare le vere e proprie emergenze e al tempo stesso condividere le migliori pratiche che riguardano la salute a livello nazionale e internazionale.

Studiare esempi virtuosi fuori dai nostri confini è utile per fornire idee che possano essere di ispirazione per gli operatori e i decisori del nostro Paese e per dare fiducia e un orizzonte di speranza a chi è coinvolto nel grande mondo della salute: personale medico e paramedico, pazienti e loro famiglie, istituzioni locali e nazionali. Il mondo è piccolo e avere uno sguardo sul mondo ci aiuta a incamerare nuove conoscenze e ci fornisce stimoli all'azione.

La comunicazione è lo strumento per portare il mondo a casa nostra. Di seguito cercherò di aprire questa finestra fornendo al

dibattito e alla conoscenza alcune esperienze internazionali nelle quali la comunicazione ha svolto un ruolo determinante soprattutto nell'era post Covid e in piena rivoluzione digitale che ci mette a disposizione strumenti e modalità fino a ieri sconosciute.

La comunicazione di pubblico servizio, sociale, persino la comunicazione di aziende e marche, come vedremo, può avere un ruolo di collante tra i sentimenti e le aspettative dei cittadini e le azioni concrete che le istituzioni devono intraprendere per mettere al centro l'individuo, il suo benessere, la sua salute fisica e psichica.

La salute come fondamentale diritto umano, con la garanzia che ogni individuo abbia le stesse opportunità di raggiungere il miglior livello di cura. Le persone oggi si sentono più sole, maggiormente esposte a rischi, meno protette, meno assistite.

Questo sentimento di solitudine, di parziale abbandono, di frustrazione lo avvertono i pazienti ma gli stessi sentimenti li prova il personale medico e paramedico che opera nelle strutture pubbliche e che vive uno stress da superlavoro e un inadeguato riconoscimento sociale del proprio ruolo.

E ancora, la buona comunicazione può creare connessioni tra persone che vivono lo stesso tipo di problema e che hanno le stesse aspettative e può farlo ad esempio alimentando comunità di riferimento che facciano sentire gli individui meno isolati nel loro bisogno di cura.

### **Circle of Moms Platform<sup>1</sup>**

Circle of Moms è una piattaforma nata negli Stati Uniti e diffusa in gran parte degli stati nord americani per fornire supporto alle neomamme nei primi tre mesi dopo il parto. Mette in contatto la

---

<sup>1</sup><https://www.circlemoms.com/>

persona con altre nuove mamme che condividono gli stessi problemi, ansie, insicurezze, preoccupazioni, domande.

Un vero sostegno al benessere e alla salute della mamma e del bambino. Offre ascolto e possibilità di scambiare esperienze simili, condividere consigli, sentirsi appunto sostenute e meno sole in un momento così bello ma anche così delicato. Comunicare nel significato appunto di mettere in comune.



### **Tia a women's health care organization<sup>2</sup>**

Tia è un altro esempio dagli Stati Uniti che ci mostra come il contatto fisico e la rete possano costituire e comunicare un nuovo approccio, un diverso paradigma per supportare in modo olistico la salute fisica, mentale e riproduttiva delle donne. Si tratta di un'organizzazione che offre uno sguardo e una pratica integrata alla cura della donna nella sua interezza che supera l'assistenza a silos specialistici non comunicanti tra di loro.

Una sorta di villaggio della cura femminile dove la donna non

---

<sup>2</sup><https://asktia.com/>



è mai un essere a una dimensione per parafrasare Marcuse, ma viceversa, la sua salute è trattata in modo integrato, corpo-mente, prevenzione-cura.

L'obiettivo è rendere l'assistenza sanitaria di qualità superiore e più accessibile a tutti, indipendentemente da età, sesso, etnia, religione, status economico.

In ciò la comunicazione gioca un ruolo determinante per spiegare il concetto, informare sul metodo, creare relazione e fiducia tra il paziente e il medico. Viene in sostanza ridefinita l'esperienza del paziente nell'era digitale con un focus su connessione e comunicazione.

### *Cosa abbiamo imparato?*

Sono tre gli insegnamenti che ci aiutano a comprendere come realizzare una comunicazione efficace quando si affronta un tema sensibile come quello della salute e della cura.

Il primo riguarda l'umanizzazione dell'esperienza. Le persone manifestano maggiore interesse ai contenuti e si sentono più coinvolte, se sono esposte a storie autentiche di persone vere o verosimili.

mili nelle quali possano in qualche modo riconoscersi.

Questo fa sì che si generi empatia, che si creino tra le persone connessioni incoraggianti con il risultato atteso di provocare azioni e fuoriuscire dalla routine e dalla comfort zone.

Il secondo riguarda la valorizzazione dell'aspetto comunitario. Sentirsi parte di una comunità fisica o virtuale che tratta temi affini legati al ben-essere e alla cura, aderire a piattaforme all'interno delle quali si possano mettere a fattor comune esperienze personali, preoccupazioni e domande e favorire così un proficuo scambio di conoscenze, risulta estremamente incoraggiante e spinge a mettersi in gioco e a nutrire fiducia in se stessi e negli altri.

Il terzo riguarda la capacità di promuovere una vera comunicazione dialogica a due vie che favorisca un dialogo virtuoso con le persone e non un monologo, incoraggi la partecipazione dal basso, vinca l'apatia e lo scoramento, spinga ad aprirsi, raccontarsi e sentirsi ascoltati, compresi, aiutati.

Non è efficace e non funziona una comunicazione puramente prescrittiva e normativa, mentre al contrario viene premiata una comunicazione dialogante che si mette in ascolto attivo.

### *Un apparente paradosso*

In un mondo dominato dai dati, dagli algoritmi e dall'intelligenza artificiale potrebbe apparire assai facile comunicare i temi riguardanti la salute fondamentalmente attraverso numeri e statistiche.

Utili certo ma non determinanti per garantire che la comunicazione risulti efficace, memorabile, che sedimenti conoscenza e soprattutto agisca sui comportamenti.

Uno studio effettuato dall'Università di Stanford dimostra infatti che solo il 5% delle persone ricorda numeri e statistiche mentre il 63% trattiene storie che coinvolgono e che appaiono autentiche e veritiere o perlomeno verosimili.

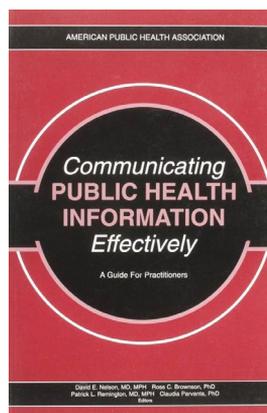
Le statistiche si dimenticano, le storie delle persone si sedimentano, come ci insegnano le neuroscienze. In fondo è quello che è successo nel lungo periodo pandemico, nel quale eravamo inondati da numeri, dati, statistiche quotidiane con il risultato di avere ingenerato in ciascuno di noi scarsa chiarezza, confusione, ansia crescente, senso di impotenza.

Ancora una volta e in modo particolare quando il contenuto della comunicazione riguarda la nostra salute e il nostro benessere psicofisico è la dimensione emozionale e non puramente razionale a fare la differenza.

### **Alfabetizzazione sanitaria di massa<sup>3</sup>**

Un interessante esempio ci arriva ancora dagli Stati Uniti, paese non certo di riferimento per il sostegno pubblico alla salute ma certamente all'avanguardia per quanto riguarda le regole della comunicazione efficace e il linguaggio appropriato da utilizzare. Già nel lontano 2002 l'American Public Health Association pubblicò una guida intitolata "Communicating public health information effectively".

Un vademecum sulla comunicazione efficace indirizzato a tutti i professionisti che, a vario titolo, gestiscono la comunicazione della salute ai livelli locale, regionale, nazionale. Lo scopo è quello di aiutare le istituzioni pubbliche, private e del terzo settore ad acquisire competenze per comunicare argomenti inerenti la salute a audience non scientifiche e al sistema dei media. Un'alfa-



<sup>3</sup><https://www.nih.gov/>

betizzazione sanitaria di massa per divulgare in modo accessibile argomenti scientificamente complessi.

### *Il digitale rende efficiente l'assistenza sanitaria*

Siamo all'alba di una seconda rivoluzione nell'ecosistema digitale in cui siamo immersi, con l'ingresso nelle nostre vite dell'intelligenza artificiale le cui applicazioni potenziali sono ancora lontane dalla nostra capacità predittiva.

Certamente una delle applicazioni più rilevanti dell'AI avverrà nel campo della medicina, della telemedicina, dell'assistenza personalizzata rendendola più accessibile e migliorando il monitoraggio in remoto anche in funzione di prevenzione.

Il periodo del Covid-19 ha messo in luce l'inadeguatezza di molti servizi sanitari pubblici in diversi paesi d'Europa e negli Stati Uniti e ha messo sotto uno stress indescrivibile tutto il personale medico e paramedico.

È verosimile quindi pensare che i sistemi di telemedicina, la possibilità di effettuare diagnosi a distanza e di scambiare in tempo reale informazioni diagnostiche, subiscano una brusca accelerazione con un ruolo determinante dei sistemi di comunicazione on-off line e con feedback medico paziente tempestivi. Di seguito alcuni esempi.

#### **The healthcare market place platform<sup>4</sup>**

Si tratta di una applicazione che mette in diretta comunicazione strutture sanitarie ed esperti clinici flessibili consentendo ai professionisti della salute di lavorare dove e quando vogliono.

CareRev.com consente in questo modo alle strutture sanita-

---

<sup>4</sup><https://www.carerev.com/>



rie di effettuare analisi predittive sui flussi di domanda e di essere perciò sempre in grado di rispondere alle esigenze dei pazienti abbattendo i tempi di attesa. L'intelligenza artificiale in questo caso viene utilizzata per soddisfare una triplice esigenza. Quella di molta parte del personale paramedico disponibile "on demand", l'esigenza delle strutture cliniche di poter essere sempre adeguatamente organizzate per soddisfare la domanda e naturalmente l'esigenza dei pazienti di avere una risposta clinica veloce, puntuale, soddisfacente.

È sotto gli occhi di tutti la crisi del personale sanitario nel nostro Paese, la persistente carenza di organici del personale medico e infermieristico con deficit macroscopici. Una situazione ai limiti di tenuta come quella italiana reclama azioni innovative, coraggiose e tempestive con una visione prospettica. Dipenderà molto dalla capacità e competenza dei decision makers.

La tecnologia esiste, occorre visione e capacità decisionale.

### **Healthcare is complicated. Cirrus MD makes it easy<sup>5</sup>**

Cirrus MD è una piattaforma di assistenza integrata con la

---

<sup>5</sup><https://www.cirrusmd.com/>

quale le persone che necessitano ascolto, cura e accompagnamento sanitario possono iniziare a consultare un medico in meno di 60 secondi ed avere a disposizione 365 giorni all'anno h24 personale medico pluridisciplinare che le accompagna in un percorso di salute e cura.

La tecnologia supporta il medico, non lo sostituisce mai.

La piattaforma semplifica l'accesso e il rapporto veloce medico paziente elimina barriere di tempo, logistiche e burocratiche. Anche in questo caso la tecnologia intelligente supporta i medici, fornisce loro le informazioni giuste sulla storia sanitaria del paziente e mantiene vivo il rapporto umano.

### **Healthcare for every child<sup>6</sup>**

Il Children's Health Fund guida una rete nazionale per fornire assistenza sanitaria completa ai bambini che crescono in comunità le cui famiglie hanno risorse limitate e ne difende la salute e il benessere.

Da oltre 35 anni questa realtà abbatte le barriere che impediscono l'accesso ad una assistenza sanitaria completa e di qualità per le famiglie e i bambini degli Stati Uniti che vivono in comunità disagiate. Oggi sostiene 25 programmi di rete nazionale in 15 stati anche attraverso la decisione pionieristica dell'utilizzo di oltre 50 cliniche mediche mobili, cliniche fisse, scuole, rifugi per senza tetto e vittime di violenza domestica.

La comunicazione costante alle comunità, alle famiglie, l'educazione sanitaria sulla salute fisica e psichica dei bambini è componente fondamentale del progetto.

Comunicare per informare, per educare, per coinvolgere. Sono questi i concetti chiave e il vocabolario che ispira e guida il proget-

---

<sup>6</sup><https://www.childrenshealthfund.org/>



to. Tutti i materiali educativi e divulgativi sulla salute, sui giusti stili di vita da adottare per il benessere dei bambini possono essere scaricati gratuitamente insieme a lezioni e video tematici.

Questa piaga sociale non riguarda del resto solo gli Stati Uniti se pensiamo che in Italia le stime Istat 2023 ci dicono che le famiglie in povertà assoluta sono l'8% della popolazione pari a 5.7 milioni di individui di cui 1.3 milioni di bambini, mentre 4.5 milioni di persone rinuncia a curarsi sia per ragioni economiche che per le lunghissime liste di attesa che dopo la pandemia sono esplose e rendono sempre più difficile accedere a visite ed esami nel servizio sanitario pubblico.<sup>7</sup> L'esempio di Children's Health Fund ci insegna ancora una volta che il combinato disposto di empatia,

---

<sup>7</sup>Istat. Rapporto sul benessere equo e sostenibile

innovazione, creatività applicata, comunicazione emozionale crea un circolo virtuoso efficace per contrastare la debolezza di servizi sanitari pubblici e per accompagnare la crescita e il benessere dei bambini.

In un ruolo di supplenza di ciò che dovrebbe essere garantito.

### *Salute mentale. Come usare le parole*

Come abbiamo visto in precedenza, le conseguenze del periodo Covid-19, la precarizzazione del lavoro, l'incertezza crescente su un futuro sempre più imprevedibile, l'eco ansia, i teatri di guerra vicini a noi hanno determinato un diffuso disagio psichico, in modo particolare su ragazze e ragazzi.

Numeri impressionanti, spesso non conosciuti o sottaciuti per scarsa informazione, sottovalutazione del fenomeno e anche per uno stigma sociale perdurante che impedisce di affrontare il problema in modo approfondito e sistematico con l'ausilio della scienza medica. La conseguenza di questa grave sottovalutazione



ricade sulle persone che soffrono questo disagio in silenzio, che si sentono sole e smarrite, non ascoltate e non comprese.

Nel Regno Unito una persona su quattro soffre di problemi di salute mentale, il 28% appartiene a quella che viene definita generazione Z e il 24% alla generazione dei millennial. E ancora, il 24% degli statunitensi pensa che i social media danneggino il loro benessere e contribuiscano ad aumentare la percezione di insicurezza verso il futuro del mondo.

Due americani su cinque ritengono che gli eventi geopolitici in corso rappresentino una delle maggiori cause del peggioramento della salute mentale. In assenza di forti e sistematiche azioni di comunicazione sul tema da parte delle istituzioni pubbliche, stanno crescendo campagne di marketing e comunicazione gestite in partnership tra aziende, associazioni o enti no profit per coprire un vuoto comunicativo assordante. Non comunicare su un problema così diffuso e profondo è di per sé un atto colpevole che non fa che aggravare il fenomeno lasciando i ragazzi e le loro famiglie soli. Per cui ben vengano campagne virtuose generate in collaborazione con aziende e marchi importanti. Di seguito alcuni esempi.

### **The mental health charity<sup>8</sup>**

“You are not alone” è il concetto che riassume la missione di questa organizzazione che opera in Inghilterra e nel Galles. Mind invita le persone ad uscire dal senso di solitudine, le sostiene in un percorso di rinascita, le sollecita a mettersi in contatto con i propri operatori.

E la comunicazione naturalmente svolge un ruolo determinante e fa sì che le cose avvengano. L'obiettivo è spingere le persone che soffrono di un disagio psichico a non vergognarsi e a

---

<sup>8</sup><https://www.mind.org.uk/>

cercare aiuto.

Il messaggio è forte ed emozionalmente coinvolgente. Qualunque sia la tua esperienza, di qualunque natura siano le tue difficoltà è importante che tu rompa il velo che ti tiene imprigionato



in solitudine e capisca che fuori c'è chi può aiutarti a uscirne.

La campagna di comunicazione parla al cuore e mostra che ci sono altre persone che come te stanno vivendo lo stesso disagio e sperimentando le stesse difficoltà.

Storie vere, di persone vere che in primo luogo contrastano il sentimento diffuso che fa dire “there is nobody like me”, fanno sentire meno sola la persona e la incoraggiano a cercare sostegno.

L'altra percezione che la campagna affronta e demistifica è il sentimento angosciante che fa dire “nessuno mi può capire, nessuno mi può aiutare”.

Quando tu stai vivendo un problema di salute men-



tale o stai supportando qualcuno che lo vive, l'accesso alla giusta informazione è vitale e ancora una volta, comunicare, informare, coinvolgere è la leva perché ciò avvenga.

### **Campaign against living miserably<sup>9</sup>**

Ogni settimana nel Regno Unito 125 persone si tolgono la vita, 18 persone al giorno, una ogni 90 minuti e il 75% sono uomini tra i 45 e i 50 anni.

L'84% della popolazione sperimenta un problema di salute mentale nella propria vita. Calm, acronimo che sta per "Campaign against living miserably" è nata per cambiare questa allarmante situazione e lo fa offrendo servizi salvavita, provocando un dibattito nazionale, riunendo le persone per aiutarle a vivere dignitosamente la propria vita.

Le campagne che porta avanti sfidano gli stereotipi e indeboliscono lo stigma sociale che impedisce di parlare di suicidio.

Una parte importante della comunicazione mette in scena e racconta storie di persone che ce l'hanno fatta e continuano a vivere. Sono storie di persone in carne e ossa che riescono a far cambiare idea a qualcuno, a farlo riflettere, farlo sentire compreso nel suo sconforto profondo e incoraggiarlo a chiedere aiuto. Una comunicazione autentica, sincera che si è dispiegata in modo pervasivo nella società inglese.

Nelle università, nei pub, negli stadi di calcio e nelle carceri la campagna incoraggia le persone a sentirsi autorizzate a condividere le proprie esperienze e a ottenere l'aiuto di cui hanno bisogno prima di raggiungere il punto di crisi.

Consigli sul sito web, chat riservate, presenza fisica nei luoghi sociali, una grande campagna di ascolto, supporto, incoraggia-

---

<sup>9</sup><https://www.thecalmzone.net/how-were-changing-society>

mento, sensibilizzazione, aiuto. Ancora una volta il messaggio di fondo è “You are not alone” e la comunicazione mette in comune storie, vissuti, esperienze, competenze. Perché uniti si può vincere il disagio mentale.

### **Norwich City Football Club - Campagna di prevenzione contro il suicidio<sup>10</sup>**

Questo famoso club di calcio in Inghilterra ha fatto propria la campagna per la prevenzione al suicidio i cui numeri nel Regno Unito, come abbiamo appena visto, sono impressionanti e ha prodotto uno straordinario video in collaborazione con la Charity Samaritans e l'organizzazione Calm.

Il tema centrale della campagna e il messaggio di fondo è riassunto nell'hashtag “#Youarenotalone”. Lo scopo è invitare le per-



<sup>10</sup><https://www.canaries.co.uk/content/mental-health-video-made-available-to-all>

sone a cogliere i più piccoli segnali di famigliari e amici che potrebbero nascondere un malessere dell'anima e diventare l'anticamera del suicidio.

L'idea creativa della campagna contro il suicidio di Norwich City Football Club mostra come non sia per nulla facile cogliere i segnali premonitori perché spesso sono ben mascherati davanti a una facciata di apparente normalità.

Per questo l'invito è di acuire lo sguardo e affinare la sensibilità per cogliere questi segnali apparentemente deboli prima che diventino forti e arrivino al punto di non ritorno.

La campagna che invita a chiamare un numero di telefono per un aiuto immediato è stata lanciata nell'ottobre 2023 in occasione della giornata mondiale della salute mentale. Denunciare il problema, sensibilizzare l'opinione pubblica, invitare all'azione. Il video è stato visto 145 milioni di volte nel mondo e il Norwich Football Club ha ricevuto moltissime richieste di utilizzo da parte di associazioni, ordini professionali, enti istituzionali, centri educativi.

La comunicazione ha colto nel segno e ha messo in moto le cose.

### **#NotAlone Campaign - Youth engagement program<sup>11</sup>**

La #NotAlone Campaign è un esempio virtuoso di partenariato tra il privato ed enti del terzo settore. Nel 2021 i dati ufficiali delle istituzioni spagnole hanno rilevato che il 30% della popolazione giovanile aveva sofferto di attacchi di panico nell'anno precedente, il 24% aveva vissuto sindromi depressive e il 38% era molto preoccupato per il futuro.

L'associazione dei pediatri spagnoli ci informa che la pandemia ha quadruplicato il numero di bambini ospedalizzati per disturbi

---

<sup>11</sup>[https://www.db.com/news/detail/20210607-notalone?language\\_id=1](https://www.db.com/news/detail/20210607-notalone?language_id=1)



di natura psichiatrica mentre le emergenze per il disagio mentale sono incrementate del 50% tra i teenagers.

Da questo allarmante quadro della società spagnola post Covid-19, nasce la partnership tra Save The Children e Deutsche Bank per lanciare e sostenere nel tempo la campagna #NotAlone. Innanzitutto occorre creare conoscenza diffusa del fenomeno e soprattutto focalizzare l'attenzione e gli sforzi sui bambini e le famiglie maggiormente vulnerabili a causa delle condizioni economiche. Il problema peraltro ha una dimensione che va ben oltre i confini spagnoli, come testimoniato da una ricerca effettuata dal team corporate social responsibility di Deutsche Bank.

Ecco cosa è emerso:

- In Germania il 40% dei ragazzi nella fascia 11-17 anni dichiara che il proprio stato mentale è stato intaccato dal periodo pandemico.
- Nel Regno Unito 1.5 milioni di ragazzi e ragazze under 18 ha necessitato di supporto alla salute mentale
- Negli Stati Uniti il 25% dei giovani ha avuto intenti suicidari durante il lockdown
- In Asia le telefonate alle Help lines per richieste di aiuto a causa di abusi domestici sui giovani sono aumentate del 50%.

La campagna si è sviluppata in 30 nazioni in partnership con organizzazioni locali impegnate sui temi della salute mentale e ha garantito supporto psicologico a circa mezzo milione di bambini e ragazzi sostenendo 41 youth mental health charity.

In questa iniziativa su scala globale hanno avuto un ruolo attivo anche i dipendenti della Deutsche Bank: 11.000 collaboratori

che hanno contribuito attivamente alla raccolta di fondi e risorse e che si sono impegnati a sostenere local health charity in 15 differenti paesi. Si tratta quindi di un caso estremamente interessante di partnership virtuosa privato-terzo settore, di comunicazione esterna rivolta a famiglie, comunità, istituzioni e di un forte programma di comunicazione interna rivolta al coinvolgimento di tutti i collaboratori che si sono così sentiti protagonisti del progetto.

Un programma pervasivo che ha messo in campo una pluralità di strumenti: 9000 sessioni di supporto psicologico, 3500 incontri di mental health screening, 2400 attività ricreative sui territori, kit informativi per studenti e insegnanti, migliaia di collaboratori coinvolti.

Tutto questo non avrebbe potuto avvenire senza una chiara e ben orchestrata strategia di comunicazione ed una esecuzione impeccabile.



## Generation Burnout<sup>12</sup>

Nel 2023 in Danimarca viene lanciata da parte del broadcaster P3 una originale campagna con al centro una forte e impattante idea creativa. L'obiettivo è lanciare l'allarme su un fenomeno conosciuto come burnout riguardante i giovani danesi, sensibilizzare l'opinione pubblica, le famiglie, i ragazzi, le istituzioni politiche, educative e il sistema dei media.

Il fenomeno del burnout rappresenta infatti un problema serio di salute mentale riconosciuto come disturbo psichico dalla World Health Organization.

Le ricerche hanno rivelato che il 44% dei giovani danesi soffre di burnout, una percentuale impressionante che ha spinto le istituzioni scolastiche di quel paese a istituire il 9 marzo di ogni anno il Mental Health Day.

Per creare un alto livello di consapevolezza del fenomeno all'interno della società civile e istituzionale danese, sono state create a dimensione umana cinque statue di cera e collocate nei luoghi nevralgici di altrettante città.

Un simbolo visivo che non poteva essere ignorato. L'operazione ha reso così visibile e tangibile un fenomeno invisibile e intangibile e ha denunciato in brevissimo tempo e in una forma emozionalmente coinvolgente il problema.

Piccole versioni delle statue di cera sono state inviate in contemporanea ai rappresentanti della classe politica, delle istituzioni nazionali e locali insieme ad un kit autoesplicativo dell'intera operazione.

Naturalmente sui canali social Instagram e Facebook i giovani erano invitati a condividere in modo creativo le azioni che potreb-

---

<sup>12</sup>[unclegrey.dk/work/generation-burnout/](https://unclegrey.dk/work/generation-burnout/)

NEL 2018 GLI OPERATORI SANITARI IN ITALIA  
HANNO SUBITO 1200 AGGRESSIONI\*

**E POI, LA VITA  
CHI TE LA SALVA?**

CHI AGGREDISCE UN MEDICO FERISCE TUTTI NOI.  
CHIUDIAMO QUESTA FERITA PER SEMPRE.

Ordine dei Medici  
Chirurghi e Odontoiatri  
della Provincia di Bari  
www.omceo.bari.it

FNOMCco  
Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
www.fnomcco.it

bero e dovrebbero fare per evitare di cadere in burnout.

I risultati sono stati eclatanti, a partire dall'esposizione ai media, mentre il 70% delle scuole danesi ha celebrato il Mental Health Day con la partecipazione di oltre 100.000 studenti e con la ripetizione della giornata il 9 marzo 2024.

Si tratta di una case history di comunicazione di successo che ha avuto eco anche a livello internazionale. Un caso esemplare di creatività efficace al servizio di una causa nobile.

### *E in Italia? Il nostro Sistema Sanitario Nazionale. Un modello in crisi*

L'Istituto Superiore di Sanità riporta una interessante indagine condotta in 4 paesi europei, Regno Unito, Italia, Norvegia e Svizzera nella quale si valuta la percezione del personale medico riguardo la disponibilità di risorse e l'efficienza dei rispettivi sistemi sanitari. La percezione dell'inadeguatezza di risorse da parte dei

medici italiani è seconda solo a quella dei medici del Regno Unito. In Italia il 50,4% dei medici intervistati riporta esempi di pazienti che non hanno potuto accedere alle cure per ragioni economiche e il 64,2% ritiene che la limitatezza dei mezzi abbia ripercussioni sull'efficienza delle cure, come del resto è testimoniato dal pesante stato delle liste d'attesa.

Una situazione che ricade non solo sui cittadini più fragili economicamente ma ha una pesantissima ripercussione sui medici e sul personale paramedico che nelle strutture pubbliche è spesso costretto a operare con crescenti carichi di lavoro, staff inadeguati, stress emotivo da superlavoro.

Ci ricordiamo tutti quando in pieno Covid 19 i medici e il personale paramedico erano gli eroi nazionali che salvavano vite e in centinaia perdevano la propria. E oggi? Il Sole 24 Ore ci informa che mancano perlomeno 4000 medici nei pronto soccorso, 5000 medici di base e tra i 60 e 70.000 infermieri. Una situazione che tenderà ad aggravarsi se consideriamo l'inverno demografico italiano. Da eroi a dimenticati.

Un paese dalla memoria corta e dalla scarsa riconoscenza.

È in questo quadro che prende avvio la campagna di comunicazione promossa dall'Ordine dei medici della Provincia di Bari e dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

Una campagna che contiene tre livelli di lettura ben congegnati tra di loro. Il primo livello è quello della denuncia di un fenomeno gravissimo e mai visto prima d'ora in queste proporzioni: 1200 aggressioni avvenute in un anno a danno di operatori sanitari. Naturalmente a nulla valgono eventuali giustificazioni di cittadini esasperati per le difficoltà del servizio sanitario nazionale. Ne va dell'imbarbarimento del nostro tessuto sociale e della sua tenuta.

Il secondo livello è quello della consapevolezza circa il ruolo determinante dei medici che in molti casi salvano le nostre vite

e quelle dei nostri cari, e lo fanno come recita la campagna “con quel poco che c’è” sottolineando quanto medici e infermieri delle strutture pubbliche operino in condizioni pesantemente disagiate e insufficienti.

“Ma come si fa ad aggredire un medico?” è l’accurato appello che punta a scuotere le coscienze, a provocare riflessione, a invertire una assurda deriva violenta e infine a suscitare riconoscenza per chi, in queste condizioni, ci salva la vita. E infine il terzo livello.

L’appello a chiudere questa ferita delle aggressioni, per sempre: “e poi la vita chi te la salva?”.

Parole precise, linguaggio appropriato, tono di voce umano e ad alto tasso emotivo. La comunicazione suscita forte empatia perché racconta con un linguaggio autentico e disturbante storie di persone vere o verosimili, nelle quali ciascuno di noi si potrebbe identificare e lo fa senza artifici retorici ma con il linguaggio della verità ben detta.



Health literacy, ovvero sapere è potere:  
la comunicazione della salute  
in un mondo che cambia

*Silvia Bencivelli*

“La medicina è un sapere trasformato in potere”, scriveva lo storico Jean Starobinski<sup>1</sup>. E spiegava: c’è, nella medicina, sicuramente una conoscenza tecnica, inizialmente di tipo teorico, analoga a quella che perseguiamo nello studio di qualsiasi altro oggetto naturale. Ma quando questa conoscenza si trasforma in un atto medico ha bisogno di virare in senso dialogico. Di diventare un confronto attivo tra esseri umani. Quindi di riconoscere l’individualità delle due persone che si stanno parlando, il medico e il paziente, e di rispettarne la cultura, i bisogni e le necessità.

Ma, come la cultura del medico evolve con il progredire della ricerca, anche i bisogni e le necessità non sono gli stessi per tutti i malati della stessa malattia. Cioè cambiano da persona a persona, e si trasformano nel corso del tempo. Questo introduce il fattore dinamico all’interno della relazione tra medico e paziente e la fa diventare, oggi, nell’epoca della medicina moderna, un gesto di potere. Io (medico) so, quindi posso curare. Io (paziente) so, quindi posso curarmi.

Ne ho il potere, ne abbiamo il potere: il sapere medico ce lo concede. E ce lo concede anche in quanto pazienti responsabili, e persino in quanto non-ancora-pazienti, quando si tratta di operare consapevolmente un gesto di prevenzione su di sé.

Così oggi ho esercitato la mia quota di potere e ho prenotato l’annuale ecografia ginecologica. Dopodiché ho scritto a due miei amici e ho ricordato al primo di prenotare la visita dermatologica che lui stesso dice di dover fare da anni. E al secondo di farsi fare l’impegnativa per quel benedetto esame del sangue che ricorda la novella dello stento che dura tanto tempo, perché il mio amico ha superato i cinquanta da un pezzo, ha avuto un padre cardiopatico, ma l’ultimo controllo l’ha fatto alla visita del militare.

---

<sup>1</sup> J. STAROBINSKI, “Breve storia della medicina”, Raffaello Cortina Editore, 2023

I miei due amici sono colleghi giornalisti: sono laureati, lavorano nel mondo dell'informazione e hanno anche una copertura assicurativa decente. Eppure hanno sempre altro a cui pensare. I risultati sono una tovaglia di nei sulla schiena da far invidia a un cane dalmata, e 35, forse 36, anni senza fare un controllo del colesterolo o della pressione arteriosa.

Un po' è l'umana tendenza a riporre sempre un certo ottimismo nel proprio futuro. Un po' è questione di indole. Un po' però è incapacità di capire l'importanza della cura di sé, e quindi anche di godere appieno di questa forma di potere.

Quando si parla di *health literacy* (in italiano alfabetizzazione sanitaria) si parla anche di questo: non necessariamente di persone poco attrezzate culturalmente, con problemi di *literacy* generale. Ma di mancata comprensione di probabilità e rischi, o di una loro comprensione solo epidermica che non sa tradursi in comportamento. Magari confusi da idee facili e comode, di quelle da marketing del benessere: come quell'altro mio amico che era stato messo a dieta e, diligentemente, non faceva altro che mangiare banane. Dico: "ma perché tutte queste banane?". E lui: "Perché ho fame, e le banane sono frutta, quindi hanno zero calorie". Sono frutta, quindi hanno zero calorie. Anche lui una laurea, un dottorato, un posto da dirigente in una grande azienda pubblica.

Punto di partenza del mio ragionamento vorrei dunque che fosse questo: non è la cultura misurata in titoli di studio a renderci più attenti alla nostra salute. Non è la cultura comunemente intesa a difenderci. Anzi, a volte, pensando di potercela cavare da soli, facciamo pessime scelte.

Oppure non ne facciamo proprio. Cediamo alla presunzione: dimentichiamo il potere che deriva da un sapere. E siccome non abbiamo voglia di sapere davvero (pensiamo di non averne bisogno), finiamo per metterci nei guai perché crediamo di sapere ma in realtà non sappiamo.

Attenzione: tonnellate di studi solidissimi<sup>2</sup> dimostrano che istruzione e reddito sono i più importanti determinanti sociali di salute distali (cioè non immediatamente connessi alla salute, come invece gli stili di vita). Qui non sto negando che le fasce più povere e isolate della popolazione stiano peggio e muoiano prima di quelle benestanti. Voglio dire che, dall'altra parte, non è detto che un buon reddito e un'istruzione superiore siano garanzia di un maggiore health self management, che a sua volta si suppone derivare da una maggiore health literacy.

Il che significa che non basta la crescita della popolazione diplomata e laureata (cosa che comunque sarebbe benedetta, in un paese come il nostro sempre disperatamente agli ultimi posti in queste graduatorie). Che non basta la scuola, almeno non così come è oggi: c'è chi dice che dovrebbe insegnare più scienza (e meno religione, per esempio) per formare i cittadini al pensiero critico e all'autonomia di giudizio, ma fin qui è stato sempre un libro dei sogni. Anche perché come lo insegni il pensiero critico e l'autonomia di giudizio? Purtroppo, non basta nemmeno la cosiddetta 'corretta informazione' se, come spesso succede, è impostata su criteri paradidattici, quindi se assomiglia all'insegnamento scolastico di cui sopra.

Non basta perché l'ostacolo all'alfabetizzazione sanitaria non è (solo) l'ignoranza, comunque intesa, ma è qualcosa di profondamente radicato nella psicologia umana. Ecco perché il problema è difficile: perché non si risolve con una comunicazione impostata dall'alto al basso, sul modello 'siediti che ti spiego'. Però il problema è anche cruciale. La sua importanza è discussa da tempo, anche se col tempo cambiano i termini della discussione in parallelo al

---

<sup>2</sup> M. MARMOT, "Fair Society, Healthy Lives", 2010, in rete in open access qui: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

cambiamento di fattori come l'impatto delle cronicità sulle nostre vite o a eventi come l'arrivo di una pandemia.

Di health literacy infatti si parla già dagli anni Settanta del secolo scorso, anche se all'epoca si puntava il dito semplicemente sulla capacità della persona di leggere un testo a carattere sanitario (se fosse stato solo questo, non avrei potuto parlarvi dei miei amici). La definizione ufficiale invece è del 1998 e la si trova nel Glossario di Promozione della Salute dell'Oms, che a sua volta riprende un'idea precedente poi riespressa e ampliata in tanti altri articoli<sup>3</sup>, dell'esperto australiano Don Nutbeam: la health literacy è "l'insieme delle capacità cognitive e sociali che determinano la motivazione e l'abilità degli individui di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni, in modo tale da promuovere e mantenere un buon livello di salute". Attenzione: un buon livello di salute per sé ma anche per la comunità, con il dito puntato anche alla salute pubblica<sup>4</sup>.

Tema caldo: calcoli sui costi della scarsa health literacy negli Usa (dove è definibile 'analfabeta sanitario' più di un adulto su due<sup>5</sup>) parlano di decine di miliardi di dollari all'anno<sup>6</sup>. Perché il corretto utilizzo delle risorse in Sanità (quindi l'appropriatezza

---

<sup>3</sup> K. SORENSEN et al., Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, in "BMC Public Health" 12, 2012, in rete in open access qui: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>

<sup>4</sup> D. NUTBEAN, Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, in "Health Promotion International", Volume 15 n.3, dicembre 2000, pagg. 259-267, in rete in open access qui: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>

<sup>5</sup> P. SPAN, This Type of Illiteracy Could Hurt You, in "New York Times", 21 dicembre 2018, in rete qui: <https://www.nytimes.com/2018/12/21/health/health-literacy-seniors.html?smid=nytcore-ios-share&referringSource=articleShare>

<sup>6</sup> JA VERNON et al., "Low Health Literacy: Implications for National Health Policy", Washington, DC: Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services, The George Washington University; 2007, in rete in open access qui: [https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1173&context=sphhs\\_policy\\_facpubs](https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1173&context=sphhs_policy_facpubs)

dell'atto medico) promuove una migliore prevenzione e permette di contenere costi e sprechi.

C'è anche da dire che le disparità di health literacy sono riconosciute alla radice delle disegualianze di salute<sup>7</sup>: si vedano per esempio la Convenzione di Oviedo o il terzo degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite. Permettere a tutti di avere accesso all'alfabetizzazione sanitaria minima necessaria a vivere da cittadini consapevoli, e a esercitare il potere medico di cui Starobinski, è una questione di equità. Di diritti.

Ma c'è anche qualcosa che riguarda i singoli cittadini. La necessità di migliorare la health literacy di una popolazione, infatti, è stata (o avrebbe dovuto essere) conseguenza naturale del passaggio dal modello di cura paternalistico a quello dell'alleanza terapeutica. Se il medico 'sa' del corpo umano e delle sue malattie, il paziente 'sa' di sé stesso, e i due devono cercare un linguaggio comune. Quindi come il medico ha dovuto abituarsi a stabilire con il paziente un rapporto più dialogico, il paziente ha (o avrebbero dovuto) imparare a gestire la sua nuova responsabilità. Ma come si impara una cosa del genere? Non è una questione di 'semplice' ignoranza, dicevamo.

È evidente che esistano fattori psicologici che rendono difficile la penetrazione di concetti inerenti alla medicina, che fanno da filtro tra la capacità di comprensione razionale e l'assorbimento profondo e maturo di un'idea. Quell'idea che, come diceva il poeta, finché resta un'idea è soltanto un'astrazione<sup>8</sup>.

Quindi che ci interessi il risparmio in Sanità, la difesa dei diritti dei più deboli, o la salute di un nostro amico, dal punto di

---

<sup>7</sup> C. LORINI, G. BONACCORSI, Health literacy. La cornice concettuale, in "saluteinternazionale.info", 7 novembre 2017, in rete in open access qui: <https://www.saluteinternazionale.info/2017/11/health-literacy-la-comice-concettuale/>

<sup>8</sup> G. GABER, "Un'idea", dall'album "Dialogo tra un impegnato e un non so", Ed. Carosello, 1972

vista di chi fa comunicazione della salute è nodale capire una cosa: limitarsi a dare messaggi scientificamente corretti può non essere una strategia vincente.

Perché non ha senso costruire un messaggio senza riflettere sulla sua ricezione da parte del pubblico, e sulla percezione della sua importanza. Un messaggio pensato, scritto ed emesso senza attenzione al ricevente e a come lui lo interpreterà è un messaggio che rischia di arrivare distorto, e, come si è ben dimostrato nel caso delle campagne sulle vaccinazioni pediatriche, a volte anche capovolto<sup>9</sup>.

Qui ci sono pagine e pagine di storia e filosofia della comunicazione della scienza, che da più di quarant'anni si è costituita in professione pensante. La prima riflessione risale agli anni Ottanta del secolo scorso ed è nata in ambito anglosassone, quando venne elaborato il primo modello di comunicazione della scienza a cui venne dato l'infelice (per noi italiani) nome di PUS: Public Understanding of Science. La premessa, a vederla oggi, era tutta sbagliata: il pubblico non sa, ma se sapesse ci seguirebbe, capirebbe quanto è importante la scienza e quanto siamo attendibili noi scienziati. Si trattava cioè dell'idea che ci fosse nel pubblico un 'deficit' cognitivo da colmare e che questo potesse essere fatto semplicemente spiegando in maniera facile le cose difficili. Nessun conflitto, nessun dubbio: il pubblico 'imparava' e diventava un seguace di Galileo.

Non che sia del tutto sbagliato: esiste una parte di pubblico che si fida e che cerca spiegazioni, e il successo di tanti 'spiegatori' di scienza sui social network e di tanti youtubers che fanno la 'scienza facile' e la 'scienza che piace' lo dimostra bene.

---

<sup>9</sup> S. PULVIANO et. Al, Misinformation lingers in memory: Failure of three pro-vaccination strategies, in "PLoS ONE", 17 luglio 2017, in rete in open access qui: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181640>

Ma di certo non basta e spesso non funziona. Soprattutto in ambito salute, ci sono infatti pressioni da tutte le parti: pubblicità, proposte ‘alternative’, rimedi della nonna, amiche che la sanno lunga, erboristerie varie, e centomila complottismi che non sono solo bianco/nero ma che possono assumere più di cinquanta sfumature di grigio. Non sono controllabili, sono molto appealing, e spesso indirizzano l’utente verso scelte che la comunità medica ritiene (a ragione) sbagliate.

Anche perché fuori da scuola ciascuno è libero (sacrosantamente) di scegliere che cosa vedere e che cosa leggere. Quindi la bella campagna di ‘buona informazione’ arriva solo a chi la vuole ricevere, ed è sostanzialmente una predica ai convertiti. Per tutti gli altri ci può essere anche una franca ostilità verso le idee della medicina moderna (vedi i negazionisti del Covid, i no-vax, le diete alternative senza nessun senso) che di certo non viene intaccata da una campagna che dica: “siediti così ti dico che sbagli, e poi ti spiego che cosa devi pensare”.

Un’ultima ragione per cui l’approccio PUS non funziona è piuttosto di tipo filosofico: siamo sicuri di avere ‘verità’ da proporre? La scienza, per sua natura, è un’impresa collettiva che costruisce paradigmi dal carattere provvisorio. Tutte le volte che progredisce, e modifica un’idea che fino a ieri sembrava solida (quante volte nel corso della pandemia abbiamo detto ‘gli asintomatici non sono contagiosi’ e il giorno dopo ‘anche senza sintomi, con un tampone positivo si rimane in casa’?) può dare l’impressione di non avere un indirizzo chiaro. Di tentennare.

Quindi una comunicazione impositiva che non sappia trasmettere anche l’incertezza delle sue affermazioni è destinata quantomeno a disorientare. Se non, nei casi peggiori, a finire per sembrare poco solida e per far erodere la fiducia nella scienza. Ma anche senza smentite del giorno dopo, la scienza non può raccontarsi come una dispensatrice di verità assolute.

Non è nemmeno furbo, perché, in un'epoca in cui dominano le posture anti-sistema, provare a imporre la propria autorità dall'alto di una cattedra universitaria può generare sentimenti di antipatia e ribellione. In fondo, basterebbe ricordarsi di essere onesti e di ammettere i confini della propria conoscenza. Non so quale sia tra queste la ragione per cui i miei tre amici alzano le spalle quando io, che in questi momenti indosso il cappello di laureata in medicina e chirurgia, ricordo loro l'importanza di un gesto di attenzione a sé stessi.

Di certo non sono complottisti e non hanno nessun problema con la scienza moderna: hanno vaccinato i figli e portano a vaccinare gli anziani genitori, prendono gli antibiotici (solo) quando serve, non fumano, indossano le cinture di sicurezza in auto e il casco in motorino. Io ho il personale sospetto che su queste persone più che la campagna di 'corretta informazione' per implementare la health literacy ci voglia un aiuto più pratico, più concreto.

Ci voglia più facilità di accesso alle strutture sanitarie e all'ambulatorio del medico di medicina generale. Non tanto un poster in sala d'aspetto che ricordi di fare un controllo dermatologico ogni tanto, ma un canale semplice per cui un cinquantenne con mille altri pensieri non debba fare trecento telefonate struggenti per prenotare una visita. Se una visita nel pubblico (anche spendere duecento euro di visita privata scoraggia, soprattutto se si tratta di prevenzione, diciamolo). Considerando che levargli tre nei sospetti è, per tutti, molto meno costoso che curare un melanoma già in fase avanzata.

Ma torniamo alle questioni strettamente di comunicazione. Dopo il PUS le riflessioni sulla comunicazione si sono fatte più elaborate e complesse e hanno potuto intrecciarsi con tanta ricerca scientifica in ambito psicologico e sociale che ha mostrato intanto quanto sia fallace il ragionamento umano.

Il passaggio è fondamentale, perché sta proprio qui quel fatto-

re psicologico che impedisce a un messaggio ‘corretto’ di arrivare alla coscienza delle persone e di diventare azione.

C’è una frase che viene attribuita al neuroscienziato portoghese Antonio Damasio (secondo me un fake, ma sintetizza bene la questione e comunque la usano tutti) che dice che noi non siamo “macchine pensanti che si emozionano, ma macchine emotive a cui a volte capita di pensare”. Cioè noi non siamo calcolatori che usano le informazioni in maniera del tutto razionale, ma siamo grovigli di emozioni per cui prima decidiamo a che cosa credere e poi cerchiamo mille dimostrazioni del fatto che si tratti di una credenza giusta. Vogliamo conferme, e detestiamo che il nostro pensiero sia messo in discussione da altri. Anche quando facciamo una ricerca su Google: i nostri occhi andranno direttamente lì, sulle frasi in blu che riassumono l’idea che stiamo cercando di affermare. Questo significa che, se abbiamo un’opinione anche sbagliata ma decisa, anche se siamo raggiunti dalla campagna di ‘corretta informazione’, difficilmente questa ci farà cambiare idea. O meglio: difficilmente ci verrà voglia di ascoltarla. Potremmo poi persino trovarci a pensare che chi l’ha costruita ed emessa non sia così competente o addirittura onesto.

Ma esiste allora una soluzione? Ni.

Oggi la teoria della comunicazione della scienza e della salute è un oggetto molto complesso in cui non esistono modelli dominanti. Esistono teorie diverse e ce n’è anche una<sup>10</sup>, niente affatto secondaria, che dice che, comunque operiamo dal punto di vista della comunicazione, sono le disparità socioeconomiche il problema. Che finché non operiamo lì, qualunque campagna di promozione della health literacy, comunque pensata, potrà funzionare

---

<sup>10</sup> J. PHELAN et al., Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications, in “Journal of Health and Social Behavior”, vol. 51 n.1, 2010, in rete in open access qui: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0022146510383498>.

al massimo sulle persone già capaci di capirla, quindi già dotate di strumenti culturali e di capacità di azione.

La conseguenza è quella di allargare il divario tra ricchi e poveri. Quindi dovremmo rinunciare in partenza alla “corretta informazione”, se il nostro obiettivo è intervenire sulle disuguaglianze di salute. Ovviamente esistono anche teorie che danno molto meno centralità ai fattori socio-economici. E teorie che nascono direttamente dal concetto di engagement ed empowerment del paziente con l’obiettivo di migliorare la gestione a lungo termine degli interventi e di favorirne l’umanizzazione (e insieme, perché no, il contenimento dei costi). Poi ad esempio esistono strumenti come il nudging: la “spinta gentile”, un incoraggiamento non esplicito fondato sulla costruzione di un ambiente in cui la scelta virtuosa sia la più facile e la più gratificante da adottare. Oppure il gaming: le app che contano i passi o i chilometri di corsa che creano disegni da postare sui social. O quella del “Dry January”, in cui ogni giorno indichi quanto (poco) alcol bevi dopo gli eccessi di capodanno e che ti premia dicendoti quanti soldi stai risparmiando, quante calorie in eccesso non ti sei preso e quanto sei bravo a difendere il tuo fegato.

Tra i tanti strumenti, però, credo che il principale sia anche il più antico e semplice: l’ascolto. Nemmeno difficile da usare oggi, in epoca di social, statistiche, grandi dati. Per dirla coi teorici, dobbiamo permettere il passaggio dall’informazione monodirezionale alla comunicazione multidirezionale, e possiamo farlo lavorando su basi oggettive.

La regola numero uno della comunicazione, per me, è questa: non si può cominciare a dire qualcosa se prima non si è ascoltato e capito chi si ha davanti. Bisogna avere bene in testa a chi si sta parlando, e perché, e le sue motivazioni all’ascolto sono molto più importanti delle nostre motivazioni all’emissione di un messaggio. Se quello che ci interessa è che il messaggio arrivi (lo preciso, perché

tante campagne di comunicazione vengono fatte per il solo motivo che “bisogna farle”), dobbiamo capire come arriva ogni singola parola, quale emozione suscita, quando potrebbe infastidire, a chi potrebbe suonare strana.

Dobbiamo rispettare le credenze altrui, anche quelle sbagliate, dobbiamo tenere conto delle possibili precedenti esperienze negative in ambito sanitario. Insomma, la mia proposta è di cominciare a interpretare il problema della health literacy come la controparte generale del passaggio che i medici clinici hanno vissuto personalmente: quello dal modello paternalistico al modello dell'alleanza tra medico e paziente. Lo si deve fare al momento della visita, in un rapporto uno a uno, e lo si deve fare nelle questioni di Sanità pubblica, quando il rapporto è alcuni-tanti: costruire un rapporto di fiducia, e non limitarsi a elargire dall'alto informazioni per colmare quelle che noi vediamo come lacune culturali.

Questo è compito della classe medica, e al suo interno di chi è preposto a costruire la comunicazione. Lo si può fare usando la statistica o gli strumenti della sociologia, e usando gli strumenti della comunicazione di massa, compresi i maledetti social network, e sempre meno giornali di carta e tv. Cioè sostanzialmente rassegnandosi a lavorare in un ecosistema mediatico sempre più complicato e meno controllabile.

In fondo vale anche per chi comunica la salute: sapere è potere. Che per noi significa: sapere a chi si vuole parlare, che cosa gli si vuole dire, che cosa avrà voglia di sentire, come lo capirà se glielo diciamo male, che cosa vuole dire dirglielo male, come invece possiamo dirlo bene, e cento altre cose di questo tipo. Significa avere il potere di cambiare davvero le cose. Non facciamo l'errore di mancare di umiltà e di pretendere dagli altri quello che non sappiamo chiedere per primi a noi stessi.

E in bocca al lupo.

Come cambia  
il ruolo del medico e la sua immagine  
nella società ipertecnologica di oggi

*Luciano Fassari*

Il tema che mi è stato affidato nell'ambito del presente volume della FNOMCeO, dedicato alla comunicazione in ambito sanitario e alla health literacy, è tra quelli senz'altro più sensibili al passare del tempo. Soprattutto considerando la velocità con la quale si evolvono ormai i contesti collettivi e individuali delle relazioni in tutti gli ambiti sociali.

Fino a qualche decennio fa parlare del ruolo del medico era tutto sommato semplice perché la società ne aveva contezza chiara e definita. Nessuno aveva dubbi su cosa facesse o dovesse fare un medico: in estrema sintesi gli si chiedeva di curare le persone. Punto. A nessuno, indipendentemente dal proprio status sociale e culturale, veniva in mente di esprimere dubbi o perplessità sull'operato del 'dottore'.

La sua parola era di fatto incontestabile e mai veniva contestata, tantomeno in tribunale!

### *L'età aurea e la sua fine*

Tale autorevolezza il medico se l'era conquistata del resto in tempi relativamente recenti.

Senza riandare a fasi storico-mitologiche del passato, possiamo collocare la figura del medico moderno indiscusso e indiscutibile nel suo agire e sapere in quella che James Le Fanu<sup>1</sup> individua tra il 1940 e il 1970 definendola 'età aurea'.

Un'epoca scandita dall'avvento degli antibiotici e degli anti-tumorali, dal cortisone e dagli antinfiammatori, dalla chirurgia a cuore aperto e dai trapianti, le endoscopie e le tomografie.

Queste, insieme ad altre straordinarie innovazioni raggiunte nel giro di pochi decenni, hanno impresso nella mentalità comune

---

<sup>1</sup> James Le Fanu, *Ascesa e declino della medicina moderna*, Vita e Pensiero Editrice, anno 2005

l'immagine di una scienza destinata a un progresso indefinito e sempre vincente.

Ma, è sempre il pensiero di Le Fanu, a uno sguardo più attento il percorso della medicina moderna non appare come una retta ascendente, bensì come una parabola che, una volta raggiunto il culmine, si trova ora in una fase discendente, iniziata alla fine degli anni Settanta.

Le motivazioni del declino sono svariate e non è questa la sede per analizzarle a fondo nelle loro molteplici cause e concause.

Per restare al tema di questo contributo penso basti ricordare che tra quelle universalmente riconosciute figurano:

- il rallentamento dei progressi scientifici dopo le scoperte rivoluzionarie di metà '900;
- la maggiore consapevolezza del paziente/malato con la contemporanea crescita della sua voglia di essere 'più' informato sulla diagnosi e le cure proposte;
- la perdita progressiva di status sociale (a partire da quello economico) del medico che, nella stragrande maggioranza dei casi, diventa un professionista come tanti altri e come tale criticabile e 'scaricabile' se 'non funziona' a dovere – il tutto in un sistema salute progressivamente in crisi e in sofferenza di sostenibilità;
- la crescita della burocrazia e del potere amministrativo (sia tecnico che politico) nella Sanità, che ha indubbiamente indebolito e limitato l'agire del medico rosicchiandone spazi crescenti di autonomia professionale;
- e, infine, in tempi più recenti (sostanzialmente databili con l'affermarsi di internet e dei social media), la nascita di un nemico (dimostratosi molto pericoloso sia per il singolo che per la collettività) individuabile nel proliferare di tesi totalmente a-scientifiche che hanno messo a dura prova la stessa tenuta del sistema durante la recente pandemia di Covid.

### *Un medico solo, in trincea*

Contro questi fenomeni il medico è oggi sostanzialmente disarmato e impreparato. Disarmato perché sprovvisto di strumenti idonei per affrontare un contesto lavorativo che molti osservatori da tempo definiscono come una ‘trincea’, nella quale il medico è stato catapultato oltre che scarsamente equipaggiato anche ‘impreparato’. Infatti, sia a livello di percorso di studi che di successivi aggiornamenti, sono ancora molto rari i momenti di formazione incentrati su questa nuova realtà dell’essere medico.

A questo quadro generale già di per sé demotivante dobbiamo aggiungere anche l’attuale realtà del sistema sanitario pubblico nelle sue varie articolazioni (nel quale lavora ancora oggi la stragrande maggioranza dei medici italiani), caratterizzata da penuria cronica di risorse, investimenti al rallentatore, sovraccarico lavorativo e trattamenti economici molto inferiori alla media europea dei Paesi con noi confrontabili in termini di peso economico.

È evidente allora che per il medico di oggi si può parlare di una ‘tempesta perfetta’ che lo vede a rischio naufragio professionale ma anche sociale e umano. Una situazione, quella del dopo ‘età aurea’, che ha ben descritto recentemente Roberto Polillo<sup>2</sup>: “Gli eredi attuali di quella medicina liberale sicura di sé e del suo status esclusivo non sono nobili decaduti che mantengono a titolo consolatorio gli emblemi del vecchio casato; sono personale subordinato, semplici tecnici specializzati, spesso a contratto orario, esperti di un sapere parcellato, routinario e mal pagato che paradossalmente è la negazione di quella visione olistica che è alle base della moderna fisiopatologia e delle battaglie degli anni ’70”.

---

<sup>2</sup> Roberto Polillo, Fine della dominanza medica e potere del Dottor Google, *Quotidiano Sanità* anno 2023, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=110421](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=110421)

Scrive ancora Polillo: “Ogni medico sa che nel rapporto con il paziente è quasi sempre presente un terzo partecipante invisibile: il dottor Google. Il paziente ha già un’idea dei suoi problemi a cui il dottor Google, ovvero le risposte reperite nella rete, ha già fornito una soluzione (la dieta miracolosa priva di lattosio, di glutine, iperproteica o povera di nichel; i probiotici; la meditazione, le medicine alternative e la diagnostica da banco per intolleranza ed allergia etc); una soluzione sempre e costantemente condizionata da evidenti risvolti commerciali.

Il paziente porta dal medico con sé la cassetta degli attrezzi fornita da Google e valuta positivamente solo il medico che conferma quella verità rivelata dall’onnisciente rete. Tutto il contrario delle politiche attive di implementazione dell’empowerment del paziente che si basano sulla condivisione di un sapere critico sulla medicina e sulle sue procedure [...].

La fine della dominanza medica non può certo essere attribuita a dott. Google ma di sicuro la interazione tra gli spiriti selvaggi dell’economia dell’immateriale e un mondo politico post-ideologico ha fortemente contribuito a tale risultato”.

### *Un futuro è possibile*

A questo scenario a tinte fosche in qualche modo rispondeva guardando a una possibile rinascita Antonio Panti<sup>3</sup> che innanzitutto si chiedeva se e come i medici vivessero questo cambiamento, “come perdita o come sfida, come sconfitta o come occasione?”. E ancora: “I medici riusciranno a dominare una tecnologia sempre più pervasiva? La tecnologia informatica e la IA integra-

---

<sup>3</sup> Antonio Panti, Il ruolo del medico rimarrà anche in futuro, *Quotidiano Sanità*, anno 2023 [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=110465](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=110465)

no e supportano la professione o la sostituiscono?”. Per Panti, “è comprensibile il disagio dei medici, troppi fattori concomitanti lo determinano.

Questo disagio influenza certamente la relazione ma come viene vissuto dai pazienti? [...] la medicina è divenuta così ampia che i problemi sono qualitativamente diversi rispetto a pochi decenni or sono. Tuttavia il bisogno di aiuto nella malattia non è cambiato e la relazione tra medico e paziente non ne dovrebbe aver sofferto troppo; molte inchieste lo confermano insieme all’esperienza quotidiana [...]. Però Dr. Google esiste e quando il medico sarà inevitabilmente condizionato dalle risposte dell’IA, che raccoglie tutti i dati del paziente e quelli della letteratura e darà risposte fondate sull’elaborazione di questi, cambierà qualcosa?

La tecnica cambierà molte abitudini della professione ma il ruolo del medico si manterrà purché egli sappia dominare i nuovi strumenti dell’era digitale e non esserne dominato”.

La conclusione di Panti era che “un nuovo patto con la società è possibile se il medico resterà custode del rapporto umano, gestore dell’empatia e, nello stesso tempo, padrone della tecnica utile come strumento delle cure e quindi supporto alla sua professionalità”. Come vedete da queste sintetiche riflessioni, il tema che torna comunque centrale è quello del rapporto con il paziente che, come abbiamo visto, non è certamente più quello rimasto quasi immutato nei secoli tra medico onnisciente e onnipotente e malato suddito timoroso e comunque riconoscente.

### *Ripensare il rapporto con il paziente*

A disegnare forse con maggiore efficacia il cambiamento epocale nella relazione tra medico e paziente è stato in un suo celebra libro Ivan Cavicchi che così in un’intervista di qualche anno fa spiega

questa trasformazione<sup>4</sup>: “Oggi il malato ‘paziente’ si è emancipato diventando ‘esigente’ cioè un soggetto consapevole dei propri diritti, con un certo grado di informazione e di autonomia, che si organizza in associazioni deciso ad affermare la sua condizione di cittadinanza, non più ‘beneficiario’ passivo ma ‘contraente’, che usa ciò che la fiscalità o il reddito gli permette di comprare, sia in forma pubblica che privata per contrattare le condizioni delle cure di cui ha bisogno. Si tratta di un mutamento sociale che per importanza è paragonabile all’abolizione della schiavitù”.

“Il malato oggi – prosegue Cavicchi – nei confronti della medicina non è più servus ma è colui che, più di ogni altro, è padrone di se stesso, quindi dominus, ponendo alla medicina inediti problemi di ripensamento. Se non ci fosse l’esigente oggi in medicina non si parlerebbe di persona, di centralità, di alleanza terapeutica, del prendersi cura, di relazione, di empowerment, di contenzioso legale, di medicina difensiva ecc.

Con l’esigente si sviluppano e crescono nuove forme di rappresentanze sociali, nuovi modi di associarsi e di organizzarsi come malati. Questo mutamento è alla base di molte inedite problematiche della medicina, di nuovi costi e persino di nuovi conflitti sociali come il contenzioso legale ma anche di nuovi problemi legati al modo di conoscere”.

“Oggi – è ancora Cavicchi a parlare – tra domanda di salute e esigente esiste un rapporto circolare. L’esigente è tale perché la domanda di medicina è radicalmente cambiata, la domanda di salute è cambiata grazie all’esigente. Si tratta di una domanda complessa che va ben oltre la cura fisica delle malattie e che obbliga ad un impegnativo ripensamento per fare in modo che la medicina

---

<sup>4</sup> Ivan Cavicchi, Intervista a Fondazione Paracelso, anno 2014  
Sito Fondazione Paracelso: <https://rb.gy/wdrhtn>

scientifico sia la più adeguata possibile alla sua società di riferimento. L'esigente è come guidato da una forte filosofia esistenzialista connotata anche da un forte individualismo. Egli è colui che usa la medicina per 'poter essere' quindi 'esistere' in quella particolare situazione di 'decadimento' che si chiama malattia". Il 'poter essere' dell'esigente dipende dalla cura che egli ha di se stesso (il prendersi cura), per cui la medicina è lo strumento che l'esigente usa per 'rimediare' alla propria condizione di 'decadimento' o di 'relativa finitudine'.

Questo obbliga quasi la medicina a ridefinire le sue visioni tradizionali di malato ma anche ad ampliare la sua idea di scienza e a ripensare i modi attraverso i quali essa svolge le sue funzioni".

### *Una crisi non solo italiana*

Ma cosa ne pensa la maggior parte dei medici, non solo italiani, di questa situazione di evidente crisi di ruolo e status? Alcune risposte le ha fornite recentemente un'indagine europea<sup>5</sup> a cura di Anaa-Fems (Federazione Europea Medici Salariati).

Quella del medico, secondo i risultati dell'indagine, è considerata innanzitutto "una professione indispensabile, ma al contempo faticosa e frustrante". È invece gratificante per due realtà del nord Europa: Svezia e Germania. In Romania l'aggettivo prevalente è affascinante.

La qualità dei servizi offerti dalle strutture sanitarie del proprio Paese è valutata dal 50% dei medici poco soddisfacente, mentre la qualità dei servizi offerti dagli ospedali del proprio paese è soddisfacente al 75%, dato che arriva all'84% se si parla degli ospedali della propria regione, mentre il gradimento verso la qualità

---

<sup>5</sup> Indagine Anaa-Fems, anno 2022, <https://www.anaao.it/content.php?cont=34700>

offerta dai servizi extra ospedalieri del proprio Paese scende al 59%.

La qualità dei servizi offerti dal SSN dei differenti paesi è stata usata come barometro della eventuale possibilità di crescita professionale dei singoli.

Negli ultimi 10 anni, la qualità dei servizi nelle strutture sanitarie del proprio Paese è percepita come peggiorata dal 59% dei rispondenti (in particolare in Austria, Germania, Portogallo, Italia, Francia, Svezia, Spagna), nazioni che sono anche tra le più popolate tra tutte quelle che hanno partecipato al sondaggio.

Invece per i medici di Slovenia, Slovacchia e Croazia la qualità è invariata, mentre a Cipro e in Romania i servizi sono migliorati. È curioso il dato che, anche in paesi che hanno investito e continuano a investire in Sanità (Svezia, Germania, Austria, Francia) vi sia la percezione di un peggioramento della qualità dei servizi sanitari offerti. Un'ipotesi, confermata parzialmente dai risultati globali della survey, è che sia peggiorato il lavoro medico e, in conseguenza, l'attitudine alla cura e le possibilità di esprimere la propria professionalità. Il giudizio sulla qualità dei servizi nella struttura dove si lavora non è positivo. Per il 58% dei medici la qualità è peggiorata (in particolare in Croazia, Germania, Portogallo, Italia, Francia e Spagna). È migliorata invece per il 17% (Slovenia, specie nella fascia d'età over 60 e in Slovacchia), è rimasta infine uguale in Svezia, Romania e Cipro.

Tra le principali cause del peggioramento, laddove è riscontrato, la risposta più frequente (83%) è dovuta ai carichi eccessivi di lavoro per mancanza di personale (a denunciarlo sono principalmente le donne); quindi scarsi investimenti nelle strutture (41%); sempre al 41% la dirigenza influenzata dalla politica e infine le retribuzioni inadeguate (33%).

Il tema dei carichi di lavoro è un tema che ricorre frequentemente nella indagine, affermandosi come elemento che richiede iniziative sindacali. Le possibilità di crescita professionale sono

considerate poche dal 58% del campione; ad affermarlo sono specialmente le donne (57%). Viceversa un 25% di medici (in particolare in Svezia, Germania e Austria) considera le possibilità di crescita professionale sufficienti. Questo almeno in parte potrebbe spiegare la forte attrattività che hanno questi paesi, specie la Germania, per i giovani delle altre realtà europee.

Restando nell'ambito professionale, le possibilità di veder riconosciuta la propria professionalità nella struttura sanitaria in cui si lavora sono ritenute poche dal 66% del campione (il 25% tra questi sono i più giovani); il restante 34% risponde 'abbastanza'. A questo gruppo appartengono Germania, Austria e Svezia.

È necessario chiedersi se il declino del riconoscimento sociale e professionale del medico sia da attribuire al disinvestimento politico in questo settore, alla femminilizzazione della professione o alla diminuzione del senso di appartenenza alla categoria professionale e all'ordine professionale di appartenenza.

È stato quindi chiesto di dare un giudizio su un aspetto (tra i dodici presentati) che incide sulla qualità dei servizi sanitari.

Per il 58% i carichi di lavoro sono troppo pesanti per mancanza di personale; successivamente un altro aspetto che incide sulla qualità dei servizi sanitari sono le retribuzioni inadeguate (33%), infine c'è un 9% che ritiene che nella qualità dei servizi incidono negativamente gli scarsi investimenti nelle strutture.

Andando a indagare in maniera più articolata il livello di soddisfazione economica, professionale e di benessere sul posto di lavoro, il 92% dei partecipanti non ritiene che il compenso economico sia adeguato all'impegno richiesto al medico dipendente (con unica eccezione, la Germania); per il 50% lavorare in una struttura sanitaria significa rinunciare alla vita privata; il 41% pensa che il ruolo svolto dal medico dipendente abbia uno scarso riconoscimento a livello sociale; altrettanto scarso è il coinvolgimento dei medici dipendenti nella politica sanitaria e di gestione (50%);

mentre il 59% vive come troppo forte la dipendenza del singolo medico dalle gerarchie professionali e amministrative; infine per il 66% del campione molte norme finalizzate a migliorare la sicurezza e la qualità delle cure sono in realtà strumenti volti a ridurre i costi. Come viene valutata la propria retribuzione? È poco soddisfacente per il 66% dei medici europei (il 90% delle donne medico europee intervistate ritiene la propria retribuzione inadeguata) mentre i medici tedeschi, coerentemente con quanto affermato in precedenza, si dichiarano soddisfatti, così come gli svedesi e gli austriaci. A questi si aggiungono i croati.

Il 58% si giudica soddisfatto del proprio lavoro di medico dipendente, ma se andiamo ad analizzare nel dettaglio diversi aspetti della soddisfazione, ci accorgiamo che il quadro non è confortante, anzi. Emerge che il medico è insoddisfatto (57%) dei carichi di lavoro; ma è soddisfatto (59%) delle prospettive lavorative; mentre se parliamo di prospettive di carriera il 58% confessa la propria insoddisfazione; l'organizzazione del lavoro scontenta quasi tutti (75%); così come la flessibilità lavorativa (75%).

Discorso a parte il part time dove il 66% è equanimente diviso tra soddisfazione (33%) e insoddisfazione (33%); su aggiornamento e formazione l'insoddisfazione è al 58%, così come sulla qualità delle strutture sanitarie (58%).

Tiepidi anche i rapporti con la dirigenza: il 50% del campione esprime insoddisfazione. Ottimo invece infine il rapporto con i pazienti (83% di soddisfazione) e il livello di dotazioni tecnologiche (58%).

Sulla possibilità di conciliare vita e lavoro il 66% si dichiara insoddisfatto. E tra gli aspetti della vita privata a cui la professione costringe a rinunciare emergono principalmente lo svago e gli hobby (75%), la famiglia, specie per le donne (16%) e le vacanze (9%). Il blocco di quesiti riguardanti la possibilità di cambiare ospedale, funzioni, reparto fino al passaggio alla libera professione

ci fa sapere che per il 41% è difficile cambiare struttura, tranne che in Germania, Austria e Svezia.

È ancora più difficile cambiare tipo di lavoro o funzioni (67%) ma è meno difficile cambiare reparto (50%) mentre è abbastanza facile passare da dipendente a libero professionista (41%).

I rapporti di lavoro con i colleghi sono ovunque riconosciuti molto più che buoni: come clima di lavoro (84%); a livello di collaborazione (91%); a livello di amicizia (75%).

### *La tecnologia amica o nemica?*

Per la medicina il futuro è adesso. Lo sviluppo tecnologico in campo bio medico è straordinario. A livello mondiale la ricerca farmaceutica in particolare è al primo posto come percentuale impiegando da sola il 19% del budget mondiale di ricerca, seguita dalla ricerca nel campo informatico (di cui una parte significativa è di interesse sanitario) con il 18% e dalla ricerca in campo hardware e attrezzature tecnologiche (anche queste riguardano in parte importante la salute) con il 15%.<sup>6</sup>

E per il medico e in generale per tutti i professionisti della salute è chiaro come tale sviluppo rappresenti una sfida cogente alla quale sarebbe ridicolo pensare di poter sfuggire.

E su come affrontarla penso sia utile in conclusione riprendere quanto il Comitato Nazionale di Bioetica ha scritto nel 2020 a conclusione di una lunga disamina degli aspetti etici connessi con l'uso dell'Intelligenza artificiale in medicina.<sup>7</sup>

Scriva il Comitato nelle sue raccomandazioni: "A fronte di un

---

<sup>6</sup> Indicatori farmaceutici 2023, Farindustria  
[https://www.farindustria.it/app/uploads/2023/07/Indicatori\\_2023.pdf](https://www.farindustria.it/app/uploads/2023/07/Indicatori_2023.pdf)

<sup>7</sup> Comitato nazionale per la Bioetica anno 2022  
<https://bioetica.governo.it/media/vkkphteb/intelligenza-artificiale-e-medicina.pdf>

progresso in questo ambito considerato ‘trasformativo’ e ‘dirompente’, soprattutto nell’ambito della tutela della salute, il Comitato intende promuovere una riflessione etica nel bilanciamento della dimensione umana e della dimensione artificiale, senza la reciproca esclusione. Nella convinzione che: l’esclusione dell’artificiale toglie molte opportunità all’uomo; l’esclusione dell’umano solleva molte criticità dati i limiti dell’artificiale. Bisogna evitare eccessive speranze, ma anche eccessivi timori, con un atteggiamento di fiducia e di cautela.

Il Comitato raccomanda:

– di predisporre ex ante accurati controlli per l’‘addestramento’ delle macchine sulla base di dati di qualità, aggiornati e interoperabili e di condurre sperimentazioni adeguate nell’ambito della IA per garantire sicurezza ed efficacia nell’uso di queste nuove tecnologie e sollecitare la ricerca di strumenti di validazione e certificazione delle tecnologie e di sorveglianza e monitoraggio, come elementi indispensabili per creare un “patto sociale di fiducia e affidabilità” delle tecnologie in ambito medico; sarebbe auspicabile integrare nell’ambito dei comitati etici per la sperimentazione la figura di un computer scientist o un esperto di IA, e aggiornare anche la normativa sulla sperimentazione con riferimento a software in ambito medico;

– nell’ambito della relazione medico-paziente, informare, soprattutto in questo periodo di transizione, in modo corretto i malati dei rischi e benefici dell’uso della IA con riferimento alle specifiche applicazioni (e anche dei limiti di spiegabilità delle tecnologie ‘opache’), al fine di garantire la piena consapevolezza delle scelte e assicurando anche percorsi alternativi nella misura in cui emergesse una resistenza all’accettazione delle nuove tecnologie; garantire, nelle applicazioni della IA alla salute, un approccio largo e rappresentativo (non selettivo e discriminante) e un ambito

di ‘controllo umano significativo’ di una interazione e collaborazione uomo/macchina, a tutela della correttezza complessiva e della comunicazione paziente-medico come ambito della cura;

– ripensare la formazione dei professionisti della salute in modo dinamico con una revisione flessibile dei programmi di studio da parte di commissioni interdisciplinari, per un adattamento costante al cambiamento tecnologico, pensando anche a percorsi di possibile ‘convergenza’ dei settori disciplinari tradizionali (es. nella facoltà di medicina, medicina e informatica o fisica o data science e simmetricamente, nella facoltà di giurisprudenza/scienze umane con fondamenti di computer science e IA);

– introdurre la rilevanza dei principi etici di autonomia, responsabilità, trasparenza, giustizia nei codici di condotta e nei corsi di formazione degli ingegneri, informatici, sviluppatori, con particolare riferimento all’etica nel disegno delle tecnologie (ethics by design/in design/for designers), assicurando una tecnologia che sia orientata ad incorporare i valori e assicurare la centralità del paziente;

– creare una coscienza pubblica della società su opportunità e rischi delle nuove tecnologie, affinché i cittadini possano partecipare in modo critico al dibattito su IA senza un affidamento cieco e nemmeno un eccesso di preoccupazione, essere consapevoli delle scelte e delle implicazioni della Sanità digitale: tale promozione può avvenire anche mediante l’organizzazione di conferenze per le scuole e incontri con la cittadinanza, che il CNB regolarmente propone;

– sollecitare, sul piano normativo, un aggiornamento sui profili concernenti la responsabilità nell’applicazione delle nuove tecnologie;

– promuovere la ricerca su IA, oltre al settore privato, anche e soprattutto nella dimensione pubblica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)”.

Comunicare la scienza ai tempi del Covid-19

*Roberta Villa*

La pandemia ha portato il linguaggio e i contenuti della virologia, dell'epidemiologia, dell'infettivologia e più in generale della medicina su tutti i media generalisti, inondando prime pagine e aperture dei notiziari per almeno due anni. In questo periodo, chiunque si è abituato a discutere anche davanti alla macchinetta del caffè di valori  $R_t$ , di evoluzione e sequenziamento delle varianti e delle sottovarianti, di ventilazione non invasiva e intubazione, di ondate epidemiche e condizioni endemiche, mRNA e vettori adenovirali.

L'Organizzazione mondiale della Sanità ha parlato a buona ragione di infodemia, termine già coniato in precedenza, per spiegare come le persone fossero travolte dall'eccesso di notizie quasi quanto dalla malattia, sottolineando come a confondere e a ridurre la capacità decisionale fosse soprattutto la quantità, oltre alla scarsa qualità dell'informazione<sup>1</sup>.

Mai nessun evento, da che esiste una comunicazione di massa, ha infatti monopolizzato tanto a lungo e in maniera così invasiva e persistente scalette e palinsesti, tracimando dagli organi di informazione ai talk show e ai programmi di intrattenimento. Non era mai accaduto e mai ci si sarebbe potuti immaginare che sarebbe accaduto con un fatto di natura scientifica.

Forse è stato perché solo la pandemia – che pure dipende da un virus la cui natura, i cui effetti, la cui diffusione, i modi per controllarla e mitigarne gli effetti sono oggetto di studio della ricerca biomedica – è stata finora in grado di provocare uno sconvolgimento tale da coinvolgere tutta l'umanità. Un coinvolgimento che non riguarda solo una dimensione orizzontale – per la dimensione globale del contagio, che non ha risparmiato le località più remote –, ma anche, per così dire, una verticale, riguardando la (e le) so-

---

<sup>1</sup> WHO. Infodemic. [https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1)

cietà in un modo o nell'altro a tutti i livelli: relazionale, sanitario, economico, esistenziale, professionale, educativo, e così via.

### *Il ruolo della comunicazione*

In un articolo per *Nature* del 2009, John Barry – scrittore e storico autore del libro “La grande influenza”, dedicato alla cosiddetta Spagnola, provocata dal virus influenzale A(H1N1) del 1918/1919<sup>2</sup> – scriveva che, in occasione di una futura pandemia, la prima arma a disposizione dell'umanità sarebbe stata la vaccinazione, ma la seconda, per qualcuno forse sorprendentemente, sarebbe dovuta essere proprio la comunicazione.

L'ordine indicato da Barry si riferisce all'importanza del mezzo di difesa, non al tempo in cui sfoderarlo, dal momento che ci vogliono almeno mesi per produrre miliardi di dosi di vaccino, mentre la comunicazione è uno strumento sempre a disposizione, prima, durante e dopo una pandemia. Uno strumento che può incidere in maniera molto marcata non solo sull'impatto del virus, ma perfino sulla sua evoluzione.

La diffusione di un agente infettivo, infatti, dipende dall'interazione tra il microbo, l'ambiente e l'ospite, e ciascuno di questi tre attori in diversi momenti può svolgere un ruolo più o meno importante.

I comportamenti umani sono un fattore cruciale per far crescere o calare i contagi e, maggiore è la circolazione di un virus, maggiore è la sua possibilità di dare origine a nuove varianti in grado di evadere l'immunità che si va via via costruendo. Ebbene, nulla più di una comunicazione corretta ed efficace può influire

---

<sup>2</sup> J.Barry. Pandemics: avoiding the mistakes of 1918. In “Nature”, 459, 2009, 324–325.

J.Barry. The Great Influenza. The Epic Story of the Deadliest Plague In History. New York, Penguin, 2005.

su tali comportamenti, riducendo quelli a rischio e così limitando la diffusione del virus. In questo, la comunicazione delle malattie infettive (anche meno estese di una pandemia) presenta una differenza sostanziale rispetto a quella di altri settori della scienza.

Parlando di buchi neri o di evoluzione dei dinosauri non si ha un impatto diretto sulle formazioni cosmiche o sugli animali estinti.

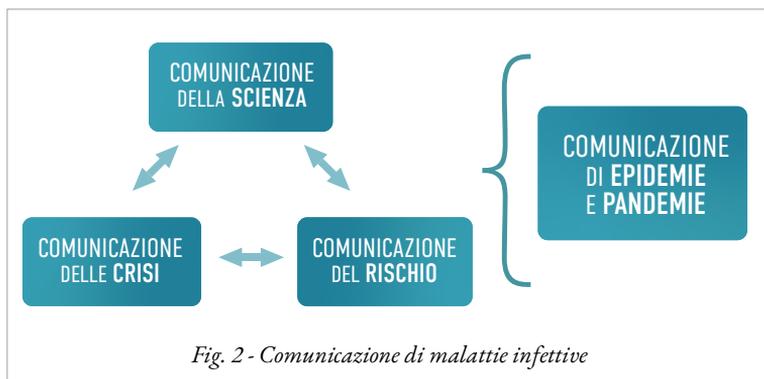
I modelli che all'inizio della pandemia ipotizzavano, senza contenimento del virus, la necessità di 150.000 posti letto in terapia intensiva, riducevano questo bisogno nel momento stesso in cui erano comunicati, perché, anche senza lockdown, la parte più prudente della popolazione avrebbe comunque cercato di limitare l'esposizione al Covid-19.

Casi intermedi possono essere quelli di una comunicazione corretta sulle forme di energia alternative a quelle fossili, che può spingere l'opinione pubblica a comportamenti più responsabili per contrastare il cambiamento climatico, così come promuovere sani stili di vita può alla fine ridurre l'incidenza di malattie croniche, ma soltanto in maniera indiretta e con tempi molto lunghi.

Durante un outbreak epidemico, invece, una comunicazione ben fatta può salvare fin da subito molte vite umane e, diversamente da altri tipi di comunicazione d'emergenza – come quelli relativi a incendi, eruzioni vulcaniche o terremoti – può arrivare anche a neutralizzare il pericolo, spegnendo il focolaio prima che si estenda.

La comunicazione delle epidemie e delle pandemie segue quindi in parte le indicazioni che valgono per la comunicazione in generale, e quelle della scienza in particolare, a cui si devono aggiungere le conoscenze elaborate al fine di rispondere alle situazioni di crisi, per esempio aziendale o politica (per un incidente, uno scandalo, un attacco informatico o di qualunque altro tipo) e soprattutto quelle relative alla comunicazione del rischio (che

sia ambientale, sismico, meteorologico o di altra natura). Ma ha anche una sua specifica peculiarità che non può essere trascurata (Fig. 1).



### *Prima di tutto, l'ascolto*

Regola numero uno della comunicazione – anche quando l'emergenza spingerebbe a una relazione top-down con messaggi unidirezionali dai decisori al pubblico – è non dimenticare mai che per definizione questa richiede almeno una quota di reciprocità, che comprende immancabilmente l'ascolto. Perfino in una gerarchia militare, dove non regnano certo dialogo e negoziazione con i sottoposti, se i capi di stato maggiore non vogliono commettere errori clamorosi non prendono decisioni senza aver prima sentito quale sia la situazione sul campo.

Non serve quindi nel corso di una pandemia emanare dall'alto norme che i medici di famiglia, per ragioni ignote ai vertici, non sono in grado di ottemperare (per esempio visitare i pazienti sintomatici solo con adeguati dispositivi di protezione, quando perfino le mascherine chirurgiche risultano introvabili).

E ciò non vale solo per la comunicazione interna al sistema

del servizio sanitario o alle istituzioni. La priorità deve sempre essere data all'ascolto anche nella comunicazione ai cittadini: prima di elaborare e diffondere messaggi occorre infatti capire che cosa pensano le persone, quali sono i loro bisogni informativi o pratici, quali sono le esigenze primarie, le domande più impellenti e, soprattutto, la percezione del rischio che hanno in un determinato momento.

Altrimenti si rischia, come si è visto purtroppo spesso, di scivolare in una rappresentazione autoreferenziale di tavoli di lavoro, comitati e task force poco utile e anzi respingente.

I social media, in questo senso, rappresentano una risorsa preziosa. Le istituzioni, che durante la pandemia hanno incrementato in maniera visibile la loro presenza sulle diverse piattaforme, dovrebbero forse sfruttare di più questa caratteristica peculiare dei nuovi media (che poi tanto nuovi ormai non sono più) rispetto a quelli tradizionali, quella cioè di poter dare più agevolmente voce alle persone.

È vero che questi stessi mezzi possono facilitare e potenziare la diffusione della disinformazione, la polarizzazione delle opinioni e una litigiosità che può degenerare in bullismo o addirittura qualcosa di peggio, ma ciò non dovrebbe far rinunciare all'opportunità che essi ci offrono di conoscere meglio, fatta la dovuta tara, le idee e gli umori della popolazione, almeno di quell'ampia fascia che li frequenta.

Per gli altri, è importante condurre survey o comunque trovare modo di stabilire un contatto, perché nessuno, sentendosi inascoltato dalle istituzioni, si rivolga a singoli ciarlatani o a organizzazioni appositamente deputate a inquinare i pozzi dell'informazione per ragioni politiche, di profitto o col supporto di potenze straniere che si servono anche di questi mezzi per destabilizzare la nostra democrazia.

Solo dopo aver recepito quale sia davvero l'attitudine dell'opi-

nione pubblica – non quella che ci si può immaginare all'interno di una cerchia ristretta, tendenzialmente elitaria, si potrà elaborare una strategia che tenga conto della situazione reale.

La comunicazione del rischio non deve infatti sempre rassicurare, né tanto meno spaventare, ma deve essere modulata rispetto alla percezione che già ne hanno le persone, così da avvicinarla allo



stato delle cose (Fig. 2). Qualche esempio.

Il rischio di polio in Europa oggi è basso, e basso lo percepisce la popolazione: una comunicazione standard deve comunque ricordare periodicamente che la malattia non è eradicata ed è quindi importante vaccinare i propri bambini.

Il rischio associato al morbillo è largamente sottovalutato dalla popolazione, che associa la malattia a una sorta di innocuo rito di passaggio. In questo caso la comunicazione del rischio deve alzare la percezione del rischio per avvicinarla alla realtà, favorendo la vaccinazione dei bambini e dei giovani adulti non vaccinati.

Tende invece a essere sopravvalutato in Europa il rischio di una malattia di provenienza esotica, e presentata in associazione

a immagini emotivamente inquietanti, come è stato per Ebola quando dilagava nell’Africa occidentale oppure come è oggi per l’incremento di infezioni invasive da streptococco in Giappone, ribattezzate del “batterio mangiacarne”.

In questi casi, scopo della comunicazione del rischio è riavvicinare il pubblico alla realtà, riducendo la percezione di un rischio immediato, almeno fino a quando questo effettivamente non riguarda la popolazione target, né ci sono buone probabilità che la riguardi in un prossimo futuro.

Quando invece la situazione è obiettivamente drammatica, con un rischio alto e un’alta percezione di questo, pienamente giustificata dai fatti, come all’inizio della pandemia nel marzo 2020, l’obiettivo non deve essere sdrammatizzare, né ovviamente spaventare. Occorre piuttosto governare la crisi con trasparenza, dicendo chiaramente al pubblico che cosa si sta facendo e che cosa ciascuno può fare per ridurre il rischio per sé e per i propri cari.

Occorre anche tenere conto del fatto che questa percezione tende a sua volta a cambiare nel tempo, anche a parità di rischio, come abbiamo visto nelle ondate di Covid-19 successive alla prima, quando la stanchezza spingeva a rilassare le misure protettive sebbene il numero di decessi quotidiani rimanesse elevato, ma era subentrata una sorta di assuefazione a quei dati che si potrebbe ricondurre a un meccanismo di autodifesa messo in atto dagli individui e dalla società per salvaguardare salute mentale e sopravvivenza delle relazioni.

Andrebbe invece rifuggita la tentazione comune a politici, giornalisti, influencer di seguire l’onda, assicurando chi vuole negare un pericolo o calcando la mano su chi è già spaventato, cavalcando quel bias di conferma che si è selezionato nella mente di *Homo sapiens* per garantire benessere a piccole comunità concordi tra loro, ma che oggi, alimentando gli algoritmi delle piattaforme, finisce con essere uno dei principali catalizzatori della polarizzazio-

ne in tribù contrastanti e di conseguenza anche motore portante della disinformazione. In conclusione, quindi, è controproducente gridare “al lupo, al lupo!” quando il rischio è minimo, con il risultato di non essere più credibili nel momento del bisogno. Ma, al contrario, in una situazione di rischio reale, il primo pensiero non dovrebbe essere sempre e comunque quello di assicurare per evitare il panico, come se il panico fosse l’esito peggiore possibile. Se una città è da evacuare rapidamente perché sta finendo sotto la lava di un vulcano è meglio spiegare chiaramente perché non è opportuno finire la partita di carte prima di raccogliere l’essenziale e lasciare le proprie case.

L’approccio sempre e comunque ottimista svela in realtà il paternalismo di chi pensa che il pubblico sia solo una massa pericolosa che non è in grado di fare scelte razionali.

E siccome spesso il comportamento si adegua alle aspettative degli altri, si può innescare un circolo vizioso che non porta a niente di buono.

### *Un decalogo per la comunicazione delle pandemie*

Possiamo quindi sintetizzare in una sorta di decalogo le principali caratteristiche della comunicazione in corso di pandemia, che per lo più non si discostano da quelle che più in generale governano – o dovrebbero regolare – la comunicazione, soprattutto istituzionale. (Fig. 3)

Affrontiamole una per una.

1) *Preparedness*. È l’elemento fondante della *readiness*, cioè della prontezza con cui si può rispondere a una minaccia infettiva. Soprattutto all’inizio, davanti alla crescita esponenziale dei casi in una popolazione vulnerabile, il fattore tempo è fondamentale, molto più che in altri aspetti della comunicazione della scienza. Se l’emergenza climatica misura azioni e impatto in un ordine di

1	<b>PREPAREDNESS</b>	con piani pandemici dettagliati
2	<b>TRAINING</b>	di tutte le figure coinvolte
3	<b>TARGET</b>	della comunicazione
4	<b>COERENZA</b>	nei messaggi
5	<b>LINGUAGGIO</b>	attento, che rifugga lo stigma
6	<b>RISPETTO</b>	sempre per tutti
7	<b>TRASPARENZA</b>	sulla situazione e le prospettive
8	<b>EMPATIA</b>	per i cittadini
9	<b>INCERTEZZA</b>	da riconoscere e comunicare
10	<b>FLESSIBILITA'</b>	per adattare la comunicazione nel tempo

*Fig.3 - Proposta di un decalogo per la comunicazione delle pandemie*

anni, davanti a un outbreak contano inizialmente i giorni e perfino le ore, che nel 2020 avrebbero potuto evitare, per esempio, alcuni eventi di superdiffusione in Lombardia.

Nei piani pandemici la comunicazione svolge un ruolo fondamentale. Devono certo indicare, nel momento in cui scoppia la crisi, dove procurarsi le mascherine o come potenziare le terapie intensive, ma anche a chi tocca aggiornare i cittadini sulle conoscenze di cui si viene via via in possesso, con quale frequenza, modalità e approccio. Occorre aver previsto un sistema – per esempio un telefono aperto – con cui rispondere alle loro domande. Occorre monitorare il discorso pubblico e le conversazioni sui social media per prevenire la diffusione di disinformazione e disinformazione.

2) *Training*. E questo richiede personale formato ‘in tempo di pace’, non che si improvvisa comunicatore in una situazione già di per sé difficile.

3) *Target*. La targetizzazione del messaggio, cioè sapere con

chi stiamo parlando – e con quale obiettivo – è essenziale in ogni forma di comunicazione, non solo in pandemia. Perché sia efficace occorre quindi distinguere non solo il livello di comprensione e competenza di chi ascolta, ma anche qual è il suo ruolo. Durante l'ultima crisi, in diversi casi è stato chiaro, per esempio, che ad essere drammaticamente carente era la comunicazione interna al sistema, non solo quella con i cittadini: il trasferimento di dati dalle regioni al governo, le istruzioni ai professionisti sanitari per l'esecuzione dei tamponi nasofaringei, le indicazioni terapeutiche ai medici di medicina generale sono solo alcuni degli esempi in cui il telefono senza fili tra i protagonisti della risposta al virus si è dimostrato difettoso.

4) *Coerenza*. Un elemento fondamentale per la credibilità e l'efficacia di una comunicazione che desidera avere impatto è poi la coerenza tra le parole e gli atti di governo, tra diverse figure istituzionali e tra i loro siti internet. Nel 2020, la prima richiesta degli esperti chiamati ad appoggiare la Task Force anti fake news sul Covid-19 della Presidenza del Consiglio fu quella di aiutare i cittadini a orientarsi nell'infodemia creando un unico sito istituzionale, aggiornato con competenze tecniche e di comunicazione, che rappresentasse una sola voce ufficiale da cui venissero messaggi chiari e univoci.

Non fu evidentemente possibile: i diversi ministeri, AIFA, l'Istituto Superiore di Sanità e AGENAS, per non parlare delle singole Regioni e autorità sanitarie e politiche locali, continuarono a portare avanti in maniera indipendente le loro iniziative di comunicazione sull'evoluzione della pandemia, che in una situazione di grande incertezza non potevano portare che a contraddizioni e incoerenze destinate ad alimentare la sfiducia.

5) *Linguaggio*. Sembra banale sottolineare l'importanza del linguaggio, ma troppe volte nel corso della pandemia sono stati usati, anche da scienziati o quotidiani autorevoli, termini improprio-

pri (per esempio, facendo credere che ‘endemico’ significasse ‘innocuo’ o che ‘siero’ potesse essere sinonimo di ‘vaccino’).

Un ruolo importante hanno, per esempio, svolto le metafore, di cui si è spesso ignorata la capacità di evocare messaggi subliminali diversi da quelli che si volevano trasmettere. Si è molto discusso del clima alimentato dall’uso di quelle belliche, ma non meno dannoso può essere il richiamo all’‘immunità di gregge’, dal momento che nella nostra cultura le pecore sono simbolo di omologazione, mitezza e obbedienza al pastore, un quadro in cui qualunque complottista può rivendicare con orgoglio di essere una ‘pecora nera’ che pensa con la propria testa.

Contenuti e modalità del linguaggio hanno anche il potere di alimentare lo stigma che, in caso di malattie infettive, è sempre in agguato. Come ci ha insegnato la storia dell’AIDS, etichettare i pazienti come appartenenti a determinate categorie a rischio, soprattutto se facilmente marginalizzabili dal contesto sociale per pregiudizi preesistenti (omosessuali maschi o tossicodipendenti nel caso dell’AIDS, cittadini di origine cinese per Covid-19) produce una serie di effetti negativi che possono favorire la diffusione del virus. Rischia infatti da un lato di scoraggiare chi sospetta di essersi infettato dal sottoporsi a test, per paura di essere considerato un possibile “untore”, dall’altro di fornire una falsa rassicurazione a tutti gli altri, che così non adottano misure preventive, si contagiano e contagiano altri.

6) *Rispetto*. Anche questo si inserisce nel tema del rispetto, che è un altro presupposto indispensabile per una comunicazione efficace, che sia interpersonale, professionale o pubblica. È un valore ‘non negoziabile’, si potrebbe dire. Mostrarne poco, da parte delle istituzioni, ma anche dei medici e degli scienziati, rischia di produrre un effetto boomerang, perché a sua volta mina la fiducia negli esperti e nei decisori, fondamentale per governare una situazione che spesso richiede scelte rapide e difficili. Se non si ha

fiducia e rispetto in chi ci ascolta è ancora più arduo rispettare la regola della trasparenza, da cui tuttavia non si può prescindere.

7) *Trasparenza*. Come ha scritto Andrea Crisanti<sup>3</sup> a novembre 2020 in un suo editoriale sul Corriere della sera, “La trasparenza è la misura del rispetto che si nutre nei confronti degli altri e genera un bene prezioso, la fiducia”.

8) *Empatia*. Non è da sottovalutare nella comunicazione nemmeno l’empatia da manifestare nei confronti di chi sta soffrendo di più durante una crisi. Una famosa citazione di Theodore Roosevelt dovrebbe far parte dell’armamentario di qualunque comunicatore, soprattutto nel corso di un’emergenza come una pandemia: “People don’t care how much you know, until they know how much you care”, “Alle persone non importa molto quanto sai, finché non sanno quanto ti importa (di loro, o di quel che sta accadendo)”.

9) *Incertezza*. E in questo non bisogna aver paura di riconoscere e comunicare l’incertezza, che è un ingrediente fondamentale della scienza, e ancora più delle crisi e di una pandemia, che per definizione è scatenata da un germe ‘nuovo’. Certo che la gente chiede risposte sicure, ma seguendo le parole chiave indicate prima (trasparenza, rispetto, coerenza) è chiaro che l’obiettivo non può essere quello di accontentarle, se ciò può comportare un aumento del rischio a cui potrebbero esporsi o la necessità in futuro di contraddirsi, a parole o con i fatti.

10) *Flessibilità*. Bisogna spiegare e insistere sul fatto che una pandemia è una crisi in movimento, le cui caratteristiche possono cambiare nel tempo. Così come si prende atto che cambiano le circostanze esterne, l’attitudine della popolazione o di determinati

---

<sup>3</sup> Crisanti A. La lettera di Crisanti: «Sul vaccino Covid ho espresso un concetto di buon senso». Corriere della Sera, 23 novembre 2020. La lettera di Crisanti sul vaccino Covid: «Ho espresso un concetto di buon senso» - Corriere.it - <https://tinyurl.com/5yrzevm2>

gruppi target. La comunicazione deve adattarsi di conseguenza per cercare di salvare più vite possibili, salvaguardare i sistemi sanitari, l'economia e la struttura sociale, ma anche preservare quel "bene prezioso", la fiducia, che sarà essenziale anche passata la tempesta, per la Sanità in genere, ma anche per la democrazia.



sanità  
e com  
unica  
zione

Gli Autori



FILIPPO **ANELLI** ALESSANDRA **PAOLA** GHI SLERI  
DANIELA **D'ANGE** LA BARBARA **POLISTENA** FEDERICO **SPANDONARO**  
MARCOTARQUINIO GIUSEPPE **COGLIOLO** SILVIA **BENCIVELLI**  
LUCIANO **FASSARI** ROBERTA **AVILLA**



**Filippo Anelli**

Medico di medicina generale, specialista in reumatologia e farmacologia clinica, è Presidente dell'Omceo di Bari e Presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (FNOMCeO). Dal 2011 è referente regionale delle cure primarie per la Regione Puglia. Già direttore scientifico del corso di alta formazione in Strumenti per la ricerca e management in medicina generale dell'Università LUM "Jean Monnet", è direttore della Scuola triennale di formazione specifica in medicina generale della Provincia di Bari.

**Silvia Bencivelli**

Giornalista scientifica, scrittrice, autrice e conduttrice radiotelevisiva, medico. È tra gli autori e i conduttori di Radio3 Rai (Radio3 Scienza e Pagina3) e di Rai Cultura (Storie della scienza, Progetto Scienza, Prospettive) e ha lavorato con Rai3. Insegna comunicazione della scienza alla Sapienza - Università di Roma e in altre sedi. Scrive per giornali e riviste (il Venerdì di Repubblica, Le Scienze), fa podcast, e ha pubblicato diversi libri: gli ultimi sono "Eroica, folle e visionaria - Storie di medicina spericolata" (Bollati Boringhieri, 2023) e "Il dubbio e il desiderio - Eva Mameli Calvino" (Electa, 2023).

**Giuseppe Cogliolo**

Già CEO McCann Italia, inizia la propria esperienza professionale nell'ambito della comunicazione istituzionale, politica e di pubblico servizio per approdare dopo 8 anni all'advertising e alla comunicazione multidisciplinare, dove ricopre crescenti ruoli di management: è stato CEO di McCann Recruiting, realtà unica nel mercato italiano specializzata nella comunicazione corporate e per le risorse umane, Ceo di McCann Erickson Italia e Vice presidente di McCann World Group. Attualmente, è board member di

Extra it e co-founder e amministratore delegato di Brand holistic Partner Group, founder e presidente di Merkat Brand Partner, vicepresidente Italia dell'organizzazione umanitaria internazionale Azione Contro La Fame, membro del comitato scientifico di Spaghetti Boost, incubatore di creativi e artisti internazionali.

### **Daniela d'Angela**

Ingegnere biomedico, Professore incaricato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata" e Presidente del C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità). Svolge attività di insegnamento nel campo dell'economia e management sanitario, economia ed organizzazione aziendale, HTA, equità in sanità. Già membro del tavolo tecnico sui Dispositivi medici del Ministero della Salute e componente nucleo di valutazione di diverse Aziende Sanitarie. Curatore e coordinatore del Rapporto sulle Performance socio-sanitarie Regionali (XII ed. nel 2024) e del Rapporto Sanità (19° nel 2024), redatti dal C.R.E.A. Sanità, e autore di numerose pubblicazioni scientifiche internazionali.

### **Luciano Fassari**

Luciano Fassari, laureato in Scienze Politiche, è un giornalista professionista e nel 2010 ha contribuito a fondare il giornale on line Quotidiano Sanità di cui a partire dal 2023 ricopre il ruolo di Direttore responsabile. Nella sua carriera si è occupato di politiche del lavoro e di economia dedicandosi poi ad approfondire le tematiche inerenti la sanità. Nel suo percorso professionale ha lavorato con le Agenzie di stampa Ansa e Agi e per il quotidiano Il Sole 24 ore. Ha ricoperto anche il ruolo di Capo dell'Ufficio Stampa del Ministero della Salute.

### **Alessandra Paola Ghisleri**

Politologa e Direttrice di Euromedia Research. Dopo la laurea in

Oceanografia paleontologica all'Università Statale di Milano, ha deciso di cambiare indirizzo avvicinandosi al mondo dei sondaggi. Ha lavorato come sondaggista-ricercatrice nei principali istituti di ricerca diventando nel 2001 Direttore del Dipartimento Opinione e Sociale in DataMedia prima di fondare Euromedia Research. Nel 2007 ha vinto il premio il Germoglio d'Oro della Fondazione Bellisario e nel 2019 il premio Casato Prime Donne. Ha scritto nel 2020 il libro *La Repubblica dei sondaggi. L'Italia raccontata attraverso i numeri* (Piemme).

### **Barbara Polistena**

Statistico, Professore incaricato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata", dottore di ricerca in "Metodi Di Ricerca Per L'Analisi Del Mutamento Socio-Economico" e Direttore scientifico del C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità). Svolge attività di insegnamento nel campo dell'economia e management sanitario, economia ed organizzazione aziendale, statistica sanitaria e farmacoconomia. Curatore e coordinatore del Rapporto Sanità (19° nel 2024) e del Rapporto sulle Performance socio-sanitarie Regionali (XII ed. nel 2024), redatti dal C.R.E.A. Sanità, è autrice di numerose pubblicazioni scientifiche internazionali.

### **Federico Spandonaro**

Professore aggregato presso l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata" e Presidente del Comitato Scientifico di C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità). Già membro di Comitati Scientifici a supporto del Ministero della Salute, dell'AgeNaS, della Regione Lazio, dell'OIV di varie Aziende Ospedaliere, di Federsanità-ANCI, dell'Italian Barometers Diabetes Observatory Foundation, del Fondo Sanitario Metasalute. È stato consulente della Commissione parlamentare bicamerale

“antimafia”, revisore per il MIUR dei programmi e dei prodotti della ricerca, curatore del Rapporto Sanità dell’Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” e autore di numerose pubblicazioni scientifiche su temi di politica, economia e management sanitario, farmacoconomia e HTA.

### **Marco Tarquinio**

Giornalista professionista, è Deputato europeo dal luglio 2024 e membro delle Commissioni Diritti Umani, Sviluppo e Cooperazione Internazionale, Affari Esteri e Affari Interni. Esperto di politica interna e internazionale, ha lavorato al settimanale *La Voce* e ai quotidiani *il Corriere dell’Umbria*, *La Gazzetta*, *Il Tempo* e infine ad *Avvenire*, di cui è stato direttore tra il 2009 e il 2023. Gli sono stati attribuiti numerosi premi, tra cui il premio Silone, il premio Montale, il premio Unicef e la Colomba d’oro per la pace. È stato Consultore del Pontificio Consiglio delle Comunicazioni Sociali. È Vicepresidente della Società Dante Alighieri, presiede l’Ente Calendimaggio di Assisi ed è membro del Cda della Fondazione Di Liegro.

### **Roberta Villa**

Laureata in medicina e chirurgia, da oltre trent’anni è giornalista scientifica e si occupa dei temi della salute. È parte del team che cura il sito *Dottore, ma è vero che?* per FNOMCeO. Da anni approfondisce, anche sui social media e in tv, i temi della preparedness e della comunicazione nel corso di pandemie. Ha infatti collaborato ai progetti europei TELLME e ASSET sulle minacce pandemiche e al progetto QUEST sulla comunicazione della scienza. Il suo ultimo libro è *il Controglossario di medicina* (Gribaudo editore), la sua più recente iniziativa la newsletter Fosforo e miele sulla piattaforma Substack.



È vietata la riproduzione, con qualsiasi  
mezzo effettuata, compresa la fotocopia.

Per la legge italiana la fotocopia  
è lecita solo per uso personale  
*purché non danneggi l'autore.*

Quindi ogni fotocopia che eviti l'acquisto  
di un libro è illecita e minaccia  
la sopravvivenza di un modo  
di trasmettere la conoscenza.

Chi fotocopie un libro,  
chi mette a disposizione i mezzi  
per fotocopiare, chi favorisce questa pratica  
commette un furto  
e opera ai danni della cultura.





L'attività di comunicazione della FNOMCeO ha sempre avuto tra gli obiettivi il consolidamento del rapporto di fiducia medico-paziente, architrave del nostro sistema sanitario, duramente messo alla prova da ragioni di ordine culturale, politico, economico e organizzativo. Il ruolo sociale del medico - che contribuisce a consolidare la nostra democrazia, basata proprio sul riconoscimento dei diritti, sul rispetto delle libertà individuali e della dignità umana - non può oggi prescindere dagli aspetti comunicativi, sia a livello interpersonale (nella relazione di cura con il paziente) che verso i cittadini e la comunità in generale. Anche alla luce di questo fattore, il rapporto medico-paziente va rivisto, perché è cambiata la società, sono mutate le esigenze dei cittadini, è cresciuta la consapevolezza rispetto ai loro diritti.



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

[www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it)