



TORINO

anno XXIX
numero 1
2018

comunicazione
informazione
formazione

MEDICA

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

FOCUS

CAMPAGNE DI COMUNICAZIONE SANITARIA

MMG: passato
e presente della
professione

Il nuovo
blog
FNOMCeO

FAD Salute globale

Intervista a
Franco
di Mare

Il punto
di vista:

OLIVIERO
TOSCANI

LE CAMPAGNE DEGLI OMCeO E DELL'AIFA

LAURETANA DA SEMPRE LA MIA ACQUA DI BENESSERE



Claudio Marchisio
per Lauretana



LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

consigliata a chi si vuole bene



La scelta dell'acqua da bere ogni giorno ha un ruolo di primaria importanza per il benessere. Le acque minerali non sono tutte uguali! Lauretana è un'acqua di qualità, completamente pura, dalla leggerezza straordinaria e dalle proprietà uniche, che depura e purifica l'organismo ogni giorno. Condividi i suoi valori di prodotto e di brand: entra nel mondo Lauretana, da sempre l'acqua scelta da Claudio Marchisio!



segui il benessere
#MarchisioPerLauretana

lauretana.com

Sommario

numero 1_2018

La Rivista è inviata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e provincia e a tutti i Consiglieri degli Ordini d'Italia.

Per l'invio di proposte, contributi, segnalazioni e per informazioni è possibile scrivere alla redazione all'indirizzo:
redazioneomceotorino@gmail.com

4 tribuna
Manifesto per l'Equità della Salute
Intervista al Presidente Guido Giustetto
a cura della redazione di Torino Medica

12 editoriale
Campagne pubbliche di educazione sanitaria e pubblicità commerciale: Davide contro Golia?
Mario Nejrotti

16 focus_campagne medico-sanitarie
Informare sulla salute, promuovere il cambiamento

26 Intervista a Sheila Mitchell
a cura di Laura Tonon (Il Pensiero Scientifico)

28 Dottoremaeveroche...
Intervista ad Alessandro Conte
a cura di Rosa Revellino

31 La voce dell'Istituzione,
Intervista a Cosimo Nume
a cura di Rosa Revellino

33 Campagna FNOMCeO-
Ministero della Salute: Ist
a cura della redazione di Torino Medica

34 Le campagne degli OMCEO provinciali

36 Le campagne dell'AIFA

38 Intervista a Franco di Mare
a cura di Rosa Revellino

40 Il graphic design, tra promozione della salute e pubblicità
a cura di Sara Boggio

43 Il punto di vista di Oliviero Toscani
a cura di Sara Boggio

48 la buona pratica
General Practitioner e Medico di Medicina Generale: passato e presente di una professione
Franco Lupano

54 libri
Orecchio e musica
Roberto Albero

56 dalle associazioni
Petizione al Parlamento europeo per la garanzia delle cure, Fondazione Promozione Sociale

58 le nostre radici
Il figlio del collega
Giuliano Maggi

60 In memoria di Guido Filogamo
a cura della redazione di Torino Medica

Direzione, Redazione,
Corso Francia 8
10143 Torino
Tel. 011 58151.11 r.a.
Fax 011 505323
torino.medica@omceo.to.it
www.omceo.to.it

Presidente
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente
Guido REGIS

Segretaria
Rosella ZERBI

Tesoriere
Chiara RIVETTI

Consiglieri
Maria Antonella ARRAS

Domenico BERTERO

Tiziana BORSATTI

Emilio CHIODO

Riccardo FALETTI

Carlo FRANCO

Ivana GARIONE

Fernando MUIÀ

Aldo MOZZONE

Renato TURRA

Roberto VENESIA
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Vincenzo Michele CRUPI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)

Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente

Patrizia BIANCUCCI
Claudio BRUCCO
Vincenzo Michele CRUPI
Bartolomeo GRIFFA

Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Daniela Angela DELLAPIANA
Angelica SALVADORI
Sebastiano ROSA Supplente

TORINO MEDICA

Direttore:
Guido Giustetto

Direttore responsabile:
Mario Nejrotti

Coordinamento
redazionale:
Rosa Revellino

Redazione:
Sara Boggio, Luca Nejrotti,
Laura Tonon (Pensiero
Scientifico Editore)

Aut. del Tribunale di Torino
n. 793 del 12-01-1953

Per spazi pubblicitari: SGI Srl Via Pomaro 3 - 10136 Torino
Tel. 011 359908 / 3290702 - Fax 011 3290679 - e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it

Grafica e Design SGI Srl

Stampa La Terra Promessa Onlus NOVARA

Chiuso in redazione il 28-02-2018

SGI

Manifesto per l'Equità della Salute

Intervista al Presidente
Guido Giustetto

A cura della redazione
di Torino Medica

Il Codice di Deontologia medica stabilisce che il medico debba collaborare all'eliminazione di ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute. In particolare, **l'articolo 3** stabilisce che il professionista deve agire "senza discriminazione alcuna", mentre **l'articolo 5**, dedicato alla **Salute Globale**, prescrive al medico di collaborare "**nell'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute**" e di **promuovere "l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio"**.



Dottor Giustetto, da dove nasce l'esigenza di redigere un Manifesto sulla salute globale?

In un momento storico cruciale come quello che sta attraversando il nostro Paese, caratterizzato da flussi migratori e nuove povertà, ci è sembrato di fondamentale importanza fornire ai colleghi, e in particolare a quelli che si stanno affacciando alla Professione, uno strumento mirato ad acquisire conoscenze e competenze adeguate ad affrontare quotidianamente i bisogni emergenti derivanti da questi nuovi fenomeni.

Il Manifesto, redatto dal gruppo di lavoro sulla "Salute globale, sviluppo e cooperazione internazionale" della FNOMCeO, fornisce ai medici linee guida per sostenere azioni e buone pratiche di equità nella salute, inerenti alla formazione, alla partecipazione attiva nella condivisione di esperienze, alla collaborazione con altri settori, oltre a suggerimenti per gli operatori delle cure primarie.



Il Manifesto individua cinque campi d'azione per ridurre le disuguaglianze, il primo dei quali riguarda l'educazione e la formazione dei medici.

L'educazione e la formazione dei Professionisti sono fondamentali per acquisire conoscenze, abilità e competenze sui determinanti sociali di salute e sui metodi per contrastare le disuguaglianze. È importante che il percorso di formazione sia continuo, che parta dall'università e che prosegua dopo la laurea, attraverso corsi di formazione e aggiornamento professionale.



Come si inserisce, in questo contesto, il corso di formazione a distanza “Salute globale ed equità”?

Il corso, promosso dalla Federazione, rappresenta un esempio di integrazione dell’offerta formativa in tema di equità in ambito sanitario. Fra gli obiettivi che si propone di raggiungere, c’è quello di far crescere la conoscenza dei determinanti non sanitari di salute e la consapevolezza del ruolo che possono svolgere i medici, anche con l’informazione, per favorire un accesso alle cure equo in particolare per le fasce di popolazione più deboli.



Una delle questioni su cui pone l’accento il documento è l’importanza del rapporto medico-paziente.

Il dialogo fra medico e paziente è fondamentale per comprendere i bisogni degli assistiti. Ma l’approccio tradizionale basato sul mero scambio di informazioni mediche non è sufficiente: occorre che il medico si dedichi in modo approfondito non solo alla storia clinica e personale ma anche a quella sociale del paziente, che prolunghi, se i casi sono particolarmente complessi, il tempo dedicato all’incontro con l’assistito e che compia azioni di sostegno sociale, favorendo, ad esempio la creazione di reti di aiuto sul territorio.



Il Manifesto contiene un richiamo al “Decalogo delle azioni del medico in aiuto al migrante”, elaborato nel 2016 nel corso del convegno FNOMCeO sul rapporto medico-migrante straniero. Come instaurare un rapporto con il paziente migrante che sia orientato all’equità?

Il Decalogo ha fornito ai Professionisti dieci suggerimenti per rendere più efficace l’intervento medico e per favorire il rapporto e il dialogo con il migrante straniero, tenendo conto delle sue specificità. Fra questi, evitare pregiudizi e preconcetti e tenere sempre conto delle differenze culturali del migrante nel corso della visita; impostare la terapia e il percorso assistenziale anche sulla base delle specifiche condizioni socio-familiari; verificare che il paziente abbia compreso le prescrizioni date; sostenere il migrante nell’accesso ai servizi sociali e amministrativi.



**SALUTE
GLOBALE**

APERTO AGLI ISCRITTI FNOMCeO

ID 210660. È online sulla piattaforma FadInMed il corso di formazione a distanza gratuito “Salute globale ed equità” (10 crediti ECM), coordinato dal gruppo di lavoro FNOMCeO “Salute globale, sviluppo e cooperazione internazionale”.

Il corso risponde a un preciso mandato del medico - promuovere l’eliminazione di ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute - espresso nella Costituzione italiana così come nel Codice di deontologia medica e recentemente richiamato dalla Conferenza Stato-Regioni e dall’Unione Europea. Viene proposto in un momento storico in cui nel nostro paese si affacciano nuove povertà e i flussi migratori sono ormai un fenomeno strutturale, e intende fornire ai colleghi uno strumento per acquisire conoscenze e competenze utili per affrontare nella loro professione i bisogni emergenti dettati da questa nuova realtà. La FNOMCeO è impegnata su molti fronti nel contrasto alle disuguaglianze di salute: prevenzione, medicina di genere, informazione scientifica corretta ai cittadini, tutela della salute globale, cooperazione internazionale e formazione degli operatori.

COME ACCEDERE AL CORSO

Il corso è disponibile gratuitamente fino al 30 novembre 2018

sulla piattaforma FadInMed per medici e odontoiatri

Per il primo accesso è necessario passare per il riconoscimento dalla pagina del portale FNOMCeO dedicata





Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

La FNOMCeO per l'equità nella salute

In questi anni è stata rivolta sempre maggiore attenzione al tema dell'equità nella salute attraverso lo sviluppo di azioni in grado di promuovere interventi di riduzione delle disuguaglianze e proposte per tutelare i gruppi più vulnerabili. Il Codice di Deontologia Medica stabilisce, infatti, che è compito del medico promuovere l'eliminazione di ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute.

In risposta a specifiche raccomandazioni dell'Unione Europea e su mandato della Conferenza Stato Regioni, in Italia negli ultimi anni è stata avviata una diffusione della cultura dell'equità nella salute promuovendo presso tutti gli attori del sistema sanitario una maggiore sensibilità al problema e chiedendo loro un contributo di partecipazione attiva al processo. Un esempio concreto è rappresentato dall'attività di consultazione promossa dalla FNOMCeO presso i diversi Ordini professionali provinciali per mezzo dei loro referenti o delle Commissioni ordinistiche sulla salute globale affinché promuovessero iniziative e momenti di confronto presso i propri iscritti. Allo stesso tempo alcune società scientifiche e professionali hanno manifestato l'interesse a ingaggiarsi perché i soci sviluppino attitudini maggiormente rivolte all'equità, rivolte al proprio contesto professionale e alla tutela dei gruppi più vulnerabili. A questo riguardo un punto di riferimento particolarmente importante risulta l'esperienza inglese del Royal College of Physicians (RCP), che ha saputo elaborare una lista di raccomandazioni, ispirata al lavoro di revisione indipendente svolto da Sir Michael Marmot e nato con l'intento di individuare interventi basati sull'evidenza scientifica e buone pratiche per la riduzione delle disuguaglianze. Le dichiarazioni di intenti del RCP hanno coinvolto diversi ordini e collegi professionali specifici che a loro volta hanno trasferito nel proprio contesto le raccomandazioni traducendole in impegni per i propri associati.

Il gruppo di lavoro sulla "Salute globale, sviluppo e cooperazione internazionale" della FNOMCeO propone, dunque, di proseguire anche in Italia il suo impegno su questa via, elaborando una proposta di carta sulle responsabilità dei medici per rendere la salute più uguale e promuovere e sostenere politiche e azioni di equità nella salute. Le principali linee di impegno sono:

- favorire una maggiore sensibilità al tema delle disuguaglianze di salute;
- divulgare esempi di azioni concrete e buone pratiche relativamente ai grandi temi dell'equità;
- sostenere l'attività dei decisori in questo senso affinché, a vari livelli, possano metterle in pratica adattandole al loro contesto;
- dare visibilità a quanto è stato fatto presso alcuni Ordini provinciali a sostegno del tema dell'equità e a diffonderle su tutto il territorio nazionale;

- approvare una lista di raccomandazioni generali ispirate all'equità per la pratica quotidiana del medico;
- promuovere linee di indirizzo specifiche sul rapporto medico-migrante straniero;
- ingaggiare le diverse comunità scientifiche fornendo loro esempi e strumenti specifici volti all'equità;
- coinvolgere le istituzioni accademiche e dell'SSN per introdurre la lente dell'equità nella formazione dei medici e delle professioni sanitarie.

Questo documento si focalizza pertanto sullo sviluppo di raccomandazioni volte a supportare azioni e buone pratiche del medico per la riduzione delle disuguaglianze nella salute, esplorando le modalità con cui i professionisti della salute possono agire sui determinanti di salute.

I campi su cui agire per ridurre le disuguaglianze di salute: il ruolo dei professionisti

1. Comprendere il problema: educazione e formazione

Un elemento fondamentale per permettere ai professionisti della salute di agire sulle disuguaglianze di salute, incorporando un indirizzo di azione volto all'equità all'interno della pratica quotidiana, è quello dell'educazione e della formazione. Esse devono essere mirate a sviluppare sia conoscenze sui determinanti sociali di salute e i meccanismi in cui essi agiscono, sia abilità pratiche, attitudini e competenze specifiche. Queste attività devono essere parte del percorso d'istruzione universitaria, post laurea e della formazione continua. La formazione deve naturalmente proseguire nell'informare su tipi di interventi, strategie e buone pratiche che, secondo la letteratura, si sono dimostrate efficaci nel ridurre le disuguaglianze di salute considerando il contesto in cui sono state applicate. Fondamentale è acquisire buone capacità comunicative in grado di aumentare il livello di informazione e consapevolezza dei pazienti, tenendo conto delle possibili barriere, per esempio linguistiche o legate a pazienti con disabilità, e i metodi per superarle. Un esempio di integrazione dell'offerta formativa è quello rappresentato dal corso ECM di formazione a distanza sul tema "Salute globale ed equità" promosso dal gruppo di lavoro FNOMCeO "Salute globale, sviluppo e cooperazione internazionale".

Che cosa può fare il medico: Ampliare la propria formazione sui meccanismi di azione dei determinanti sociali di salute e sui metodi per contrastare le disuguaglianze ricercando offerte formative sul tema dell'equità all'interno del proprio percorso di formazione e di aggiornamento continuo.

2. Costruire l'evidenza: monitoraggio e valutazione

Il monitoraggio e la raccolta dei dati è un processo fondamentale per tracciare la salute di una popolazione e per fornire informazioni epidemiologiche alla base di *policy* e strategie di programmazione. È necessario pertanto condividere informazioni, esperienze, interventi e buone pratiche a vari livelli per indurre un cambiamento generalizzato. I professionisti della salute rivestono un ruolo fondamentale nel raggiungere questo obiettivo, non solo in

senso globale ma anche a livello individuale, rappresentando una componente vitale nella raccolta dei dati e nel fornire spunti per la programmazione.

Che cosa può fare il medico: Rafforzare la collaborazione e la condivisione dei dati mediante un ruolo di partecipazione attiva; condividere esperienze con i colleghi e con altri professionisti di area sanitaria; approfondire la raccolta di informazioni sugli aspetti sociali del paziente; considerare l'importanza delle informazioni sociali ottenute mediante eventuali sistemi di telemonitoraggio e intervenire segnalando i casi con difficoltà a servizi di supporto idonei.

3. Il setting clinico: lavorare con gli individui e le comunità

La relazione medico-paziente è il cuore della pratica medica e rappresenta un momento fondamentale per comprendere i bisogni dei pazienti e come questi siano condizionati dal contesto in cui essi vivono. Fondamentale è inoltre intervenire collaborativamente al fine di incoraggiare uno stile di vita più sano; una buona interazione con il paziente è in grado, infatti, di impattare positivamente sul suo livello di salute. In molti paesi l'approccio tradizionale di tipo paternalistico, visto come solo scambio di informazioni mediche, è stato sostituito da un modello in cui l'incontro clinico si amplia di una componente motivazionale e di pianificazione più strutturata della cura, comprendente anche il sostegno sociale. Un altro modo attraverso il quale gli operatori dei servizi sanitari possono influenzare i determinanti sociali di salute è cooperare all'interno della propria comunità locale costruendo elementi di coesione sociale.

Che cosa può fare il medico: Ampliare l'anamnesi con la raccolta degli aspetti sociali del paziente e prolungare il tempo dedicato all'incontro clinico con coloro che presentano condizioni complesse; nel caso di pazienti affetti da malattie croniche, prevedere una pianificazione delle cure considerando un'eventuale "prescrizione sociale" e nel caso in cui non siano disponibili servizi adeguati, discutere con il paziente e la sua famiglia di possibili alternative di supporto ed eventualmente contattare direttamente i servizi per loro conto; favorire i rapporti con il territorio creando reti di sostegno reciproco.

4. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: il medico come direttore

Le figure professionali che lavorano nella pianificazione e programmazione sanitaria a vari livelli hanno importanti opportunità e responsabilità nel ridurre le disuguaglianze di salute. È importante che il loro lavoro sia letto attraverso la lente dell'equità, evitando i modelli organizzativi che non considerano l'impatto dei determinanti sociali. Occorre pertanto considerare non solo l'aspetto clinico nella scelta dell'organizzazione delle cure, ma puntare anche sul potenziamento del sostegno sociale, specialmente delle aree deprivate e creare gruppi interni di clinici esperti nelle situazioni più vulnerabili quali per esempio i migranti stranieri.

Che cosa può fare il medico: Come direttori di un'attività sanitaria, porre obiettivi di equità a vari livelli attraverso modelli in grado di misurare e impattare sui determinanti sociali di salute; incoraggiare la formazione sul tema dell'equità tra i propri operatori e favorire l'accesso alle cure dei gruppi svantaggiati attraverso iniziative dedicate.

5. Lavorare in partnership: all'interno e oltre il settore della salute

Lavorare in partnership è essenziale per mettere in atto interventi efficaci per la riduzione delle disuguaglianze, pertanto l'azione per migliorare la salute deve essere condotta collaborativamente attraverso gruppi multidisciplinari. L'influenza dei professionisti sanitari si esplica, infatti, anche nei confronti di altri settori chiave nella riduzione delle disuguaglianze al di fuori della sanità; migliorare le condizioni sociali quali determinanti di salute è uno sforzo integrato e i medici sono chiamati, in qualità di professionisti della salute, a sviluppare le loro competenze nel creare collaborazioni e partnership.

Che cosa può fare il medico: Creare reti e gruppi multidisciplinari che comprendano gli *stakeholder* di altri settori (per esempio istruzione, protezione sociale) per il potenziamento degli individui e delle comunità e partecipare alla creazione di politiche pubbliche multisettore.

Le raccomandazioni per i professionisti delle cure primarie, uno strumento per la pratica clinica

I medici delle cure primarie hanno l'obiettivo di fornire un'assistenza di alta qualità rivolta in modo olistico alla cura dei pazienti e alle famiglie in risposta ai loro bisogni. La buona pratica clinica può pertanto essere portata avanti dai professionisti delle cure primarie con un importante contributo alla riduzione delle disuguaglianze. Rispondere in modo efficace ai bisogni dei gruppi più vulnerabili comprende una serie di azioni:

- assicurare un colloquio clinico in tempi adeguati e gestire gli appuntamenti in modo flessibile per facilitare l'accesso e le relazioni continue soprattutto con coloro che hanno scarso controllo sulla propria vita;
- prendere in cura il paziente considerando l'ambiente da cui proviene e le condizioni sociali in cui vive;
- fornire un'assistenza multidisciplinare poiché i soggetti più vulnerabili beneficiano maggiormente di raccomandazioni derivanti da più professionisti della salute;
- evidenziare, con un allarme all'apertura della cartella clinica, i pazienti fragili o a rischio di svantaggio nella salute o nell'accesso alle cure;
- instaurare rapporti stretti e monitorare i pazienti affetti da patologie psichiatriche o disabilità intellettiva nell'aderenza alla terapia;
- monitorare l'aderenza ai programmi di screening;
- potenziare la comunicazione con i pazienti, specialmente con coloro che vivono in scarse condizioni abitative e difficilmente raggiungibili;
- informare i pazienti sui servizi disponibili sul territorio, compresi quelli sociali e, se necessario, contattarli per loro conto;
- mettere a contatto i tirocinanti e gli studenti con situazioni dove si evidenzia l'effetto dei determinanti sociali sulla salute e al contempo agiscano modalità di contrasto.

Un ulteriore esempio di indirizzo professionale per facilitare un'attività orientata all'equità nel settore delle cure primarie è quello elaborato dal **convegno FNOMCeO di Vibo Valentia** sul rapporto medico-migrante straniero **“10 atteggiamenti e azioni del medico in aiuto al migrante”**:

1. evitare pregiudizi e preconcetti;
2. conoscere la frequenza e le principali caratteristiche delle malattie legate ai paesi di provenienza;
3. tenere conto delle differenze di cultura dell'immigrato quando lo si visita e quando si fa una prescrizione;
4. conoscere i diritti e i doveri dei migranti nell'accesso al servizio sanitario e nello specifico gli aspetti amministrativi riguardanti le diverse categorie: rifugiati, richiedenti asilo, migranti economici, stranieri temporaneamente presenti (codice STP), cittadini europei non iscritti all'SSN (codice ENI);
5. utilizzare il mediatore culturale e sensibilizzare l'amministrazione alla disponibilità di mediatori formati;
6. indagare sulle condizioni socio-familiari (per esempio solitudine, disponibilità di alimenti, economica...) e utilizzare queste informazioni a supporto della diagnosi e nell'impostazione della terapia e del percorso assistenziale;
7. dichiarare quale lingua veicolare il medico è in grado di utilizzare;
8. verificare la comprensione delle prescrizioni date (per esempio chiedendo al migrante di scriverle nella propria lingua);
9. programmare i controlli successivi con appuntamento;
10. indirizzare e orientare il migrante agli altri servizi sanitari e, se necessario, supportarlo nell'accesso ai servizi sociali e amministrativi.





Senza biocidi
e ioni d'argento



Con estratti naturali
della frutta

Vincitore del 1° premio:



Ginevra 5-6 aprile 2017

micronAir® blue



Respira liberamente e proteggi la tua salute in auto

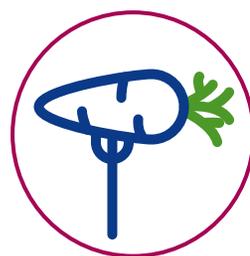
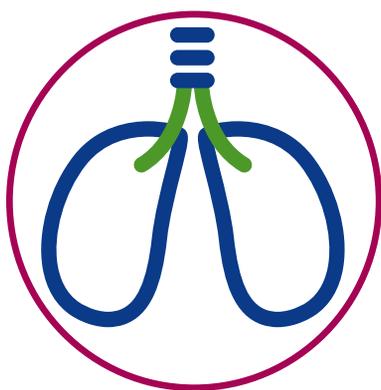
L'unico filtro abitacolo con strato BIO-funzionale agli estratti naturali della frutta che blocca efficacemente polveri sottili, allergeni e gas inquinanti. Scegli di proteggere la tua famiglia in auto con **micronAir®** blue.

S.I.D.A.T. Group

è il distributore esclusivo dei filtri abitacolo micronAir®

www.sidatgroup.it

www.micronairblue.it



Campagne pubbliche di educazione sanitaria e pubblicità commerciale: Davide contro Golia?

di Mario Nejrotti
Direttore di Torino Medica

L'educazione sanitaria e la prevenzione delle malattie sono un obiettivo per tutti coloro che si occupano di salute pubblica.

Molteplici sono gli aspetti della vita che possono essere oggetto di interventi di prevenzione, basati sull'educazione della popolazione a comportamenti salutari.

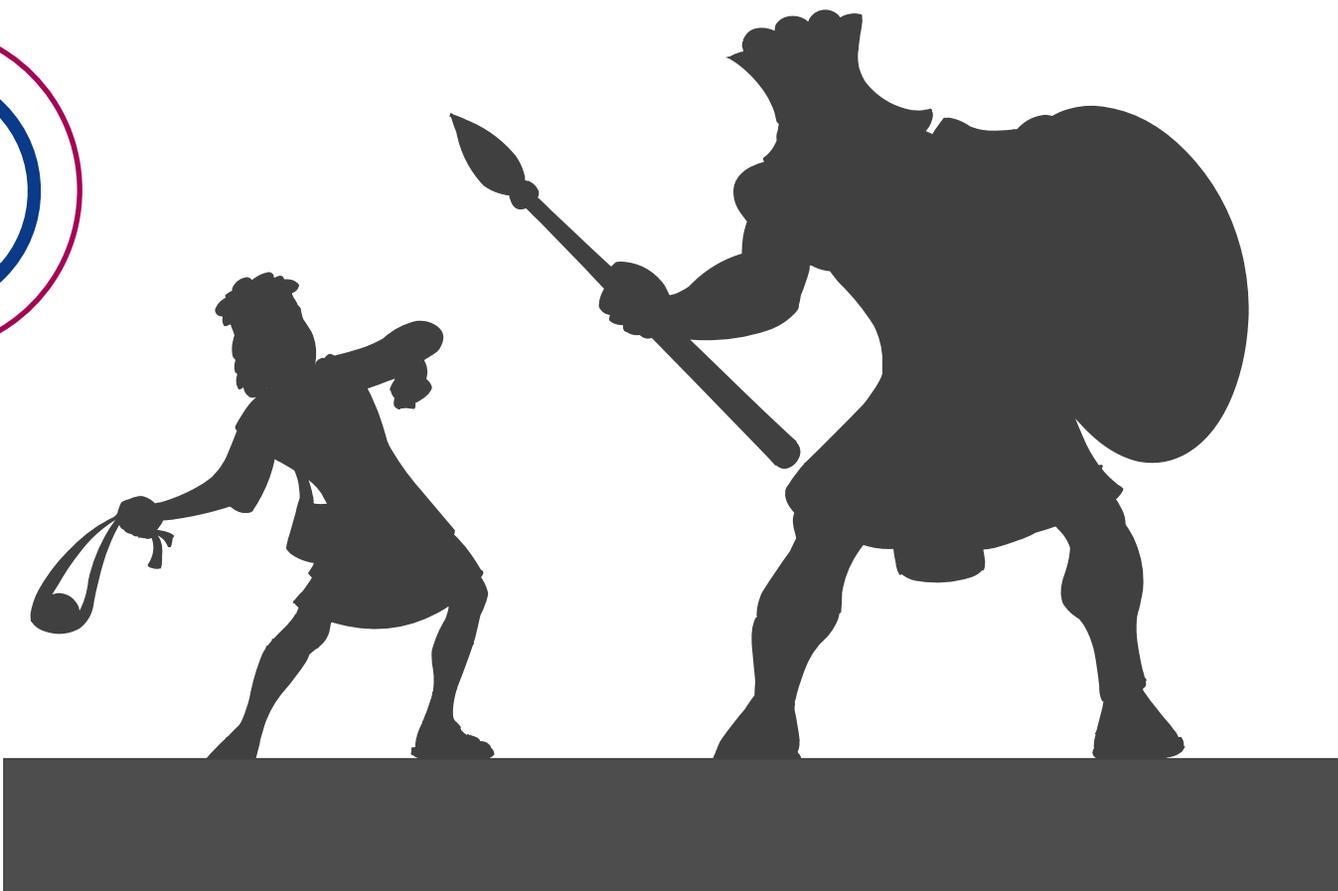
Soprattutto il miglioramento degli stili di vita è spesso oggetto di campagne di massa. Abolizione del fumo, riduzione del consumo di alcol, vita fisicamente attiva, controllo del peso, adesione a diete salutari, corretti comportamenti sessuali, sono obiettivi che si vogliono raggiungere sul singolo individuo, per avere la riduzione di molte malattie e complicanze ad esse collegate. Ad esempio tra le cronico-degenerative quelle più comunemente prevenibili sono malattie cardiovascolari, polmonari, epatiche e osteo-articolari e svariati tipi di tumori.

Con l'invecchiamento diffuso della popolazione la prevenzione di questo insieme di sindromi può fare la differenza nella programmazione di tutto il sistema sanitario, aumentandone o diminuendone le risorse disponibili e la sostenibilità.

Far invecchiare in salute i propri cittadini dovrebbe essere uno scopo prioritario per ogni sistema organizzato.

Per ottenere questo risultato non basta certo migliorare l'accesso alle cure e la cultura sulla salute finalizzata alla prevenzione delle malattie, ma occorrono anche decisioni per preservare e migliorare l'ambiente, scelte sull'energia, piani urbanistici e di edilizia, organizzazione dei trasporti, politiche per il lavoro, decisioni che mantengano l'equilibrio sociale, per citarne alcune.

Solo in questo modo la utopica affermazione sulla salute globale stilata dall'Oms nella Carta di Ottawa, all'indomani della fine della seconda guerra mondiale, avrebbe concrete possibilità di realizzarsi.



I sistemi sanitari da decenni si sono concentrati su campagne di educazione di massa per ottenere un adeguamento degli stili di vita alle evidenze scientifiche di prevenzione di numerose malattie.

La più autorevole fonte pubblica di informazione sanitaria per i cittadini, il Portale del Ministero della Salute, ci dice che negli anni sono state organizzate molte campagne su molteplici argomenti e con numerosi obiettivi, anche al di fuori del miglioramento degli stili di vita. Sul Portale sono elencate campagne vaccinali, norme per prevenire incidenti stradali e domestici, notizie sull'inquinamento dell'aria e ambientale, informazioni sulle malattie infettive, come difendersi dal caldo e dal freddo, dare protezione e sicurezza agli animali, comportamenti prudenti in diverse occasioni, cultura medica e spiegazioni sull'organizzazione del sistema.

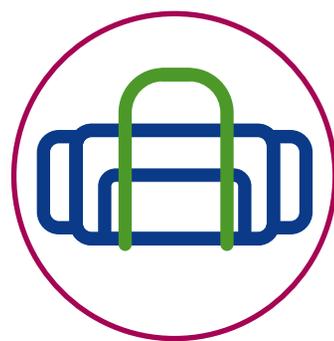
Molte di queste campagne sono state diffuse, anche con la collaborazione delle Regioni e delle aziende sanitarie locali, ma poche, per gli alti costi, sono arrivate ai grandi media e soprattutto in essi non hanno ricevuto una copertura paragonabile a quella delle campagne pubblicitarie commerciali (1).

L'impressione è che la comunicazione istituzionale tenga un tono, per così dire, più didattico e meno diretto della pubblicità commerciale.

Guardiamo, per citare un esempio recente, gli ultimi due spot dell'ottimo Nino Frassica, nell'ambito della campagna del Ministero della Salute sul fumo.

La scelta dell'ambiente, quello delle favole (Cappuccetto Rosso e Biancaneve) introduce il potenziale target in un contesto inevitabilmente paternalistico di rapporto tra adulto e bambino: il dito alzato e il tono didattico del "professore", che spiega al pubblico "scolaretto" il coinvolgimento del fumo nella genesi dei tumori, lo sottolineano molto bene. Il Lupo Cattivo e la perfida Grimilde, entrambi accaniti fumatori (e come poteva essere diversamente?) diventano buoni e belli, se seguono il consiglio del professor Frassica di smettere di fumare (2-3).

Il testo risulta impacciato e il comico ha poco spazio per le sue battute, che invece sarebbero molto utili per catturare l'attenzione del "bersaglio". Meglio da questo punto di vista, come forza di penetrazione e di convincimento, la precedente campagna ►



Probabilmente il prevalere in ambito politico del linguaggio *politically correct*, le pastoie burocratiche e l'atmosfera ufficiale delle campagne pubbliche mortificano la creatività dei comunicatori e appesantiscono, attraverso ampollosi progetti e obbligatorie giustificazioni di spesa, la leggerezza dei messaggi, che risultano generalmente molto inferiori per efficacia a quelli commerciali, più aggressivi

contro il fumo del 2015, sempre con Nino Frassica protagonista, dal titolo "Chi fuma è scemo!" (4).

Probabilmente il prevalere in ambito politico del linguaggio *politically correct*, le pastoie burocratiche e l'atmosfera ufficiale delle campagne pubbliche, mortificano la creatività dei comunicatori e appesantiscono, attraverso ampollosi progetti e obbligatorie giustificazioni di spesa, la leggerezza dei messaggi, che risultano generalmente molto inferiori per efficacia a quelli commerciali, più aggressivi.

La capacità di fascinazione e coinvolgimento degli spot degli anni '80 "Marlboro Country", per promuovere il fumo da parte Philip Morris International, era molto superiore (5). Anche se i tre cowboy testimonial della Marlboro sono poi uno dopo l'altro morti per malattie collegate al fumo, come riferisce La Repubblica in un articolo del 2014 (6).

Un altro ostacolo che deve affrontare la pubblicità a sfondo educativo-preventivo è la diffusione dei contenuti.

Anche se gli spot "pubblici" passano sui canali televisivi maggiori e vengono immessi sui social, l'impressione è che l'investimento sia molto inferiore a quello dei concorrenti commerciali.

Questo handicap è ancora più evidente con le campagne pubbliche che riguardano la sana alimentazione, improntate essenzialmente ad un consumo moderato e ragionato di cibi e bevande alcoliche o zuccherate. Per quanto vengano diffuse, il fronte dell'industria alimentare è troppo più vasto, meglio armato e sostenuto da imponenti investimenti per non vincere sulla voce isolata delle campagne pubbliche.

La maggioranza dei cittadini in definitiva riceverà più messaggi che inducono all'iperconsumo calorico e alcolico che i loro contrari. Si pensi a puro titolo di esempio all'ultimo spot della McDonald's, appositamente costruito per l'Italia (7).

Altro aspetto da sviluppare maggiormente nelle campagne pubbliche è la possibilità di misurare la loro effettiva efficacia, per poter migliorare contenuti, strategie e mezzi di diffusione.

Ci sono stati in passato tentativi di coinvolgere operatori sanitari, attraverso una mirata formazione, per veicolare messaggi *ad personam* o a piccoli gruppi. Occorrerebbe rivedere queste strategie, riproporle e misurarle nella loro reale capacità di modificare i comportamenti dei cittadini.

Inoltre, come è stato tentato alcuni anni or sono, ma forse attraverso mezzi non adeguati, si potrebbero veicolare e continuare a trasmettere tutte le campagne preparate dagli enti pubblici negli anni, e che certamente non invecchiano per la correttezza dei contenuti, attraverso sale di attesa, poliambulatori, ospedali. In questi luoghi i cittadini-pazienti probabilmente sarebbero più disponibili ad ascoltare consigli educativi e preventivi, che se li ricevessero da un medium generalista nei momenti di relax.

Nel Focus di questo numero cercheremo di capire come le campagne di massa si sono evolute negli anni e hanno cambiato linguaggio sia in Italia sia a livello internazionale. Inoltre un noto e più volte discusso "comunicatore" professionista ci offrirà attraverso un'intervista il suo particolare punto di vista sull'immagine della malattia, usata come strumento pubblicitario.

La lotta tra promozione della salute e consumismo sfrenato di prodotti commerciali continua, senza esclusione di colpi. I decisori debbono riflettere che ad ogni taglio di bilancio sul capitolo della comunicazione dei corretti comportamenti per i cittadini, corrisponde un incremento di malattie e di morti evitabili nella popolazione: a ciascuno le proprie responsabilità.

Sitografia

- (1) http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_6_1_1.jsp?menu=campagne&p=dacampagne&id=96
- (2) http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_7_0_1.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=video&id=1790
- (3) http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_7_0_1.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=video&id=1789
- (4) http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_7_0_1.jsp?lingua=italiano&menu=multimedia&p=video&id=1574
- (5) https://www.youtube.com/watch?v=k_klOhy-el0
- (6) http://www.repubblica.it/salute/2014/01/28/news/marlboro_men-77088925/
- (7) <http://www.pubblicitaitalia.it/video/2018010996793/joe-bastianich-nel-nuovo-spot-mcdonalds-per-my-selection>



CORTEN & GREY

CONSULENTI IMMOBILIARI



SAN MAURO - CASA RUDÀ
Splendido immobile
in stile Art Decò
risalente al 1700,
di circa 110 mq.
completamente
ristrutturato ed arredato.



GASSINO T.SE - VILLA FENOGLIO
Casale del 1700 con 10 ettari di parco, di recente
ristrutturazione, di 1000 mq. suddivisi in cinque
appartamenti, oltre ad 850 mq. di trave e ex scuderie.
Ideale per villa bifamiliare, strutture ricettive/RSA.

RICERCHIAMO PER LA NOSTRA CLIENTELA, VILLE IN VENDITA IN ZONA PRECOLLINARE E APPARTAMENTI IN TORINO CENTRO

Corten&Grey S.A.S.

Via Torino 269 - 10090 - Castiglione T.se (TO) | P.zza Crimea 2 - 10133 - Torino
T. 011 960 26 44 | E. info@cortengrey.com | www.cortengrey.com

Informare sulla salute, promuovere il cambiamento

A cura di Laura Tonon

Il Pensiero Scientifico Editore - Think2.it

Le campagne sulla salute giocano un ruolo chiave per la promozione della salute individuale e globale. Hanno lo scopo di informare, sollecitare e persuadere. Diversi quesiti ancora aperti sollevano riflessioni sul confine che separa un'informazione efficace, sobria ed equilibrata dalla propaganda e dalla disinformazione che scaturisce dall'eccesso di certezza e drammatizzazione.



Le campagne sulla salute rappresentano uno dei tasselli principali delle azioni di educazione sanitaria finalizzate a motivare e incoraggiare le persone e la collettività al cambiamento

Siamo all'inizio degli anni Ottanta. La *health communication* fa il suo ingresso nell'agenda dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) fino ad assumere una prospettiva globale con la Carta di Ottawa del 1986 che, a distanza di trent'anni, continua a rappresentare un documento di riferimento per lo sviluppo di politiche orientate alla promozione della salute. Nelle priorità in materia di salute prendono posto gli interventi di comunicazione che amministrazioni pubbliche e istituzioni devono attuare per persuadere i singoli cittadini a prendere decisioni adeguate atte a migliorare le prospettive della propria salute in un'ottica di salute globale. Il nodo cruciale è sensibilizzare le persone ad attuare il cambiamento richiesto. Ma cambiare, e far cambiare, non è semplice.

Le campagne sulla salute rappresentano uno dei tasselli principali delle azioni di educazione sanitaria finalizzate a motivare e incoraggiare le persone e la collettività al cambiamento. Dalle giornate mondiali promosse dall'OMS per sensibilizzare la popolazione, le associazioni, gli operatori sanitari e i decisori politici su argomenti cruciali di salute pubblica di interesse della comunità internazionale, sull'impatto di salute della malaria, della tubercolosi e dell'epatite, sui danni del tabacco e sull'importanza della donazione di sangue, e non da ultimo sul problema dell'antibiotico-resistenza e sulle strategie di prevenzione, fino alle grandi e piccole campagne mediatiche organizzate dalle istituzioni e società scientifiche su scala nazionale o locale i cui scopi sono in prevalenza rivolti alla salute comune e alla protezione della vita. La grande promessa delle campagne risiede nella loro capacità di disseminare messaggi ben costruiti, a basso costo per il singolo cittadino, che raggiungono ripetutamente nel tempo un'ampia audience. Tuttavia i risultati raggiunti non rispecchiano sempre pienamente le aspettative e le promesse di produrre gli sperati cambiamenti a livello di atteggiamento e di abitudini comportamentali. Uno stesso messaggio può non essere persuasivo (o allo stesso modo) su una massa eterogenea, le campagne potrebbero veicolare comportamenti per cambiare i quali l'audience non ha sempre le risorse. Alcune campagne possono sfociare nello stigma e marginalizzazione delle fasce di popolazione a rischio. Una delle prime campagne per la lotta dell'Aids del Ministero della Salute non aveva certamente ottenuto il risultato sperato: l'alone viola che circondava le persone con Hiv era diventato il simbolo con cui la società aveva marchiato non tanto la malattia, l'Aids, quanto il singolo malato che si distingueva dai sani a causa dei comportamenti ritenuti "rischiosi"¹.

LA CONFEZIONE DEL "MESSAGGIO"

Il potere persuasivo delle campagne mediatiche si gioca molto sul tipo di slogan che viene dato. Le prime campagne mediatiche hanno fatto uso di motivatori negativi quali la vergogna o lo stigma, come il poster sulla polio con l'immagine di un padre vicino al figlio malato che si mette le mani tra i capelli e sotto lo slogan "Why... Why didn't we listen?". Oppure il messaggio moralizzante diretto alle prostitute nel poster per il controllo della sifilide: "She may be a bag of trouble"². Con il tempo il messaggio è evoluto gradualmente verso messaggi più o meno positivi, per esempio enfatizzando i benefici e non solo i rischi dello smettere di fumare.

Un comune denominatore in molte campagne è l'appello alla paura: "Il fumo uccide", "Se bevi e guidi muori, o forse no", "L'Aids uccide. Non c'è cura per l'Aids". Abbinare alla componente di minaccia che scuote l'audience una soluzione facile da adottare funziona nel persuadere le persone al cambiamento. Proprio in questa direzione si è mossa l'amministrazione di New York, tra il 2002 e il 2013, nei tre mandati del sindaco Michael Bloomberg che hanno segnato la storia della sanità pubblica per le campagne shock contro il fumo, l'obesità e l'Aids fondate - letteralmente - sulla paura e sul terrore. "Don't drink yourself fat": lo slogan che invitava a bere acqua o latte a basso contenuto di grassi, piuttosto che le bevande ipercaloriche. Oppure il video con le mega porzioni dei fast food associate al diabete di tipo 2 che può portare all'amputazione degli arti. Non da ultimo il video macabro di trachee sanguinanti e polmoni spappolati dal fumo di

sigarette. "It's Never Just HIV" era lo slogan dello spot televisivo: in primo piano un giovane pieno di paura e vergogna, il suono del battito cardiaco e la voce fuori campo che descrivono le immagini delle conseguenze dell'osteoporosi, della demenza, del tumore dell'ano, in chiusura il messaggio "Stay HIV Free. Always use condom".

L'amministrazione di Bloomberg era stata soprannominata "nanny state" (stato balia). Ma per il sindaco "il compito principale di ogni governo è garantire la sicurezza e proteggere la salute dei cittadini". Anche contro gli interessi economici. E questo obiettivo era stato perseguito con una serie di politiche di restrizione in cui si inserivano le campagne pubblicitarie *fear-based*, come per esempio la tassa sulle sigarette, proibire l'esposizione delle sigarette nei negozi, il divieto di fumare nei bar e nei ristoranti della città e quello di usare grassi idrogenati nei ristoranti, la campagna per la riduzione del sale negli alimenti confezionati e nelle pietanze dei ristoranti, l'esposizione del numero di calorie nei menù, lo stop a bicchieri extra-large per le bibite gassate, eccetera. Un'interessante analisi storica di *Health Affairs*³ conclude che in un'ottica di sanità pubblica il modello Bloomberg ha funzionato bene nella lotta al tabagismo: dal 2002 al 2010 la percentuale di fumatori era scesa dal 35 al 22 per cento. Mentre non è dimostrabile se gli stessi traguardi non sono stati raggiunti nelle campagne contro l'obesità e l'Aids.

Una delle critiche avanzate al modello *fear-based* è la stigmatizzazione e l'isolamento delle persone a rischio, anche se su questo punto i pareri sono discordanti e negli ultimi anni gli stessi bioeticisti non considerano sempre e comunque come intrinsecamente non etico l'uso della paura⁴. Un'altra critica è che la paura mina la libertà e l'autonomia nella scelta, anche quando informata. Iona Heath scrive per esempio che "la forte paura umana di ciò che ci aspetta nel futuro rende difficile rinunciare ai benefici promessi da interventi di screening"⁵. Dove tracciare il confine tra il bene e il male? Le campagne basate sulla paura possono servire alla sanità pubblica, commenta *Health Affairs*. Se adottarle o meno è quasi sempre una scelta politica che deve calcolare come bilanciare l'efficacia, l'incertezza, lo stigma, la marginalizzazione, il carico emotivo e la partecipazione della comunità.

Al di là di come confezionare il messaggio e come veicolarlo e in quali tempi, la riuscita di una campagna educativa dipende da diversi fattori. Per esempio, si legge nella review del *Lancet* a firma di Melanie Wakefield⁶, direttrice del Centre for Behavioural Research in Cancer di Victoria, in prima linea sul fronte della battaglia *fear-based* contro il fumo in Australia, che "l'inserimento di nuove politiche che supportano le opportunità di cambiamento forniscono motivazioni ulteriori, mentre le politiche di rinforzo possono scoraggiare comportamenti non sani o non sicuri. Mentre il marketing pervasivo dei prodotti concorrenti, i messaggi contrastanti, il potere delle norme sociali ostacolano il successo delle campagne di comunicazione". Inoltre per prolungare gli effetti positivi sono necessari investimenti maggiori e più a lungo termine.

LE CELEBRITÀ: FANNO BENE O MALE ALLE CAMPAGNE?

L'influenza dei personaggi celebri nel veicolare messaggi sulla salute è una storia di lunga data. Nel 1938 Lou Gehrig, famoso giocatore dei New York Yankees, aveva ricevuto la diagnosi di sclerosi laterale amiotrofica, SLA. Si ritirò dal baseball e morì quasi due anni dopo aver portato l'attenzione nazionale e internazionale su questa malattia neurodegenerativa. Anche a Stephen Hawking erano stati dati appena due anni di vita quando nel 2011 ricevette la diagnosi di SLA. Ancora vivo il famoso fisico inglese ha partecipato più volte a campagne finalizzate a sensibilizzare l'opinione pubblica sulla SLA e a stimolare le donazioni per la ricerca. Non da ultima l'*Ice Bucket Challenge*, la campagna virale lanciata negli Usa dall'ALS Association nell'estate del 2014 e rimbalzata in diversi altri paesi, anche in Italia. Oltre a Hawking diverse celebrità della politica, dello spettacolo e dello sport vi hanno partecipato, tra cui Michel Platini, George W. Bush, John Travolta, Gwyneth Paltrow, Lewis Hamilton e tra i vip italiani Adriano Celentano, Gigi Buffon e Antonio Conte. ▶

Secondo i dati diffusi dall'associazione statunitense contro la SLA, ad un anno dal lancio della campagna di sensibilizzazione, sono stati raccolti 115 milioni di dollari.

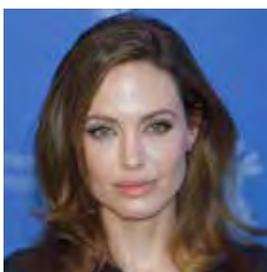
Le celebrità hanno un forte impatto mediatico e le loro parole esercitano una presa maggiore sull'audience di quelle degli "esperti" comunemente coinvolti nelle campagne di informazione e sensibilizzazione. Ancor di più se le loro parole raccontano la propria storia personale di malattia. In una trasmissione televisiva Charlie Sheen, attore statunitense, aveva raccontato di essere sieropositivo, dei sintomi che lo portarono sulla strada della pesante diagnosi, della terapia a base di PRO 140 che "mi ha aiutato a farmi sentire di nuovo me stesso e a tornare in contatto con tutti gli aspetti reali della mia vita"⁷. Già poche ore dopo l'outing 1,25 milioni di statunitensi avevano cercato sui motori di ricerca online informazioni sui sintomi e sulla prevenzione dell'Hiv, sui test diagnostici, un numero molto più alto delle media. Inoltre a distanza di poco tempo negli Usa si registrò un'impennata nelle vendite del kit OraQuick per l'autodiagnosi dell'Hiv: un dispositivo approvato dalla FDA per arginare il fenomeno delle diagnosi tardive.

Dopo la lettera *My medical choice* scritta da Angelina Jolie e pubblicata sul *New York Times*, si è registrato un aumento significativo delle richieste di visite specialistiche per il tumore al seno e di screening genetico. Per la maggior parte le richieste venivano da pazienti che erano in ritardo con i test prescritti o da donne con una storia familiare di tumore al seno. Nell'arco di quindici giorni dalla pubblicazione della lettera, negli Usa sono stati eseguiti 4500 test del gene BRCA1 per una media di 13,5 milioni di dollari⁸. All'incremento dei controlli non è corrisposto un innalzamento del numero delle mastectomie, intervento al quale l'attrice Jolie aveva scelto di sottoporsi a scopo preventivo. Anche la diagnosi di tumore al seno della pop star australiana Kylie Minogue ha avuto un impatto mediatico sulla sanità pubblica che è stato oggetto di studio e dibattito. In Australia, per due settimane la storia personale di Kylie era stata al centro dell'informazione dei media, nell'arco di un mese e mezzo le prenotazioni per la mammografia erano cresciute del 40 per cento.

L'effetto "Sheen" come quello "Jolie" e "Kylie" confermano che l'outing dei personaggi famosi, se da un lato aiuta i pazienti contribuendo a esorcizzare la vergogna di avere una malattia e il timore di essere emarginati ed etichettati, dall'altro crea anche un terreno fertile per veicolare messaggi di promozione della salute. Il *Jama Internal Medicine* considera che le campagne di sanità pubblica dovrebbero sfruttare a proprio favore il contesto e le opportunità offerte dalla risonanza mediatica delle storie di malattie raccontate dalle celebrità: se la popolarità e la vicinanza delle star inducono le persone a cercare informazioni online su mammografia o prevenzione dell'Hiv, è compito di chi si occupa di salute pubblica garantire informazioni corrette e basate sulle evidenze e facilmente accessibili ancora prima che si presenti il bisogno⁹.

La testimonianza di Sheen potrebbe essere servita a sensibilizzare le persone sull'importanza della prevenzione e di una diagnosi precoce: molte persone sieropositive infatti giungono alla diagnosi quando ormai la malattia è a un passo dall'Aids conclamato con il rischio di ritardare troppo le terapie e di contagiare altre persone sane. L'appello della Jolie ad accrescere la consapevolezza dei rischi legati al tumore al seno e anche la conoscenza di test di screening che misurano la probabilità di sviluppare la malattia come quello del gene BRCA1. Mentre quello della pop star australiana ad avvicinare anche le giovani donne allo screening mammografico. Ma c'è anche l'altra faccia della medaglia: l'eccessivo ricorso ad esami diagnostici e a terapie, anche quando non appropriate. Il maggior utilizzo della mammografia unito alla risonanza mediatica della storia di Kylie Minogue si traduce in realtà per le donne nel rischio di esposizione superflua a radiazioni dannose e in un più alto numero di falsi positivi con tutto ciò che ne consegue.

Sul BMJ¹⁰ Simon Chapman, professore di salute pubblica dell'università di Sydney, ha commentato che il risultato ambivalente dell'effetto "Kylie" riflette in realtà il dibattito ancora aperto sullo screening mammografico e non dovrebbe distoglierci dal potenziale



Un comune denominatore in molte campagne è l'appello alla paura

valore del coinvolgimento delle celebrità nel portare avanti delle buone cause per la sanità pubblica, per promuovere delle riforme sanitarie *evidence-based* e per garantire una copertura mediatica di problemi che altrimenti non avrebbero la stessa visibilità e risonanza. “Le celebrità non sono esperti. Può capitare che usino un linguaggio impreciso e che non conoscano le evidenze scientifiche o gli studi di riferimento. Ma prestandosi all’interesse dei media per i problemi di salute di cui hanno fatto esperienza, le celebrità parlano in prima persona e spesso sono in grado di rendere il discorso autentico e persuasivo”.

Geof Rayner della City University London controbatte che le influenze delle celebrità possono essere insidiose e fuori controllo se non governate¹¹. Le stesse figure dello spettacolo o dello sport coinvolte nelle campagne mediatiche sono già note magari come testimonial di prodotti commerciali il cui lavoro diventa quello di consigliare cosa indossare, come mangiare o quale cosmetico utilizzare. “Le campagne per la promozione della salute devono condurre una battaglia contro il junk food, l’alcol, il gioco d’azzardo e forme di consumismo spesso promosse proprio dalle celebrità. Alcune di queste potrebbero essere d’aiuto ma è impensabile che il lavoro di educazione e informazione sanitarie si esaurisca con la loro azione. Possiamo ispirarci ai passati movimenti sanitari le cui campagne ecologiche hanno avuto successo anche se condotte da persone non famose. Per promuovere la salute servono nuove tecniche, nuove strade e azioni anche a livello locale”.

COGLIERE NEL SEGNO: QUANDO I DESTINATARI SONO LE MINORANZE

Un altro punto cruciale delle campagne istituzionali sulla salute è relativo ai destinatari: il messaggio veicolato deve raggiungere non solo la popolazione generale ma anche le fasce di popolazioni più svantaggiate o isolate, quindi anche delle sottopopolazioni. Una survey, pubblicata sul *British Journal of Cancer*, che ha coinvolto più di 38 mila cittadini inglesi, ha infatti mostrato come la consapevolezza dei sintomi di una malattia oncologica possa cambiare da un’etnia a un’altra¹²: gli africani neri e i bengalesi, per esempio, ne dimostrano poca rispetto ad altre etnie. Inoltre alcune minoranze etniche - quelle dei sudasiatici, pachistani e indiani - incontrano invece maggiori difficoltà dei concittadini inglesi nel cercare aiuto. In molti casi si tratta di ostacoli di tipo emotivo, come per esempio l’imbarazzo o la mancanza di confidenza nel parlare con il medico dei propri sintomi e della propria malattia. Per gli irlandesi al contrario le barriere sono più di natura pratica e logistica: sono talmente impegnati da non riuscire a ritagliarsi del tempo anche solo per andarci dal medico. Gli autori della survey sottolineano la necessità di campagne per la salute mirate ad abbattere proprio queste barriere che allontanano i cittadini da una possibile diagnosi precoce della malattia oncologica aumentando così la distanza tra la patologia e la sua cura. Le campagne di prevenzione dovrebbero tenere conto anche dei determinanti sociali: status socio-economico e grado di cultura dei singoli individui influiscono sulle abitudini non salutari. Ed è appunto in quest’ottica che l’OMS Europa ha promosso delle raccomandazioni per cambiare l’approccio agli stili di vita in funzione delle disparità sociali ed educative dei cittadini.

Resta però ancora da dimostrare se strategie pubblicitarie mirate risultino più efficaci nel raggiungere e influenzare le minoranze etniche rispetto a quelle dirette alla popolazione generale. Una revisione sistematica della Cochrane è arrivata alla conclusione che le evidenze disponibili non sono oggi ancora in grado di confermarlo o meno. Gli studi finora condotti, infatti, non riescono a distinguere l’impatto delle diverse componenti sulla capacità di cambiamenti: incide di più lo slogan mirato, oppure la capacità di adattamento culturale a un gruppo etnico minoritario, o ancora il raggiungimento del gruppo target attraverso canali pubblicitari più appropriati? Anche in questo ambito resta quindi un alone di incertezza sulle condizioni necessarie per raggiungere l’intera collettività con messaggi e interventi mirati.

L'ESAGERAZIONE DELLA CERTEZZA

Lo scopo delle campagne di sensibilizzazione e prevenzione dovrebbe essere quello di dare ai cittadini tutte le informazioni necessarie per fare delle scelte che riguardano la loro salute personale e anche quella della collettività. Non si tratta di propaganda o pubblicità ma di educazione sanitaria per diffondere la conoscenza e l'importanza della prevenzione e far crescere una sempre maggiore predisposizione a modificare lo stile di vita per tutelare insieme la salute globale. Le campagne di informazione hanno diversi punti di forza. Il problema sta nel contesto in cui talvolta si inseriscono, e nella manipolazione dell'informazione.

Il contesto è quello del marketing sanitario che alimenta l'industria della salute che come tale deve moltiplicare prodotti e servizi per incrementare i consumi e reclutare nuovi clienti. Le giornate mediatiche sul diabete o sull'ipertensione o lo screening per la diagnosi precoce possono venire sfruttate in realtà per ampliare il mercato della salute. Come? Trasformando un semplice fattore di rischio in una malattia, incrementando i falsi positivi o le sovradiagnosi con l'identificazione di lesioni o tumori in situ che non evolveranno mai nel corso della vita ma sui quali la persona che ne è colpita si sente obbligata ad intervenire. "Probabilmente il marketing industriale e mediatico - scrivono Giorgio Bert, Andrea Gardini e Silvana Quadrino di Slow Medicine¹³ - ha fatto sì che la capacità di arrivare a una diagnosi sia ormai divenuta sinonimo di guarigione assicurata. In realtà i check up, gli screening e i test diagnostici di massa su persone asintomatiche hanno molto spesso la capacità di sovrastimare l'incidenza di malattie 'consistenti', quelle cioè che non evolveranno mai nel corso della vita, oppure di anticipare una diagnosi senza che successivamente vi sia un reale beneficio in termini di sopravvivenza, influenzando così negativamente preziosi anni di vita potenzialmente sereni".

Un altro problema, forse meno studiato, è quello della manipolazione dell'informazione. Il pericolo maggiore per chi fa campagne informative sulla salute è quello di forzare il messaggio allo stesso modo di chi fa campagne di disinformazione. Anche se con le migliori intenzioni, la tendenza è di nascondere le debolezze delle evidenze e di presentare queste ultime come se fossero certe. Per esempio i messaggi che promuovono i programmi di screening mammografico negano a priori qualsiasi senso alle insicurezze mettendo in rilievo soltanto i benefici dello screening mammografico, senza accennare ai possibili danni o la debolezza delle prove per alcune fasce di popolazione. Quella che Geoffrey Rose chiamava l'esagerazione della certezza: "Gli esperti, pur ben intenzionati, spesso nascondono tutte le imperfezioni dell'evidenza disponibile e presentano le loro conclusioni come se fossero certe; in verità, essi si convincono senza esitazione che quella sia la verità. I media partecipano a questo processo cercando affermazioni semplici e immediatamente chiare; la gente comune generalmente preferisce la comodità della certezza al disagio causato dall'equilibrio e dall'onestà".

Perché una campagna di promozione della salute sia una buona campagna e funzioni deve considerare le diverse componenti che la costituiscono: dall'obiettivo che si prefigge, al destinatario, alla modalità selezionata per veicolare il messaggio, da cui anche il tono del messaggio. Come ogni atto di comunicazione, anche le campagne comunicative seguono determinate "regole", sebbene ad emergere siano forse più le questioni aperte e le incertezze che non soluzioni e strategie preconfezionate. Questioni che potrebbero trovare una risposta in una comunicazione corretta e sobria che rispetti il diritto dei cittadini di essere informati perché come scriveva Rose "la scelta del consumatore è libera a patto che sia una scelta informata".

Il pericolo maggiore per chi fa campagne informative sulla salute è quello di forzare il messaggio allo stesso modo di chi fa campagne di disinformazione. Anche se con le migliori intenzioni, la tendenza è di nascondere le debolezze delle evidenze e di presentare queste ultime come se fossero certe

IL POTERE DAL BASSO

Senza fiducia il cambiamento non può avvenire secondo Glenn Laverack, una delle voci più autorevoli nel campo della promozione della salute globale e dell'empowerment anche in contesti di povertà e disuguaglianze socio-economiche. La fiducia è infatti una delle condizioni necessarie affinché sia possibile sviluppare empowerment, cioè autonomia, crescita e responsabilità per acquisire o favorire il proprio benessere e la propria salute. Fiducia tra cittadini e operatori, tra cittadini e decisori politici. "Per autonomia si intende la capacità di autogovernarsi e di prendere decisioni che influenzeranno la propria vita e la propria salute. Essa è legata a ciò che caratterizza una persona, alla capacità di scegliere liberamente e di riuscire a esprimere il modo in cui si vuole vivere la propria vita. Il rispetto per l'autonomia delle persone e per le condizioni che sostengono tale autonomia nella loro vita è fondamentale per un approccio alla salute pubblica etico e fondato sull'empowerment. Autonomia ed empowerment sono strettamente connesse, in quanto entrambi si riferiscono alla facoltà di disporre, nelle nostre vite, di libertà e opportunità tali da permetterci di prendere le decisioni giuste per noi stessi".

La seconda parola chiave per il cambiamento è il potere: "Per fare in modo che le persone diventino *empowered* è necessario sviluppare potere-dall'interno e sostenerle a partecipare a gruppi che condividano gli stessi interessi. È un empowerment di tipo collettivo, piuttosto che individuale, che porta a cambiamenti sociali e politici, che possono a loro volta migliorare la vita e la salute delle persone", scrive Laverack. "La capacità delle persone di superare la mancanza di potere, di aumentare le proprie competenze personali e di costruire il proprio potere-dall'interno è di cruciale importanza per ottenere una maggiore influenza a livello collettivo".

Fonte: Glenn Laverack. Salute pubblica - Potere, empowerment e pratica professionale (Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2017)

Note

1. Si tratta del secondo spot della prima campagna istituzionale contro l'Aids trasmesso su tutte le principali reti italiane: la malattia c'è ma non si vede mentre lo spot fa vedere e riconoscere quelli che si infettano con un alone viola. Allo slogan principale "Aids, se lo conosci, lo eviti, se lo conosci non ti uccide", seguiva il messaggio diretto sulla prevenzione: "Pensiamoci prima di avere rapporti sessuali occasionali con persone diverse, e comunque in quei casi utilizziamo sempre il preservativo".
2. Public health campaigns: getting the message across. Geneva: World Health Organization, 2009.
3. Fairchild AL, Bayer R, Colgrove J. Risky business: New York City's experience with fear-based public health campaigns. *Health Aff* 2015; 34: 844-51.
4. Bayer R, Fairchild AL. Means, ends and the ethics of fear-based public health campaigns. *J Med Ethics* 2016; 42: 391-6.
5. Heath I. It is not wrong to say no. *The BMJ* 2009; 338: b2529.
6. Wakefield MA, Loken B, Hornik RC. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet* 2010; 376: 1261-71.
7. Ayers JW, Althouse BM, Mark Dredze, Eric C. Leas, Seth M. Noar. News and Internet Searches About Human Immunodeficiency Virus After Charlie Sheen's Disclosure. *JAMA Internal Medicine* 2016; 176: 552-4.
8. Desai S, Jena AB. Do celebrity endorsements matter? Observational study of BRCA gene testing and mastectomy rates after Angelina Jolie's New York Times editorial. *BMJ* 2016; 355: i6357.
9. Katz MH. Adapting Health Education for the Internet Age. *JAMA Intern Med* 2016; 176: 554-5.
10. Chapman S. Does celebrity involvement in public health campaigns deliver long term benefit? Yes. *BMJ* 2012; 345: e6364.
11. Rayner G. Does celebrity involvement in public health campaigns deliver long term benefit? No. *BMJ* 2012; 345: e6362.
12. Wise J. Targeted campaigns must help ethnic minorities spot cancer signs, researchers say. *BMJ* 2016; 353: i3612.
13. Bert G, Gardini A, Quadrino S. Slow Medicine. Perché una medicina sobria, rispettosa e giusta è possibile. Milano: Sperling & Kupfer, 2013.

CINQUE CAMPAGNE PER LA SALUTE PUBBLICA NEL SUD DEL MONDO

HEART contro l'Hiv, Zambia - fine anni '90. La campagna per sensibilizzare e ridurre la diffusione dell'Hiv in Zambia, disegnata per e con i giovani alla fine degli anni Novanta. Attraverso cartelloni pubblicitari, stampa, tv e radio sono stati veicolati slogan sulla prevenzione formulati con il contributo dei giovani. Una parte della campagna - *One Love, Kwasila!* - ha utilizzato i multimedia per veicolare messaggi su come il virus può diffondersi attraverso partner sessuali multipli e simultanei. Una serie televisiva - *Club Risky Business* di 10 brevi episodi con tre ragazzi come protagonisti - sensibilizzava i giovani sul rischio di contagio attraverso rapporti con più partner.

Reidratazione orale per la diarrea, Bangladesh - 1979. Negli anni Ottanta, un gruppo di operatrici sanitarie ha visitato 13 milioni di famiglie e insegnato alle donne come preparare in casa la terapia per la reidratazione orale sciogliendo sale e zucchero nell'acqua potabile. Anche grazie a questa campagna educativa in Bangladesh questa terapia a basso costo per la cura delle diarrea è diventata un norma sociale con un tasso di utilizzo che supera l'80%.

World Vision India HIV per le persone disabili, India - 2009. Troppo spesso le persone con disabilità non usufruiscono dei benefici delle campagne di salute pubblica poiché le stesse campagne non sembrano contemplarle direttamente. Nel caso dell'Hiv e dell'Aids, si presume spesso che non riguardino le persone disabili. Nel 2009 World Vision India ha condotto una campagna per sensibilizzare sull'Hiv e l'Aids le persone con disabilità attraverso programmi sviluppati su misura. Secondo le stime del Dipartimento per lo sviluppo internazionale del Regno Unito (DFID), in India si contavano circa 320 mila disabili positivi all'Hiv nel 2007. Vi è una maggiore prevalenza di persone disabili con l'Hiv rispetto alla popolazione generale a causa di fattori legati alla povertà che è più frequente in questa minoranza della popolazione.



Wazazi Nipendeni (Love me, parents), Tanzania - 2012. *Wazazi Nipendeni* è uno dei più grandi progetti per la promozione della salute materno-infantile attraverso il cellulare ad oggi mai realizzati in Africa. Le donne incinte iscritte al programma ricevono periodicamente sms gratuiti con i consigli per la loro salute a seconda dello stadio di gravidanza, come partecipare alle cure prenatali e quando prendere i medicinali per la malaria. Il cellulare è molto diffuso anche nelle zone più povere, una famiglia su tre della Tanzania lo possiede, offrendosi così come un canale di comunicazione mirato alle donne incinte nelle aree rurali con scarso accesso ai media convenzionali. Finora la campagna ha raggiunto oltre 300.000 donne.

Le settimane della vaccinazione nelle Americhe, 2003 - oggi. In seguito all'esplosione di un focolaio endemico di morbillo in Venezuela e Colombia nel 2002, i ministri della salute degli stati andini - Cile, Argentina, Bolivia, Perù, Ecuador, Venezuela e Colombia - lanciano un programma congiunto per prevenire futuri focolai. Attraverso le settimane della vaccinazione - che si ripetono annualmente con celebrità latino americane come testimonial - vengono promosse iniziative per aumentare la consapevolezza dell'importanza delle vaccinazioni per la salute pubblica. Nel 2016 i paesi delle Americhe sono stati dichiarati liberi dal morbillo.

Fonte:
[Five memorable movements in public health.](#)
The Guardian, 6 giugno 2014.





Campagne di marketing sociale: il punto di partenza è la vita delle persone

Intervista a Sheila Mitchell

*Marketing Director del Public Health England (PHE),
agenzia del Ministero della Salute del Regno Unito*

A cura di Laura Tonon

Il Pensiero Scientifico Editore - Think2.it

Adottiamo le linee guida sulla salute pubblica *evidence-based* per tradurle e proporle in una versione *user-friendly*



Qual è il vostro ruolo per la sanità pubblica?

Il team del Public Health Marketing lavora con il sistema sanitario nazionale, le amministrazioni locali e diverse altre organizzazioni allo scopo di realizzare le campagne nazionali per la promozione della salute e diffonderle nelle comunità locali. Il nostro ruolo è proprio quello di amplificare i programmi nazionali di sensibilizzazione con il supporto di attori locali che possono investire economicamente laddove c'è più bisogno sfruttando programmi e risorse già disponibili. Il Public Health England Campaign Resource Centre è il centro online che offre ai partner locali dei servizi di supporto per la pianificazione delle proprie campagne. Nel sito possono trovare le informazioni di base sulle campagne e ordinare una serie di materiale come manifesti o volantini. Una comunità crescente di persone ne fa uso regolarmente per la pianificazione e realizzazione di campagne finalizzate, insieme a una serie di altre misure, a promuovere e a migliorare la salute degli abitanti del posto.



Quali sono gli ingredienti per una campagna per la salute di successo?

Per il Public Health England il punto di partenza delle campagne di marketing sociale è la vita delle persone: capire quanto sia facile mangiare un po' troppo, quanto possa sembrare complicato riuscire a fare della attività fisica nell'arco di una giornata già piena di impegni oppure quanto sia difficile smettere di fumare quando le persone più vicine a noi continuano a fumare. Pianificare i nostri programmi educazionali significa riconoscere che il governo può influenzare e modellare la salute del paese attraverso diversi strumenti, tra cui la legislazione, la regolamentazione e la pianificazione ambientale. Il marketing sociale è solo uno dei potenziali strumenti: può funzionare anche da solo ma spesso diventa più potente quando pianificato e implementato in modo integrato con altre leve.

Nel disegnare le campagne per la salute adottiamo un approccio centrato sui cittadini, quindi cerchiamo di capire come vivono le persone, come interpretano la salute e cosa significhi rendere/riconoscere la buona salute parte integrante della vita quotidiana. Inoltre adottiamo le linee guida sulla salute pubblica evidence-based per tradurle e proporle in una versione user-friendly, accessibile, condivisibile, personalizzata, dinamica, perseguibile, gratificante e, ove opportuno, divertente. Inoltre, in quanto organizzazione scientifica, applichiamo le scienze comportamentali per capire come le persone si comportano oggi e come potrebbero comportarsi domani. Le scienze comportamentali sono una disciplina che combina la psicologia e l'economia per influenzare i comportamenti; ci danno quindi degli spunti importanti che mettiamo al centro del nostro lavoro.

Molto del marketing tradizionale parte dal presupposto che il cambiamento di mentalità condurrà al cambiamento del comportamento. Ma non è sempre così: in alcuni casi la mentalità cambia successivamente ai comportamenti e non prima



Come valutate se una campagna è veramente riuscita a cambiare il comportamento?

Utilizziamo un range di modelli di cambiamento del comportamento per guidare la nostra programmazione, oltre a lavorare a stretto contatto con accademici e clinici per pianificare e portare a termine le nostre campagne. Inoltre riconosciamo che quello che per esempio può funzionare per la resilienza dei giovani può non essere altrettanto appropriato per il mangiare sano, e pertanto utilizziamo modelli diversi di cambiamento comportamentale a seconda dell'argomento specifico e dell'audience.

Molto del marketing tradizionale parte dal presupposto che il cambiamento di mentalità condurrà al cambiamento del comportamento. Ma non è sempre così: in alcuni casi la mentalità cambia successivamente ai comportamenti e non prima, come d'altronde abbiamo potuto sperimentare nelle nostre campagne. Per esempio, con le campagne *Drinks Tracker tool* e *Dry January* abbiamo potuto verificare che alcune persone hanno bisogno di ridurre il consumo di alcool prima di poter apprezzare i vantaggi di un comportamento più salutare. Di conseguenza, piuttosto che dire alle persone che si sentiranno meglio se smettono di bere alcool, prima creiamo degli strumenti per spingerle verso il comportamento desiderato e dopo le aiutiamo a constatare come risultato quanto meglio si sentano.



Nella salute pubblica una sfida è quella di superare le differenze etniche nella consapevolezza di una malattia, o di un comportamento non salutare, o nell'importanza delle vaccinazioni. Come raggiungete le minoranze etniche?

Il Public Health Marketing sostiene il compimento di progressi nel ridurre le disuguaglianze di salute. Le azioni sulle disuguaglianze rientrano nella nostra organizzazione. Questa prevede la pubblicazione di guide per aiutare le aree locali a tradurre in azione i principi di Marmot. Abbiamo anche promosso l'approccio per la prevenzione e promozione della salute Health in All Policies in tutte le linee politiche della Local Government Association (l'associazione nazionale degli enti locali) per aiutare le amministrazioni locali a migliorare il benessere e la crescita attraverso le sue molteplici funzioni.

Ridurre le disuguaglianze sanitarie significa dare a tutti le stesse opportunità di condurre una vita sana, indipendentemente da dove vivono o da chi sono. Alcuni dei comportamenti e delle malattie oggetto delle nostre campagne hanno un'incidenza più elevata in comunità specifiche, come per esempio all'interno di alcune minoranze etniche, nelle comunità LGBT (lesbica, gay, bisessuale e transessuale) o tra disabili. Quando necessario, lavoriamo con agenzie specializzate per personalizzare le nostre comunicazioni, coinvolgendo direttamente l'audience e gli stakeholder come capi religiosi e associazioni di volontariato, per garantire che le nostre comunicazioni soddisfino le loro esigenze. Per esempio, abbiamo studiato la nuova campagna sulla salute sessuale insieme a una serie di destinatari target, incluse anche le persone LGBT, che ci hanno espresso di volere che la campagna che fosse inclusiva, aperta a tutti, e non rivolta a persone specifiche.

DOTTOREMAEVEROCHE...

IL NUOVO SITO FNOMCeO PER UNA CORRETTA INFORMAZIONE SANITARIA

Intervista ad Alessandro Conte

coordinatore Gruppo Antibufale FNOMCeO e responsabile del progetto

A cura di Rosa Revellino



L'iniziativa del nuovo sito FNOMCeO sulle fake news: come nasce e perché è importante? A chi si rivolge nello specifico?

Il progetto nasce come strumento innovativo e in linea coi tempi per conseguire la duplice mission di tutela della popolazione e della dignità professionale, obiettivo plasmante dell'azione della FNOMCeO e degli Ordini provinciali tutti. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha sentito la necessità, in un momento di circolazione incontrollata ed indiscriminata di notizie prive di fondamento scientifico in ambito di salute, in grado sia di allontanare da cure validate efficaci e sicure che di minare il rapporto fiduciario tra medico e paziente, di agire in difesa dei cittadini, in particolare dei gruppi più esposti e fragili. Un italiano su due, infatti, fatica a rapportarsi con la sufficiente consapevolezza e autonomia alle informazioni inerenti problematiche mediche ed eventuali terapie (Dati Eurobarometer 2016), diventando il bersaglio ideale di chi, con l'intenzione di lucrare sulla disperazione e sulla speranza altrui, propone trattamenti privi di quelle prove di efficacia e sicurezza, che sono invece capisaldi della Medicina (la maiuscola non è casuale!). Il destinatario principale di questo progetto è quindi sicuramente il cittadino, che come sappiamo 8 volte su 10 utilizza internet per rispondere ai suoi quesiti su salute e benessere. Anche i professionisti della salute, però, sono, nelle nostre intenzioni, beneficiari di questa esperienza digitale, e in una sezione loro dedicata, troveranno strumenti di supporto (clip video ed infografiche), progettati e sviluppati da esperti in ambito di comunicazione, per i momenti di confronto con i propri assistiti, per affrontare con una marcia in più e sempre nella massima trasparenza e rigore scientifico, i dubbi più comunemente espressi. Una sorta di kit di primo aiuto comunicativo, che nel rispetto anche dei tempi spesso contingentati dell'attività assistenziale, permetta chiarimenti esaustivi, coinvolgenti e soprattutto durevoli, in termini di persistenza del messaggio. Certamente confidiamo che questa seconda anima del portale, possa, mostrando i benefici di un nuovo modo di fare comunicazione in seno alla professione medica, rilanciare l'importanza dell'argomento nelle agende di chi decide della formazione dei medici di domani, con la speranza che il travagliato rapporto tra medico e paziente possa, nel medio (un po' di scaramanzia non guasta!) periodo, ricevere spinte migliorative tali da rinsaldarlo e renderlo più sereno. Sicuramente FNOMCeO, come dimostra la stessa creazione di questo progetto, non è affatto indifferente all'importanza dell'argomento ed in futuro non mancheranno le possibilità di consolidare il suo impegno in tal senso con corsi residenziali ed a distanza proprio su questa delicata materia.

La comunicazione istituzionale vive in Italia una fase di preoccupante impasse, schiacciata tra le imposizioni di un registro comunicativo spesso limitato e limitante ed il costante rumore di fondo dell'infinita messe di informazioni, più o meno utili, a cui ciascun utilizzatore di vecchi e nuovi media è sistematicamente esposto



Spesso - soprattutto in Italia - le campagne istituzionali, le iniziative di comunicazione che puntano a sensibilizzare la popolazione su "questioni di salute" non hanno grande efficacia. Da coordinatore di un progetto istituzionale così importante quali riflessioni può fare?

È vero, la comunicazione istituzionale vive in Italia una fase di preoccupante impasse, schiacciata tra le imposizioni di un registro comunicativo spesso limitato e limitante ed il costante rumore di fondo dell'infinita messe di informazioni, più o meno utili, a cui ciascun utilizzatore di vecchi e nuovi media è sistematicamente esposto. Da un lato, forse soffriamo di una ritrosia culturale, tipicamente italiana, nei confronti di certi modi di fare comunicazione, basta pensare alla libertà che si concedono in altri paesi europei, su tutti la Danimarca con la sua campagna di promozione della natalità; dall'altro gli algoritmi di visibilità, che governano i social media, hanno, di fatto, sancito la fine della parola scritta, così cara alla comunicazione istituzionale, soppiantata ormai irrimediabilmente dall'immagine, sia essa fotografia o video. In questo fast-food della comunicazione, di consumo bulimico, fatto di interi minuti, se non ore, di esposizione quotidiana a contenuti multimediali, le classiche campagne arrancano, penalizzate in molti casi da corredi fotografici distanti dai destinatari del messaggio, ingessati o vistosamente artificiosi ed appesantite da fiumi di parole, spesso non immediatamente comprensibili per l'utente medio. Chi fa comunicazione/educazione istituzionale non ha ancora completamente metabolizzato uno dei nuovi dogmi che governano questa attività: qualunque sia il messaggio, per passare e restare, devo emozionare (non importa che sia gioia, disgusto, indignazione, rabbia, paura). Non c'è quindi speranza per chi vuole fare corretta informazione? Educazione sanitaria e non solo? Affatto, c'è da ritarare lo sforzo, accettando che anche l'istituzione, senza rinunciare in toto alla sua specificità comunicativa (fatta di etica, trasparenza, validità), individui nell'appeal o nella forza di determinate scelte stilistiche un tassello fondamentale quando l'esigenza è comunicare. Lo scenario non è certo privo di insidie, ma, fortunatamente, recenti esperienze, come quelle degli Ordini di Bari e Napoli, ed in particolare i risultati da esse raggiunti, in termini di apprezzamento e durabilità (del messaggio), ci dimostrano che fare buona comunicazione istituzionale, anche su tematiche estremamente delicate, è possibile. Il progetto cui stiamo dando vita ha fatto tesoro degli insuccessi e delle vittorie di chi ci ha preceduto, pur in altri ambiti, dando vita ad un sito dinamico e intuitivo, privo di fronzoli ed orpelli, in cui l'immagine fa da costante sottolineatura a testi accessibili a tutti, pur corredati dalla massima trasparenza sulle fonti e sui dati disponibili. Un sito concepito per rispondere al dubbio che ci coglie sulla strada del lavoro o mentre guardiamo un servizio in televisione con una semplice e rapidissima ricerca.



Il progetto della FNOMCeO è senza dubbio molto ambizioso perché mira ad intercettare tipi diversi di pubblico maneggiando un corpus (il linguaggio medico) molto difficile da semplificare-esplicitare-rendere accessibile. Secondo lei cosa manca oggi alla lingua della medicina per affacciarsi realmente sulla modernità?

Indubbiamente la strada che abbiamo deciso di percorrere presentava non pochi ostacoli, ecco perché il risultato sarà frutto del lavoro collegiale di un'equipe squisitamente multidisciplinare. Senza dubbio immaginare di poter realizzare trattazioni fruibili a tutti ed al tempo stesso scientificamente complete sarebbe stato presuntuoso senza l'insostituibile contributo di esperti divulgatori scientifici, come la redazione di Pensiero Scientifico, la Dr.ssa Roberta Villa, il Dr. Salvo Di Grazia e gli esperti che afferiscono al CICAP, di ricercatori, i Dr. Guelfi e Masoni dell'Università di Firenze, impegnati da tempo sul fronte dell'alfabetizzazione sanitaria e della cosiddetta *readability* (ovvero la "leggibilità" dei testi) e di esperti di nuovi media (dal team di loVaccino, VaccinarSi e BUTAC) capaci di sposare ad ogni testo un corredo iconografico accattivante. Questo melting pot, che ho ►



Il lavoro per compartimenti stagni ha impedito il fluire di conoscenze, che nel frattempo sono cambiate e cambiano mentre ne parliamo, ha lasciato chi aveva il messaggio, isolato dalla sua stessa strategia comunicativa, e chi aveva gli strumenti, ad inseguire a volte la notizia più che la verità

avuto l'onore ed il piacere di coordinare, ha dato vita ad un entusiasmante scambio di esperienze, punti di vista e conoscenze sull'uso dei sistemi multimediali e relativi contenuti quando si parla di salute. Penso sia proprio questo approccio ciò che è mancato alla divulgazione medica negli ultimi anni; il lavoro per compartimenti stagni ha impedito il fluire di conoscenze, che nel frattempo sono cambiate e cambiano mentre ne parliamo, ha lasciato chi aveva il messaggio, isolato dalla sua stessa strategia comunicativa, e chi aveva gli strumenti, ad inseguire a volte la notizia più che la verità. Uno dei dogmi, infine, del "buon comunicatore" è sapere individuare l'ascolto attivo, ovvero la capacità di intercettare quei segnali verbali e non verbali nel proprio interlocutore che indicano coinvolgimento, interesse ed interazione sui contenuti proposti. Ebbene, il nuovo paradigma per la comunicazione istituzionale, quale che sia il mezzo, dev'essere questo: la sinergia di competenze per sviluppare messaggi penetranti ed al tempo stesso per affinare la capacità di intercettare i segnali di ritorno, utili a tarare ancor più finemente le scelte successive. La comunicazione non può risolversi in una campagna, quindi, ma in una serie di campagne, pur stilisticamente diverse ed originali, ma coerenti fra loro per strategia e strumenti impiegati. Solo questo approccio "olistico", per usare una parola tanto cara a certi gruppi, ci permetterà di colmare questo gap e di essere in grado di diffondere capillarmente alla popolazione messaggi utili alla tutela della sua Salute.



LA VOCE DELL'ISTITUZIONE

Intervista a Cosimo Nume

coordinatore area comunicazione FNOMCeO

A cura di Rosa Revellino

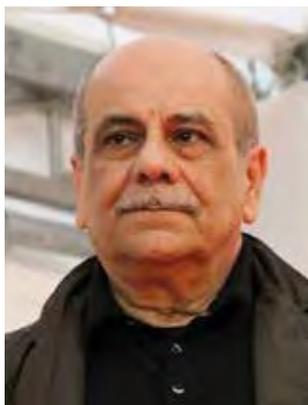


La parola "modernità" sembra oggi nascondere insidie e ambiguità, soprattutto quando viene usata per declinare un ambito così sfuggente come la comunicazione.

Dott. Nume - come coordinatore della comunicazione di una istituzione complessa come FNOMCeO - cosa significa secondo lei oggi per un'istituzione essere moderna dal punto di vista comunicativo?

Insidie e ambiguità sono connotati intrinseci di ogni modernità, e in molti contesti storici sono state enfatizzate in funzione della conservazione di un potere che si nutriva di dogmi per consolidarsi e riprodursi, mentre oggi rischiano di rappresentare un ostacolo alla positività dei cambiamenti. Quello che è mutato, già con i media tradizionali e "frontali" e ancor di più con la dinamica circolare e interattiva di internet e dei social, risiede tanto nella smisurata vastità della platea di utenti quanto nella facilità di essere teoricamente tutti contemporaneamente fruitori e produttori di informazione, oltre che nella scontata velocità delle interazioni. Per un'istituzione è dunque di fondamentale importanza saper raccogliere la sfida della modernità con tutto il peso della propria autorevolezza ma anche con l'agilità, concettuale prima che operativa, di chi è capace di guardare al nuovo come ad una opportunità, con l'ottimismo della consapevolezza della qualità, indipendenza e pubblica utilità delle proprie funzioni. ▶

Nell'epoca delle narrazioni, forse quello che manca, e su cui riflettere, è la capacità dell'istituzione di raccontare "amichevolemente" se stessa, le proprie potenzialità, le proprie prerogative di pubblica tutela, anche i propri limiti.



Il sistema dell'informazione si modifica continuamente e così anche i suoi canali. Questo vale anche per l'informazione sanitaria. Tuttavia conosciamo il "doppio legame" che si annida nel rapporto tra istituzione e informazione: da un lato il bisogno primario di coinvolgere il maggior numero possibile di persone nei messaggi di tipo istituzionale e scientifico e dall'altra il progressivo depotenziamento degli strumenti e dei format di comunicazione (e da qui per esempio il fallimento di molte campagne istituzionali). Cosa manca secondo lei nel linguaggio istituzionale e cosa può essere migliorato?

In tutti questi anni, con quanti a vario titolo hanno collaborato alla costruzione e alla crescita del portale, non abbiamo mai smesso di interrogarci su contenuti e forme della comunicazione, sulla coerenza di queste ultime con le esigenze, continuamente mutevoli, del web. Nell'epoca delle narrazioni, forse quello che manca, e su cui riflettere, è la capacità dell'istituzione di raccontare "amichevolemente" se stessa, le proprie potenzialità, le proprie prerogative di pubblica tutela, anche i propri limiti. Credo che sia il campo più fecondo su cui lavorare per raccogliere i frutti migliori del nostro impegno.

#prospettivedicomunicazione. Potremmo forse usare questo hashtag per riassumere l'impegno che in questi anni FNOMCeO ha speso per analizzare e migliorare il suo sistema comunicazione molto articolato e sfaccettato? A questo proposito che rapporto c'è oggi tra istituzioni sanitarie e social network? Da medico e da esperto di comunicazione secondo lei i social possono essere canali efficaci di conoscenza e di "cambiamento di paradigma" quando al centro del messaggio c'è la salute dei cittadini?

Qui entriamo inevitabilmente nella palude delle cosiddette "bufale", che quando incidono sulla salute rischiano di trasformarsi in vere e proprie azioni criminose, colpevolmente sostenute o meno da sordidi interessi economici, o soltanto dalla scellerata supponenza dell'ignorante. Su questo stiamo lavorando con il prezioso apporto di esperti comunicatori e di un board scientifico di altissimo spessore, e presto apriremo nel nostro portale una nuova "stanza", con finestre spalancate sulla vasta piazza dei social, dedicata a confutare con dati di fatto rigorosamente documentati notizie false in tema di medicina e salute, nell'interesse della cittadinanza e in nome della buona scienza. Il nome del nuovo sito, "dottoremaeveroche", è già di suo un manifesto e una scommessa: rinforzare anche sui piani virtuali del web quel rapporto di fiducia, quel rapporto empatico che fortunatamente ancora esiste e resiste nella pratica quotidiana della professione, nella relazione fra il cittadino e il "suo" medico. Per ribadire, in questi tempi incerti, che le risposte alle proprie domande, nei momenti di fragilità e di timore per la propria salute, non si trovano su un motore di ricerca, ma nell'attenta valutazione di chi, per attitudine deontologica e solidità del sapere, è l'unico capace di fornirle e personalizzarle: il medico.

L'ULTIMA CAMPAGNA DELLA FNOMCeO E DEL MINISTERO DELLA SALUTE

INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

A cura della redazione di Torino Medica

Ministero della Salute
www.salute.gov.it

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

Infezioni Sexualmente Trasmesse

IST

Conocerle per prevenirle

HIV, Herpes genitale, Papillomavirus (HPV), Epatite virale, Sifilide, Gonorrea, Chlamydia

RIVOLGITI AL TUO MEDICO DI FIDUCIA

INFORMATI SENZA VERGOGNA

Le Infezioni Sexualmente Trasmesse (IST) sono causate da batteri, funghi parassiti, virus che si trasmettono attraverso qualsiasi tipo di rapporto sessuale (vaginale, anale, orale) per contatto con i liquidi organici infetti (sperma, secrezioni vaginali, sangue, saliva).

15-24 età più a rischio
Le IST interessano, a livello mondiale, milioni di individui ogni anno. I giovani tra i 15 e i 24 anni rappresentano la fascia di età molto più esposta al rischio di contrarre queste infezioni.

Le IST più conosciute sono la sifilide, la gonorrea e l'HIV.

Altre IST molto diffuse sono le infezioni da Chlamydia, Herpes genitale, Papillomavirus (HPV) e le epatiti virali da HAV, HBV, HCV (Epatite A, B e C).

Le IST molto spesso non provocano sintomi particolari. Alcune IST possono causare prurito, bruciore, ulcere o perdite dalle mucose genitali. La persona con una IST, anche senza sintomi, può trasmettere l'infezione al partner sessuale.

infezione anche senza sintomi

Un milione di nuove infezioni al giorno: è questa, secondo l'**Organizzazione Mondiale della Sanità**, a livello globale, l'incidenza delle IST, le infezioni sessualmente trasmissibili. In Italia, la fascia d'età più a rischio è quella dei **giovani tra i 15 e i 24 anni**, che spesso non sono informati sulla possibilità di contrarre queste infezioni, sulle più efficaci modalità di prevenzione, sulle possibili terapie. E proprio ai giovani si rivolge la campagna di Comunicazione "IST, conoscerle per prevenirle", messa in campo dal **Ministero della Salute** insieme alla **FNOMCeO**, la **Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri**.

Tre le fasi della campagna: primo step, la stampa di pieghevoli e locandine da distribuire negli studi dei pediatri, dei medici di medicina generale, degli specialisti, presso gli Ordini dei medici, nelle farmacie e presso le ostetriche. Sette le patologie trattate, quelle a maggior incidenza, e per ciascuna le modalità di contagio, i possibili sintomi (spesso le IST sono asintomatiche), gli strumenti

di prevenzione, diagnosi e terapia: **HIV/AIDS, Papilloma Virus, Epatiti virali, Sifilide, Uretriti e cerviciti da Chlamydia, Gonorrea, Herpes genitale**. Inoltre, le modalità di prevenzione valide per tutte le IST e l'invito a rivolgersi al medico o a chiamare il **Telefono Verde Aids/Ist dell'Istituto Superiore di Sanità 800861061**.

Il secondo passo della campagna consisterà in una App scaricabile gratuitamente dai principali store; a conclusione, la trasmissione di uno spot-video.

"Verso le malattie sessualmente trasmissibili c'è a volte, nei giovani, un meccanismo di 'rimozione', come se la possibilità di essere contagiati non li riguardasse - spiega Roberta **Chersevani**, responsabile del progetto -. Da qui l'intento di diffondere, su un argomento tanto delicato quanto attuale, informazioni basate sull'evidenza medica, al fine di promuovere, soprattutto presso la popolazione giovanile, la cultura di una consapevole sessualità e l'adozione di abitudini salutari e di atteggiamenti responsabili".

Gli Ordini dei medici provinciali e le campagne di comunicazione sulla SALUTE

Quali campagne di comunicazione sono state lanciate dagli OMCeO provinciali?
Per affrontare quali temi?

Di seguito una rassegna di alcune delle iniziative promosse negli ultimi anni.

OMCeO DI BARI

2016, ottobre: “Medici e Pazienti. Due facce dello stesso disagio”, per denunciare sia le difficoltà di accesso alla cura sia le difficoltà della professione

2016, ottobre: “Più risorse, più salute”, contro il definanziamento del Sistema Sanitario Nazionale

2017, marzo: “Chi aggredisce un medico aggredisce se stesso”, contro la violenza a danno dei medici (promossa insieme all’OMCeO di Napoli)

OMCeO DI BERGAMO

2012, maggio: “Ti informo”, diretta ai cittadini e dedicata a un’informazione semplice, essenziale e costante su ictus e infarto

OMCeO DI CAGLIARI

2013, gennaio: campagne di sensibilizzazione e prevenzione su tumori alla mammella, cervice uterina e colon-retto

OMCeO DI CALTANISSETTA, CATANIA, PALERMO

2018, gennaio: “Vaccinati...menza parvuola”, sulla vaccinazione antinfluenzale

OMCeO DI COMO

2016, ottobre: “Ascolta il consiglio del tuo medico: vaccinati!”, per fermare la tendenza anti-vaccini e contrastare la disinformazione e i pregiudizi infondati



OMCeO DI MESSINA

2007, luglio: campagna di sensibilizzazione sulla donazione del sangue nel periodo estivo, in collaborazione con l'AVIS

OMCeO DI NAPOLI

2015, ottobre: “Le vaccinazioni, un patto tra generazioni”, campagna pro-vaccinazioni

2016, ottobre: “Ho un tumore, in Norvegia sopravviverei di più”, contro il definanziamento del Sistema Sanitario Nazionale (promossa insieme all'OMCeO di Bari)

OMCeO DI PERUGIA E TERNI

2017, marzo: “MediciVeri”, contro l'abusivismo professionale medico e odontoiatrico

OMCeO DI PIACENZA

2014, luglio: patrocinio alla campagna antifumo della Lega italiana lotta contro i tumori

OMCeO DI PRATO

2016, giugno: “Il cancro si combatte anche sul posto di lavoro. Difendi la tua normalità”, per rendere note le agevolazioni previste sia per malati oncologici che per i familiari che li assistono

OMCeO DI TORINO

2016, dicembre: “Buono da mangiare... buono da pensare”, spot video dedicato all'importanza di una corretta alimentazione

OMCeO DI TRIESTE

2015: patrocinio a una campagna di sensibilizzazione per una gravidanza senza fumo della Lega italiana lotta contro i tumori

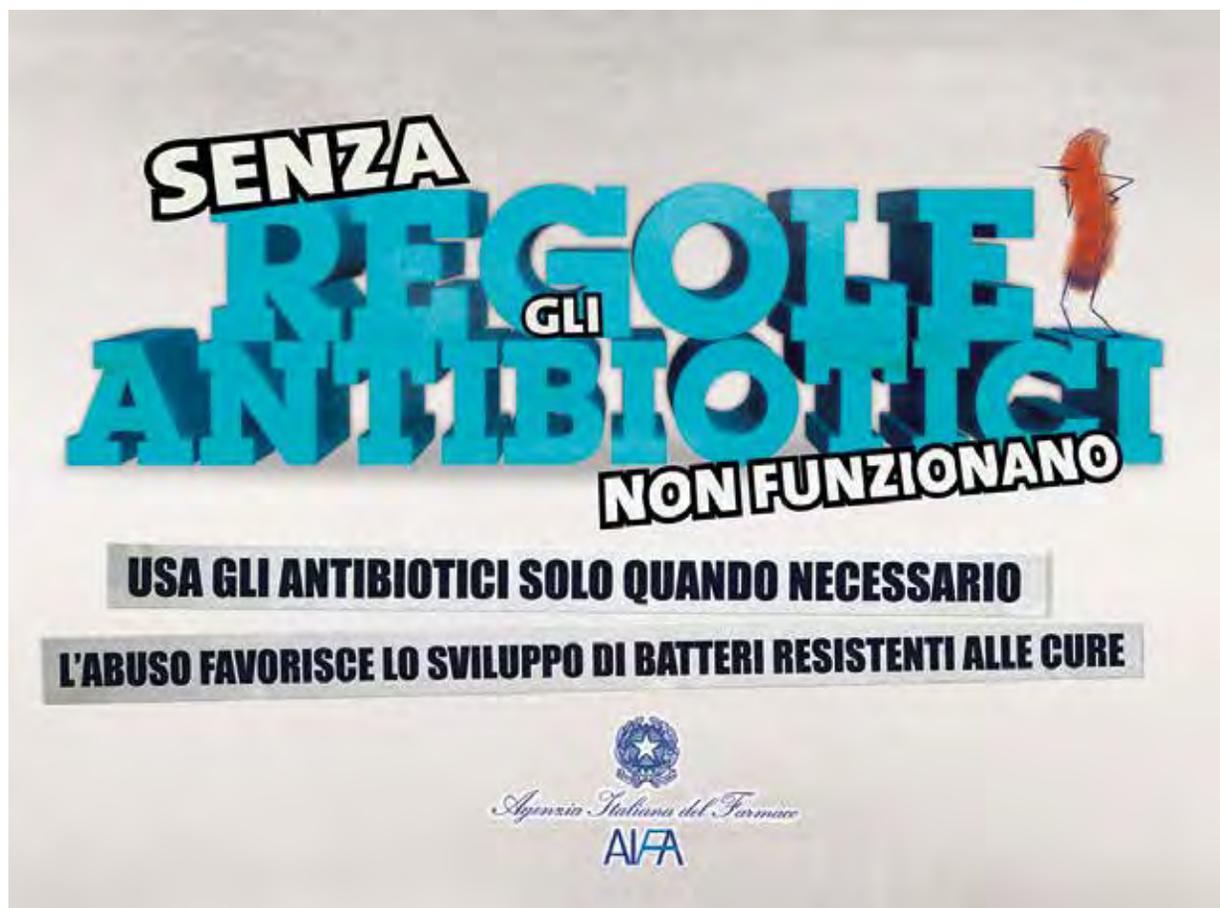
LE CAMPAGNE DELL'AIFA

L'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) ha promosso diverse campagne di comunicazione istituzionali, finalizzate a "richiamare l'attenzione dell'opinione pubblica sulle tematiche che ruotano intorno al farmaco e al suo consumo". Tra i tanti temi poco noti ai non addetti, l'AIFA ha scelto quelli ritenuti di maggior impatto sociale, con l'obiettivo di fondo di promuovere una "nuova cultura del farmaco". A partire da una corretta informazione.

Ecco alcuni esempi.

"Senza regole gli Antibiotici non funzionano", sul corretto uso degli antibiotici e sui rischi dell'antibiotico-resistenza (campagna diffusa già nel 2008, ripresa nel 2010, 2012 e 2014-15)

Obiettivo: "La campagna mira a sensibilizzare i pazienti sull'importanza di non assumere antibiotici per curare l'influenza, infezioni virali o raffreddori non di origine batterica, di ricorrere agli antibiotici solo quando necessario e dietro prescrizione del medico, seguendo scrupolosamente dosi e tempi della terapia per non inficiarne gli effetti".



"Farmaci in gravidanza", per orientare l'appropriatezza prescrittiva durante la gravidanza (2014)

Obiettivo: "Modificare la percezione negativa sull'impiego dei farmaci in gravidanza; sensibilizzare sull'importanza di assumere il farmaco laddove ritenuto necessario dal medico nei modi e nelle dosi da lui indicate; diffondere agli operatori sanitari conoscenze scientificamente validate sull'impiego dei farmaci in gravidanza in relazione a patologie comuni o intercorrenti specificatamente individuate".

IN GRAVIDANZA NON TEMERE DI CURARTI

assumi i farmaci prescritti
ascolta il tuo medico

Per TE e per ME, Mamma.



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

comunicazione istituzionale

www.farmaciegravidanza.gov.it

"Farmaci e pediatria", per diffondere informazioni corrette sulla somministrazione dei farmaci alla popolazione infantile (anno 2014)

Obiettivo: "Promuovere un corretto utilizzo dei farmaci in età pediatrica sensibilizzando popolazione generale e operatori sanitari sui possibili rischi derivanti dalla somministrazione a bambini e adolescenti di farmaci autorizzati per l'utilizzo in età adulta".

BAMBINI E ADOLESCENTI
NON SONO ADULTI IN MINIATURA

METÀ' CUCCHIAIO E PASSA TUTTO ?

NON DARE LORO I TUOI FARMACI RIVOLGITI SEMPRE AL PEDIATRA.
PER LA LORO SALUTE, IL SENSO DELLA MISURA NON BASTA.

BAMBINI E ADOLESCENTI
NON SONO ADULTI IN MINIATURA

UNA A ME E MEZZA A TE ?

NON DARE LORO I TUOI FARMACI RIVOLGITI SEMPRE AL PEDIATRA.
PER LA LORO SALUTE, IL SENSO DELLA MISURA NON BASTA.



Fonte: www.aifa.gov.it

Le campagne di comunicazione medico-sanitaria in televisione



Intervista a Franco Di Mare

Giornalista e conduttore televisivo Rai1

A cura di Rosa Revellino



Che posto hanno le campagne di comunicazione medico-sanitaria all'interno della programmazione televisiva?

Non tutte le programmazioni televisive sono le stesse. E dunque bisogna distinguere fra tutte le possibili offerte che il palinsesto propone. Analogamente occorre distinguere il tipo di campagna sanitaria: a quale paziente si rivolge, di che tipo di campagna si tratta (prevenzione, terapia innovativa, vaccinazione...) per cercare di stabilire qual è la migliore collocazione. Una campagna di prevenzione delle malattie cardiovascolari, ad esempio, rivolgendosi a un pubblico in età adulta ma in una fase ancora produttiva della vita, va collocata non oltre le otto del mattino, poiché le persone interessate, quelle che dovrebbero smettere di fumare, fare attenzione al peso, fare movimento e modificare il loro stile di vita, sono persone che si presume che intorno a quell'ora stiano uscendo di casa. Se si parla di geriatria, invece, l'ora non ha alcuna importanza, perché le persone anziane rimangono a casa oltre gli orari canonici di lavoro. Insomma, una buona campagna di informazione ha bisogno di una buona strategia preliminare...



C'è una specifica figura/uno specifico team deputato a selezionarle?

Generalmente ogni redazione ha dei giornalisti esperti. Il nostro caporedattore scientifico, Romano Ciriaci, lo è a tal punto che i medici lo considerano uno di loro. Avere un giornalista esperto (o più d'uno) all'interno della redazione di un programma è una garanzia di serietà per la trasmissione, per i telespettatori e anche per gli ospiti, che si rendono conto di non essere una *vox clamantis in deserto* e dunque si fidano e si affidano ai consigli della redazione. Il risultato è una testimonianza più empatica ed efficace nella stragrande maggioranza dei casi.

I media generalisti hanno una relazione di rispetto sacrale verso la comunicazione istituzionale



In che modo la diffusione via Internet, social network ecc. ha influito su quella televisiva?

In due maniere, diametralmente opposte. Ha contribuito ad elevare il livello di consapevolezza dei pazienti, che oggi sono molto più attenti, informati e avveduti di prima. Ma ha anche purtroppo contribuito ad alimentare speranze spesso infondate, con la diffusione di fasi sperimentali di terapie spacciate spesso come scoperte risolutive di patologie gravi. Una buona parte delle fake news che circola nel web è legata al mondo della (pseudo) scienza e della (pseudo) medicina. Il movimento no vax si è alimentato delle bufale prodotte dal web. Umberto Eco disse che il web, che pure ha portato innumerevoli vantaggi nella comunicazione, ha causato anche danni enormi, perché la Rete è popolata da legioni di imbecilli la cui opinione finisce per essere messa sullo stesso piano di quella di un premio Nobel.



Che rapporto c'è tra comunicazione istituzionale e media generalisti?

I media generalisti hanno una relazione di rispetto sacrale verso la comunicazione istituzionale, ed è anche giusto che sia così. Rivolgendosi a un pubblico che comprende ogni categoria sociale e professionale, i media generalisti finiscono per restare nel solco *mainstream* della comunicazione, attingendo soprattutto (anche se non unicamente) alle fonti di informazioni ufficiali, a cui certo fanno riferimento le informazioni istituzionali.



Alla luce di alcuni illustri esempi di campagne sulla salute non di grande successo, secondo lei cosa manca al linguaggio istituzionale - soprattutto quando si parla di salute - per essere persuasivo? Quali le differenze con l'estero?

Velocità, sfrontatezza, leggerezza. L'informazione istituzionale (va da sé) finisce inevitabilmente per essere ingessata, un po' grigia, chiusa. E invece l'informazione che deve persuadere un paziente a cambiare stile di vita, a fare ogni giorno i famosi diecimila passi, a smettere di fumare, a non abbandonare le cure a metà, a volersi un po' più bene, avere più rispetto per la propria salute e rinsaldare finalmente quel vincolo di fiducia con il medico (la famosa alleanza terapeutica...) deve essere un'informazione diversa. Bisogna ritrovare il sorriso, la complicità, l'empatia. Altrimenti continuare a parlare di medicina narrativa resta un esercizio sterile.

Per riannodare i fili del dialogo col malato - da tempo recisi - i medici devono tornare ad ascoltare i propri pazienti. Per tornare a comunicare, occorre fare un esercizio di umiltà e sforzarsi di apprendere le regole della comunicazione, che sono diverse da quelle della competenza. Non è detto che un grande scienziato sia anche un buon educatore. Dunque, anche in questo caso, vale il vecchio detto: *medice cura te ipsum*.

IL GRAPHIC DESIGN

TRA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PUBBLICITÀ

A cura di Sara Boggio

Le immagini, come le parole, hanno un potere che spesso sottovalutiamo.

La mostra *Can Graphic Design Save Your Life?*, che ha occupato la stagione autunnale e invernale della Wellcome Collection di Londra, lo ha efficacemente ricordato con un percorso dedicato proprio al rapporto tra **comunicazione grafica e salute**.

A illustrare il ruolo e l'evoluzione della grafica nella costruzione dei messaggi che ruotano intorno ai temi medico-sanitari, alle loro ampie propaggini e ai loro diversi fini, il percorso espositivo includeva circa 200 oggetti: cartelloni, poster, locandine, insegne luminose e molto altro, dai primi anni cinquanta a oggi. E per dimostrare quanto le strategie di comunicazione, sfruttando appropriatamente le immagini (o singole componenti grafiche, come il colore), possano più o meno efficacemente colpire nel segno, nonché veicolare messaggi dal fine diametralmente opposto, la mostra ha affiancato le campagne di promozione della salute alle pubblicità a scopo commerciale. Come dire: un'immagine che funziona è sempre un'arma a doppio taglio. Può essere usata, facendo eco al titolo della mostra, per 'salvare la vita' (quindi diventare strumento di 'empowerment', veicolo immediato e comprensibile di conoscenza) oppure semplicemente per vendere.

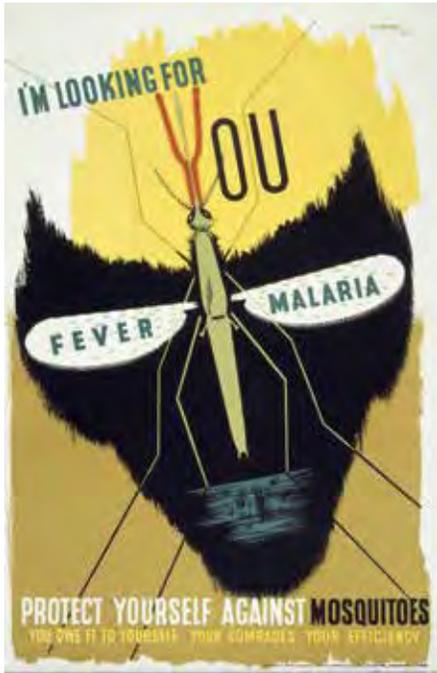
Uno dei primi approfondimenti tematici riguarda non a caso il **fumo**, raccontato sia attraverso le strategie delle campagne pubblicitarie (di cui viene illustrata tutta la parabola 'discendente': dai colori smaglianti delle pubblicità degli anni '50, '60 e '80 ai pacchetti di sigarette monocolori fino agli slogan anti-fumo) sia attraverso i tentativi di porvi rimedio di parte opposta, ovvero i messaggi di

informazione sui danni provocati dal tabagismo condotti da organizzazioni sanitarie e associazioni di pazienti.

La **pubblicità farmaceutica** meriterebbe tutto un discorso a parte. La mostra ne ha dato emblematico esempio attingendo agli archivi di Burroughs Wellcome & Co., che fu una delle prime case farmaceutiche a promuovere i propri prodotti direttamente ai medici e a rinforzare vigorosamente il brand, fornendo uno dei primi esempi di 'identità aziendale' nell'industria del farmaco. Presenti anche la Bayer e lo studio di design che maggiormente contribuì a definirne l'immagine (del marchio ma anche del nome commerciale dei farmaci e del packaging delle confezioni, compreso il lettering delle istruzioni dei bugiardini).

Tema che periodicamente richiama tutti all'attenzione è quello delle **epidemie**. La sezione dedicata ha raccolto un'ampia documentazione storica, dalle note sulla peste di età rinascimentale ai murales dipinti dagli *street artist* in Africa occidentale per informare sui sintomi dell'Ebola, durante l'epidemia del 2014. Altri esempi includono i poster anti-malaria, quelli sull'Aids degli anni '80 e, più recenti, i cartelloni usati in Brasile per il virus Zika.

L'ultima sezione è stata riservata al modo in cui il graphic design può essere usato come **strumento di empowerment**. Partendo dai principi esposti nel manifesto di *First Things First* ('Prima di tutto le cose importanti'), che invitava i graphic designers a usare la propria abilità per comunicare messaggi di cui valesse la pena diffondere il contenuto, la sezione ha doverosamente incluso il poster della campagna "Kill Jill" (vedi box), promossa dal governo scozzese nel 2009 che, insieme alle polemiche, portò a un significativo incremento della donazione di organi.

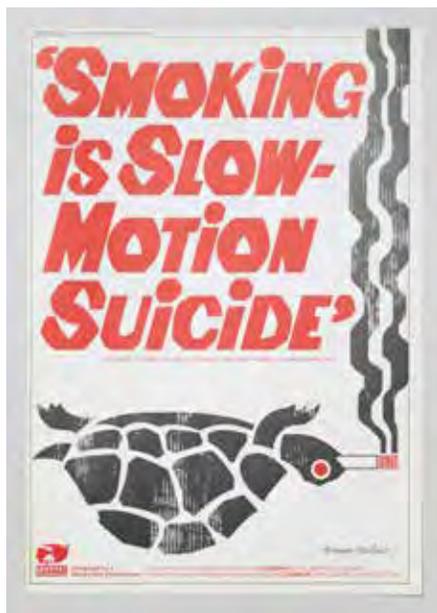


Anti Malaria Poster by Abram Games, 1941 © Estate of Abram Games (Courtesy Wellcome Collection)

Lo street artist Stephen Doe dipinge un murales educativo sull'Ebola (Liberia, 2014). Credit Dominique Faget, AFP, Getty Images (Courtesy Wellcome Collection)



Selezione di francobolli anti-fumo da varie parti del mondo (Courtesy Wellcome Collection)



Smoking is Slow Motion Suicide, Credit Biman Mullick, Cleanair (Courtesy Wellcome Collection)



Can Graphic design save your life?

A cura di Lucienne Roberts e Rebecca Wright, fondatrici della casa editrice GraphicDesign&, insieme a Shamita Sharmacharja della Wellcome Collection.

Graphic designer e studi di grafica inclusi in mostra:

Fritz Kahn, Abram Games, Marie Neurath, F.H.K. Henrion, Karl Gerstner, Margaret Calvert, Dan, Reisinger, Dick Bruna, Ken Garland, Alan Kitching, Biman Mullick. Pentagram, Studio Dumber, PearsonLloyd, Kenya Hara's Hara Design Institute. Henrik Kubel, Poulin + Morris, Stockholm Design Lab, Astrid Stavro and Nick Bell.



[...] E la prima sezione della mostra [...] entra in medias res rievocando una storica battaglia pubblicitaria: quella combattuta a partire dagli anni Quaranta tra l'industria del tabacco e la sanità pubblica, o meglio tra le rispettive agenzie di comunicazione, le une impegnate ad aggirare le restrizioni governative, le altre a rafforzarle.

Alcune di queste campagne sono diventate oggetti da collezione, come i francobolli antifumo stampati in tutto il mondo dall'Organizzazione mondiale della sanità. Altre sono entrate nella leggenda. Come quella ideata nel 1984 dalla Saatchi & Saatchi per la marca di sigarette Silk Cut, che in risposta al divieto governativo di mostrare sigarette o menzionarne il marchio tappezzò l'Inghilterra con cartelloni che giocavano tutti sullo stesso tema: un drappo di seta viola tagliato. L'escamotage del rebus - Silk Cut significa "taglio di seta", e il pacchetto ha uno stemma viola - fu talmente apprezzato dai consumatori che le vendite delle Silk Cut salirono vertiginosamente.

Tra le iniziative pubbliche più recenti, invece, spicca quella del governo australiano, che nel 2012 ha chiesto all'agenzia GfK di individuare "il colore più brutto del mondo" per poi imporlo alla veste grafica delle sigarette. Ora nel continente si trovano solo pacchetti senza marchio con immagini di gengive in decomposizione su sfondo couché opaco, o Pantone 448C, secondo GfK «una sfumatura di marrone che causa rigetto, nausea e un senso di orrore». Tre anni dopo, come ha rivelato un report del governo australiano, nel Paese c'erano centomila fumatori in meno. In Italia invece, dove le immagini choc sui pacchetti sono state introdotte nel 2015, non esistono ancora ricerche complete e, secondo alcuni studi, non ci sono prove che questo tipo di provvedimento sia davvero efficace. «Eppure in alcuni casi scioccare è l'unica via» spiega la curatrice della mostra Lucienne Roberts. «Prendiamo la campagna Kill Jill lanciata nel 2009 dal governo scozzese. Si partiva da un dato: il tasso di donazione d'organi nel Regno Unito era il più basso tra quelli dei Paesi ad alto reddito. La Scozia scelse la linea dura, invitando il pubblico a salvare o uccidere Jill, una bambina bisognosa di trapianto. Si è subito sollevata una polemica per la durezza della campagna. Il governo scozzese l'ha difesa spiegando che fino a quel momento la linea morbida aveva fallito. Kill Jill ha portato invece a un aumento dei donatori del 242 per cento».

da un articolo di Giulia Villoresi dedicato a *Can Graphic Design Save your Life?*,
pubblicato su Repubblica.it il 27 ottobre 2017.

IL PUNTO DI VISTA DI... OLIVIERO TOSCANI

Intervista a Oliviero Toscani

A cura di Sara Boggio

OLIVIERO TOSCANI *in breve*

Nato a Milano il 28 febbraio 1942, ha studiato fotografia e grafica all'Università Delle Arti di Zurigo dal 1961 al 1965.

Dal 1982 al 2000 ha curato la strategia di comunicazione di United Colors of Benetton, il cui marchio è diventato uno dei più noti al mondo.

Ha creato immagini corporate e campagne pubblicitarie per Esprit, Chanel, Fiorucci, Prénatal e collaborato, come fotografo di moda, per Elle, Vogue, GQ, Harper's Bazaar, Esquire, Stern.

Oltre alla pubblicità commerciale, ha curato anche alcune di campagne di comunicazione sociale collaborando, tra gli altri, con il Ministero dell'Ambiente e della Salute e la Fondazione Umberto Veronesi.

Uno dei suoi ultimi progetti è "NeverendingPhotoMasterclass", un tour di lezioni itineranti per "esplorare i temi della contemporaneità tra fotografia e il pensiero che precede lo scatto", in cui Toscani è affiancato da un altro fotografo, Settimio Benedusi, il giornalista Tommaso Basilio e lo psichiatra Paolo Crepet.

Il m.a.x. museo di Chiasso, in Svizzera, ha appena ospitato *Immaginare*, una mostra antologica che ha ripercorso tutta la produzione di Toscani, dagli esordi fino ai progetti in corso.



Oliviero Toscani, foto di Stefano Beggiano

focus_campagne medico-sanitarie



Prima di tutto le chiederai un commento alle fotografie che ha fatto per l'Istituto Superiore di Sanità, che è uno dei suoi lavori più recenti e che è anche direttamente collegato al mondo sanitario.

Le fotografie dovrebbero commentarsi da sole... cosa vuole che commenti?



Potrebbe presentare le fotografie a chi non ha avuto occasione di vedere il volume...

Ho fatto i ritratti delle persone che ci lavorano. Anziché fotografare le attrezzature, ho realizzato un libro sulle persone: chi c'è, chi sono gli uomini e le donne che lavorano all'Istituto Superiore di Sanità. È un lavoro interamente impostato sul loro sguardo. Sono tutte persone che hanno uno sguardo intelligente.



Com'è nata l'occasione?

Sono stato chiamato dall'Istituto Superiore di Sanità, che mi ha chiesto di realizzare un documento sul lavoro che svolge. Quindi sono andato a vedere, ho proposto di fotografare le persone e così è stato fatto. Ne sono venuti fuori questi ritratti di persone molto preparate, che lavorano intensamente, fanno ricerca... Mi è piaciuto subito anche lo spirito con cui hanno partecipato, sono stati tutti molto disponibili. Insomma, è stato un bel lavoro, mi è piaciuto farlo.



Ora le cito una serie di campagne pubblicitarie che hanno più o meno indirettamente toccato il mondo della salute e della malattia.

La serie *Girasole* (pubblicità Benetton 1998-99 - vedi immagine): perché aveva ritratto dei bambini disabili?

Normalmente quando si fanno i cataloghi di moda si fotografo i modelli: persone di bell'aspetto... insomma, l'omologazione. Per questa serie avevo fotografato chi fa volontariato nei centri per disabili. Il rapporto che instaurano con le persone in cura è molto interessante.



A differenza di altre sue fotografie, questa non aveva fatto grande notizia né scandalo.

Ma quale scandalo. Io non faccio nessuno scandalo. Sono solo un testimone del mio tempo.



Altre campagne però lo hanno fatto, soprattutto quelle che affrontano temi delicati come appunto la malattia.

Guardi, gli stupidi ci sono dappertutto. E tutti lo cercano, in realtà, lo scandalo, cercano la provocazione, poi quando c'è si lamentano.



Nel caso di *Girasole* la rappresentazione della disabilità, che è un tema notoriamente difficile da trattare, è molto serena. Perché secondo lei è passata sotto silenzio?

Io ho usato queste persone come modelli ed erano tutti felici di esserlo. Quando le cose sono fatte così, non interessano a nessuno. La gente vuole lo scandalo. Viviamo in un mondo di frustrati. Non tutti, naturalmente, ma guardi cosa scrivono sui social... c'è da vergognarsi di appartenere alla razza umana.



Altra pubblicità che fa riferimento al mondo della medicina: *Pastiglie* (pubblicità Benetton 1990 - vedi immagine). È un'immagine attualissima (una bella metafora dell'eccesso di medicalizzazione), non a caso l'artista Damien Hirst ha fatto una ben nota serie sul tema (*Pharmacy*)...

Hirst è arrivato dopo (dieci anni dopo). E c'è solo una cosa nella vita che è peggio di arrivare in ritardo: arrivare in anticipo. Quando uno arriva in anticipo la gente o si arrabbia o non se ne accorge. Chi copia, copia e ne trae i frutti.



Una delle fotografie che più le era stata contestata è quella che ritrae un malato terminale di Aids, a letto, circondato dai familiari (sempre pubblicità Benetton, nel 1992)*. A questo proposito lei aveva detto: “La pietà di Michelangelo potrebbe rappresentare qualcosa di finto, questo invece è un abbraccio vero”.

Infatti. Anche in questo caso, come vede, lo scandalo lo crea il commento dell'imbecille, e c'è sempre qualcuno che è contento che gli imbecilli ci siano. Ma a me proprio non interessa, il parlar male delle persone... è qualcosa che proprio non mi tocca.



Altra fotografia che ai tempi fece discutere: la pubblicità per Nolita che ritrae una modella anoressica (vedi immagine). Al proposito lei aveva detto: “Se è in passerella va tutto bene, se la metti in un cartellone no. Siamo solo degli ipocriti”.

Logico. È proprio così con l'aggravante che non è cambiato niente. Se sei dimagrita, se uno ti dice 'come sei bella magra', è ancora un complimento.



Se venisse diffusa oggi, avrebbe lo stesso effetto?

Continuerebbero a non averne alcuno. Come dicevo, non è risolto il problema.



Forse non piaceva il fatto che fosse una pubblicità (che quel dolore, in ultima battuta, fosse usato per vendere).

Le rispondo così. Torniamo alla Pietà di Michelangelo: anche quella era pubblicità, della chiesa per la chiesa. Io invece ho usato il canale della pubblicità per dire quello che penso.



Quindi per lei non esiste differenza tra arte, pubblicità, comunicazione...

L'arte è comunicazione e anche la pubblicità è comunicazione.



Rappresentazione della 'follia'. Ha proposto questo tema in una delle sue Masterclass, quella di Volterra, che si è svolta all'interno di un ex ospedale psichiatrico. Che riflessioni ha fatto al proposito?

Ma secondo lei esistono i matti e poi ci sono i normali? Mi spieghi che cosa vuol dire essere normale. Io non lo so. Esiste un grado di follia che forse è più normale di chi è considerato normale. Ci sono dei normali che fanno paura. Non so come altro spiegare...



Ha spiegato benissimo, e io non sono in grado di darle una definizione di normalità. Nelle sue Master Class, in ogni caso, c'è anche uno psichiatra: che cosa aggiunge il suo punto di vista?

Per fare le fotografie, essere fotografo, non basta avere una macchina fotografica. Anche una scimmia, se le metti in mano una macchina fotografica, scatta una fotografia. Così come per essere uno scrittore non basta scrivere. Uno scrittore è un autore e al giorno d'oggi bisogna essere autori. Essere veramente fotografo è come fare lo psichiatra: osservi un fenomeno, cogli il problema (non necessariamente inteso in accezione negativa), cogli il dettaglio che definisce la situazione generale, lo metti a fuoco e lo racconti.

Questo è il mestiere del fotografo oggi. Se da una parte il mestiere del fotografo tradizionale è morto (non si va più dal fotografo a farsi fare le fotografie: ce le facciamo da soli, i selfies, il piatto che si mangia... si fotografa tutto quello che viviamo, e va bene), dall'altra il fotografo, lo scrittore, l'autore raccontano qualcosa. Hanno qualcosa da dire. Questo tipo di fotografo non è nemmeno chi fotografa la guerra. Quello è un lavoro di documentazione dei fatti, importantissimo, ma di sola documentazione. Esiste invece un altro tipo di fotografia, che è un reportage dell'interpretazione individuale, ed è quella che interessa a me.



Tornando alla presenza nelle masterclass di un medico psichiatra...

In sostanza spiega a chi fotografa le scelte psicologiche che precedono lo scatto, perché si presta attenzione a un dettaglio piuttosto che a un altro, perché si orienta l'inquadratura a destra piuttosto che a sinistra e così via.

* La fotografia ritrae l'attivista americano David Kirby, fu scattata in bianco e nero da Thérèse Frare, pubblicata sulla rivista «Life» nel 1990 e ripresa da Toscani per Benetton, che con il permesso della famiglia Kirby la pubblicò a colori per Benetton nel 1992.

focus_campagne medico-sanitarie



Nella campagna per il Ministero della Salute ("Pane amore e sanità") ha usato un tono molto più garbato di quello a cui eravamo abituati. È così? E che cosa voleva dire con quella campagna?

Se io fossi malato, se entrassi in barella in ospedale, vorrei essere accolto con quel sorriso lì. Punto. Pensare sempre che si debba essere scioccanti è da provinciali, da chi non ha viaggiato...



Infatti in questo caso ha usato un tono diverso.

Sì certo, più garbato, più normale. Ma guardi che l'immagine di due persone che si baciano è ancora più educata. Vede, noi abbiamo dei problemi di educazione, dei tabù. E comunque non c'è nessun tono diverso, io non la vedo così. Allora anche un tatuaggio "hiv positivo" sul corpo è scioccante [riferimento a pubblicità Benetton degli anni '90]... Eppure hanno tatuato gli ebrei, a milioni. Non è il tatuaggio che sciocca, è chi lo ha fatto.



Comunque sia, ci si interroga molto su come parlare di salute ai cittadini. Che cosa manca alle campagne istituzionali? Perché secondo lei non arrivano ai destinatari?

Perché mancano di coraggio, perché vogliono accontentare tutti e quando si cerca il consenso di tutti si crea mediocrità: si crea qualcosa che non piacerà a nessuno. Nessuno odierà e nessuno amerà. Cercare di non suscitare critiche porta a essere mediocri, a fare cose che non interesseranno a nessuno. E poi queste campagne partono dall'amministrazione, sono giudicate da personaggi politici che non sono proprio dei geni... Quando chi giudica una campagna di comunicazione è il primo a non sapere comunicare, come si fa a trarne qualcosa di buono? Guardi, io non li faccio quei concorsi perché è ridicolo essere giudicati da un Salvini.



Sovraproduzione di immagini e analfabetismo visivo (l'epoca che in assoluto produce più immagini, la nostra, è la stessa che ci vede meno preparati a leggerle, a processarle): come uscire da questa impasse?

Io lo dico da anni che bisognerebbe insegnare ai bambini a scuola a leggere le immagini, a leggere la televisione, il cinema, la fotografia, ma non si fa. Ci limitiamo a insegnare l'alfabeto. Io l'ho insegnato all'Università, al master sulla comunicazione della Sapienza di Roma, dipartimento di sociologia.

Poi, al di là di questo, non è che ci siano solo troppe immagini. Pensi a quanta musica viene fatta. C'è quella buona e quella che non lo è. Per fortuna adesso ci sono tante immagini: adesso si conoscono le cose. La storia la conosciamo da quando esiste la fotografia. Se ci fosse stata la macchina fotografica, forse Garibaldi non avrebbe i monumenti. Ci si preoccupa tanto delle fake news quando la più grande raccolta di fake news è la Bibbia.

Il contributo italiano alla ricerca per la salute: l'Istituto Superiore di Sanità in 100 scatti

Oliviero Toscani 'racconta' l'Istituto Superiore di Sanità (Iss): "un viaggio nei laboratori, nelle sale, negli uffici di uno dei più grandi istituti di sanità pubblica europei". Ne è nato il volume *Il contributo italiano alla ricerca per la salute*, che in oltre 100 scatti ritrae "tutti, indipendentemente dal ruolo, per rappresentare lo spirito di squadra che anima tutte le componenti che partecipano, ognuna con la propria professionalità, al complesso lavoro che svolge l'ente pubblico italiano nell'ambito della ricerca e del controllo in sanità". Le fotografie, alla presenza di Oliviero Toscani e del presidente dell'Iss Walter Ricciardi, sono state presentate il 5 dicembre 2017 all'Auditorium Parco della Musica di Roma.

Per saperne di più: www.olivierotoscani.com



1. *Girasole* (pubblicità Benetton 1998-99) © Oliviero Toscani (Courtesy Oliviero Toscani Studio)

2. *Pastiglie* (pubblicità Benetton 1990) © Oliviero Toscani (Courtesy Oliviero Toscani Studio)

3. *Anoressia* (2006) © Oliviero Toscani (Courtesy Oliviero Toscani Studio)



4-5-6. Istituto Superiore di Sanità © Oliviero Toscani (Courtesy Oliviero Toscani Studio)



General practitioner e medico di medicina generale: passato e presente di una professione

Franco Lupano

Presidente CISO Piemonte

(Centro Italiano di Storia Sanitaria e Ospedaliera)

Il 5 luglio 1948, che segna in Gran Bretagna l'istituzione del **National Health Service**, è una data storica per l'assistenza sanitaria mondiale: si riconosceva **il diritto alla salute a tutti i cittadini indipendentemente dalle loro condizioni economiche, fornendo un servizio universale finanziato interamente dallo Stato**. Si dava inoltre **dignità istituzionale alla figura del medico di famiglia** che, da sempre primo e spesso unico punto di riferimento sanitario per la popolazione, si trovò a fronteggiare più di altri operatori della salute la nuova situazione di accessibilità totale e incondizionata alle cure mediche.

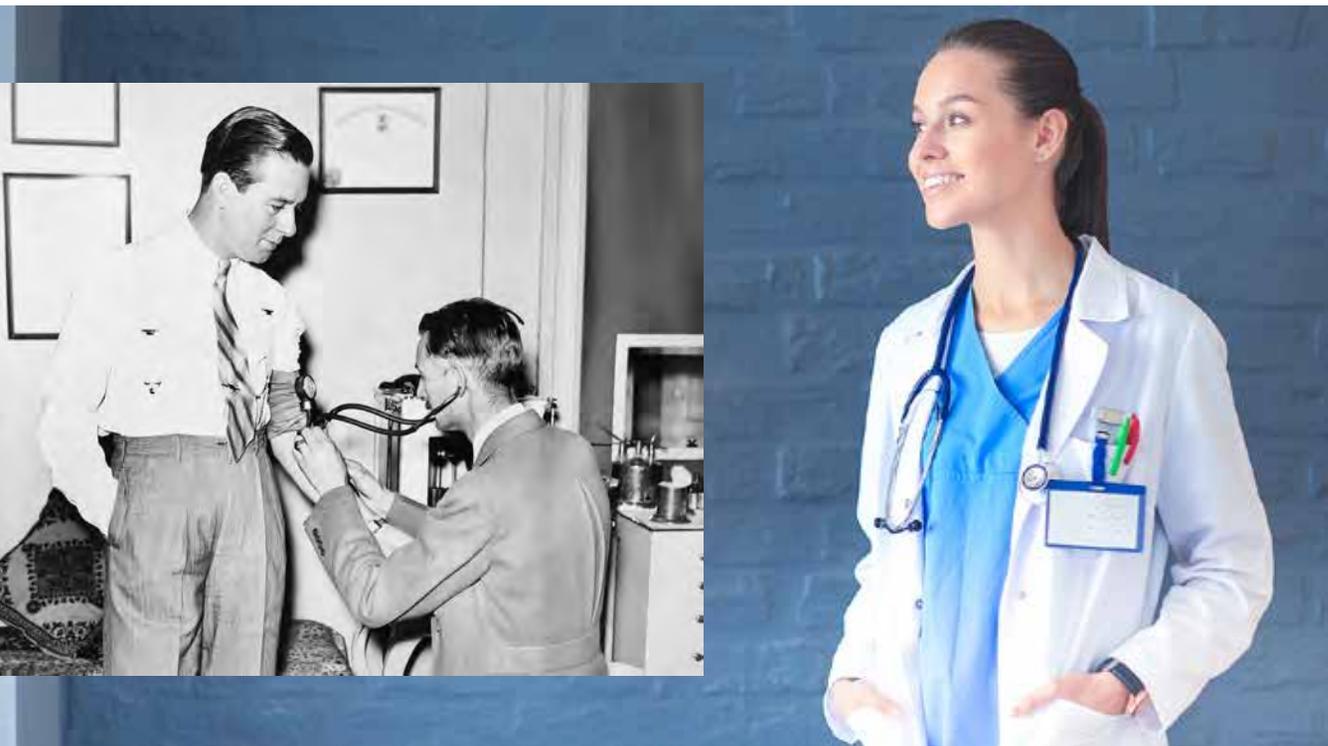
IL MEDICO DI FAMIGLIA NEGLI ANNI '50

Quale sia stato l'impatto iniziale di una simile rivoluzione ci viene chiaramente descritto da un'inchiesta svolta nel 1950 da un medico australiano e pubblicata su *Lancet*¹.

Vennero esaminati 55 studi medici, così distribuiti: 16 in quartieri urbani operai, 17 in quartieri urbani residenziali e 22 in zone rurali. Di un ambulatorio in un quartiere popolare di Londra condiviso da quattro medici e che copriva un bacino di utenza di circa 20.000 assistiti racconta: *"Trovai una coda di gente che si estendeva per 200 yarde lungo la strada, in attesa del loro turno per passare dai medici, [i quali] mi dissero non senza orgoglio che quel giorno ne avevano passati già 500". Per quanto riguarda la struttura, "era costituita da una piccola e cadente sala d'attesa, da tre ugualmente piccole e disordinate sale visita, sporche, male attrezzate e tutte prive di lettini da visita"; i pazienti "venivano quasi tutti per avere 'notes' [certificati di malattia] e 'bottles' [flaconi di medicine], che venivano erogati dietro semplice richiesta..."*².

Gli studi medici dei quartieri più ricchi si presentavano puliti, ordinati e molto curati sul piano estetico per quanto riguarda la sala d'attesa, mentre le sale visita erano spesso ben fornite di strumentazione e, naturalmente, avevano tutte il lettino da visita. Ma è proprio sui lettini che l'autore concentra ancora la sua

Nell'epoca delle narrazioni, forse quello che manca, e su cui riflettere, è la capacità dell'istituzione di raccontare "amichevolemente" se stessa, le proprie potenzialità, le proprie prerogative di pubblica tutela, anche i propri limiti.



attenzione: *“Notai in alcune occasioni che lettini perfettamente utilizzabili erano coperti da scatole e flaconi; l’aderenza di questi articoli al rivestimento in pelle indicava che occupavano da tempo quella posizione. Spesso fui fatto sedere su un lettino durante l’orario di ambulatorio; e sebbene molti pazienti presentassero storie e sintomi che indicavano la necessità di una visita accurata, essi lasciavano lo studio senza che venisse fatto alcun cenno o tentativo di esame obiettivo”³.*

Una situazione ben lontana dall’immagine attuale della medicina di famiglia inglese. Non esisteva alcuna forma di medicina di gruppo come la si intende ora, e in grande maggioranza i GP lavoravano da soli. L’attività di *general practitioner* era incompatibile con università, ospedali e altre strutture, **non potevano usufruire di alcuna formazione accademica, dovevano occuparsi dei loro pazienti sette giorni su sette e 24 ore al giorno per tutto l’anno**, né esistevano progetti di ricerca che li vedessero coinvolti⁴. Il desiderio di ribellione e indipendenza dall’apparato universitario e ospedaliero spinse così un nucleo di medici a fondare nel 1951 il *Royal College of General Practitioner* (RCGP), che diede vita nel 1961 alla prima rivista dedicata interamente alla Medicina Generale (*British Journal of General Practice*); da allora i GP britannici hanno raggiunto una sostanziale **parità di considerazione e competenze** nei confronti di tutti i colleghi del Regno Unito.

L’IMPORTANZA DELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Nello stesso periodo alcuni di loro avevano iniziato a riflettere sul loro ruolo e sull’importanza della relazione medico-paziente come importante fattore terapeutico. Già Collings nella sua inchiesta aveva colto dei segnali in questo senso, soprattutto nelle zone rurali: *“Il medico di campagna non ha solo il tempo di visitare i propri pazienti, ma anche quello di conoscerli intimamente; e il suo giudizio è basato su una maggior conoscenza e una più profonda considerazione, della persona oltre che della malattia, rispetto ai colleghi delle città”⁵.*

A sostegno di tale affermazione è illuminante la testimonianza di un medico attivo nella campagna inglese negli anni ‘50, raccolta nel libro *“A Fortunate Man. The Story of a Country Doctor”*: è la cronaca, con le conseguenti riflessioni, di sei settimane passate dall’autore con John Sassall, general practitioner ►

Se da un lato ci si affida sempre di più alla tecnologia in medicina con aspettative quasi miracolistiche, e si subisce il fascino di esami sempre più sofisticati che dovrebbero diagnosticare tutto e quindi permettere di curare tutto, dall'altra è diffuso il malcontento verso il medico sempre meno empatico

nella campagna inglese, a St. Briavels, un piccolo paese nel Gloucestershire. Conseguita la laurea appena prima della guerra, viene arruolato come chirurgo della marina militare durante il conflitto, ma **al termine sceglie la medicina generale: in fondo è pur sempre un lavoro di "prima linea", soprattutto in campagna e a quell'epoca.** Nei primi anni mette a frutto le sue capacità di chirurgo fornendo un servizio di alto livello e assai apprezzato dalla sua comunità. Ma a un certo punto si rende conto che il lavoro del medico non è solo l'efficienza, ma ha delle implicazioni di tipo personale ed emotivo che possono avere un grosso valore terapeutico: *"Il paziente deve essere trattato nell'insieme della sua personalità, la malattia è spesso un'espressione complessa piuttosto che la conseguenza di semplici cause naturali"*.

E riflette anche sulle emozioni del medico: *"Si apre la porta, e a volte mi sento come se fossi nella valle della morte. Cerco di superare questa sensazione perché per il paziente il primo contatto è estremamente importante. Se viene rifiutato e non si sente benvenuto, ci vorrà molto tempo per recuperare la sua fiducia, e a volte non basterà"*.

Lavorando da solo (*single-handed*) e ben lontano dalla Tavistock Clinic non può certo frequentare un gruppo Balint [vedi nota n. 7 - NdR], ma si dedica allo studio dei testi fondamentali della psicologia e della psicanalisi per approfondire le proprie capacità di comunicazione e di gestione delle emozioni, sue e dei pazienti⁶.

Scegliere il lavoro di *general practitioner* per vocazione è anche il caso di John Horder. Dapprima si era iscritto a Lettere e Filosofia, ma, come lui stesso racconta, *"il servizio militare durante la guerra mi spinse a cambiare per Medicina"*. Nel 1950 completa il tirocinio ospedaliero in medicina generale, neurologia e psichiatria, e medita di diventare psichiatra; ma dopo una singola, breve sostituzione in un ambulatorio di medicina generale nello stesso anno, capisce che quella è la sua strada: *"Cominciai a provare il piacere di essere compiutamente un medico solo quando diventai general practitioner"*. La sua formazione psichiatrica lo spinge subito a interessarsi della relazione medico-paziente, e all'inizio del 1951 entra a far parte del primo gruppo Balint, creato da Michael Balint nell'autunno del 1950⁷.

Dunque una situazione problematica come quella che vivevano i medici all'inizio del NHS, in alcuni è stata la molla per riflettere sul proprio ruolo e sulla necessità di riqualificare la propria professione da un lato, e dall'altro di riscoprirne le potenzialità insite nel rapporto unico col paziente che solo la medicina di famiglia può instaurare.

Ma dopo più di sessant'anni come sono cambiate le cose, e perché parlare ancora di Balint?

L'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN ITALIA

L'Italia ha visto la nascita del Servizio Sanitario Nazionale il **23 dicembre 1978**, con la **legge 833**. Anche da noi è nata la figura del medico di medicina generale, e si può dire che in gran parte il tempo perduto è stato recuperato.

La medicina di gruppo si è diffusa, molti studi medici sono ampi, accoglienti, spesso ben organizzati con il servizio di appuntamento, l'informatizzazione si è generalizzata da tempo, ben prima che diventasse indispensabile. Inoltre **sempre più donne scelgono la professione medica**, il superamento del numero di colleghi maschi è in atto, anche in ambito di medicina di famiglia, e si sa che le donne hanno una maggiore propensione all'empatia e una maggior attenzione al valore delle emozioni. Proprio su questo punto però non tutto fila liscio. In una **ricerca svolta nel 2006 sui medici di medicina generale in Italia la relazione medico-paziente quando il medico è donna sembra essere più problematica.**

Infatti tra le dottoresse è maggiormente diffusa la convinzione di una minor compliance e una maggiore aggressività dei pazienti. Addirittura tra le donne sotto i 40 anni il 72% dichiara di subire l'atteggiamento aggressivo del paziente, contro il 35% dei colleghi maschi della stessa coorte; inoltre il 23% dei maschi lamenta la bassa compliance del paziente a fronte del 40% delle donne. Sempre restando in questa fascia d'età la fre-

quenza di reclami e di contestazioni aperte da parte dei pazienti è più che doppia nelle donne medico rispetto ai maschi; però tali valori tendono ad assottigliarsi con l'avanzare dell'età del medico fino a invertirsi. Come se nella figura della dottoressa giovane si concentrasse l'archetipo del giovane di scarsa esperienza combinato con la poca autorevolezza data alla figura femminile quando interpreta un ruolo tradizionalmente considerato maschile⁸.

Le vere e proprie denunce all'autorità giudiziaria contro i medici di famiglia interessavano il 5%, sia maschi che femmine; ma se si considerano i reclami ufficiali all'amministrazione sanitaria o all'Ordine dei Medici, tra le donne sotto i 40 anni ne erano state oggetto il 44%, contro solo il 21% dei maschi della stessa coorte, per invertirsi dopo i 45 anni, in cui la percentuale per i maschi sale al 45% mentre per le femmine scende al 25%, in accordo con i dati citati in precedenza sull'aggressività dei pazienti, che vedono attenuarsi col tempo e con l'esperienza la conflittualità con le donne medico. Gli autori spiegano così il fenomeno: *"Il fatto che le donne siano contestate in media più degli uomini ma siano oggetto di reclami in misura minore può spiegarsi con un diverso modo di gestire la relazione con il paziente. L'approccio femminile, infatti, non esclude la contestazione, ma la accetta e la rielabora come elemento di negoziazione. Questo modo di porsi porta alla risoluzione del conflitto più facilmente dell'atteggiamento opposto di chiusura al confronto"*⁹.

Dall'altra parte lo sviluppo tecnologico in ambito sanitario ha spesso reso apparentemente superflua la minuziosa raccolta della storia clinica e l'esame obiettivo accurato di lontana memoria, facendo credere che computer e strumenti possano soppiantare la vecchia medicina clinica, con il suo contatto diretto col paziente, sia fisico che emotivo, dunque indurre un certo disinteresse verso gli aspetti relazionali ed emotivi con reazioni a volte ambivalenti tra gli assistiti: infatti se da un lato ci si affida sempre di più alla tecnologia in medicina con aspettative quasi miracolistiche, e si subisce il fascino di esami sempre più sofisticati che dovrebbero diagnosticare tutto e quindi permettere di curare tutto, dall'altra è diffuso il malcontento verso il medico sempre meno empatico, che "non ti guarda neanche in faccia" e che "non mi ha neppure visitato".

MEDICINA DI GRUPPO E INFORMATIZZAZIONE

Il rapporto personale tra medico e paziente può essere anche influenzato dalla tendenza ormai diffusa, e per molti versi positiva, a favorire la **medicina di gruppo**, con la creazione di nuclei di medicina primaria variamente definiti a seconda delle regioni e del periodo politico (Case della Salute, UTAP, ecc.). Nuclei che sono la regola nel Nord Europa dove però manca il concetto di scelta del medico, ma solo del gruppo di medici della struttura¹⁰. Tentativi di orientare le cure primarie in questa direzione da parte politica ce ne sono già stati, poi rientrati, contro i quali il principale sindacato dei medici di famiglia aveva lanciato nel 2015 lo slogan "Io non vado col primo che capita". Anche in Gran Bretagna i pazienti scelgono solo il gruppo: se si visita il sito di un qualsiasi centro di cure primarie inglese si noterà che non viene fornito l'orario di visita di ogni medico, ma soltanto l'orario di apertura del centro¹¹. Nel NHS inglese però non tutti i medici vedono questo fatto come positivo, e vi sono voci critiche che portano come esempio da seguire proprio il nostro sistema della scelta personale del medico di famiglia. Una collega inglese qualche tempo fa mi diceva: "Avete tante cose belle nel vostro sistema: non seguite noi!".

Un **altro elemento che si inserisce nella relazione col paziente è il computer**: se dieci anni fa il 17% dei medici di famiglia italiani poteva ancora farne a meno, ora l'introduzione della prescrizione elettronica lo ha reso obbligatorio. La sua progressiva diffusione è stata accompagnata dalla preoccupazione che questo "terzo incomodo" potesse interferire nel rapporto tradizionale col paziente, come prospettato da ricerche in ambito europeo soprattutto nei primi anni di informatizzazione sanitaria: questo ha portato inizialmente allo sviluppo di "linee guida" sull'uso del computer in studio in presenza del paziente, ma complessivamente l'evoluzione è stata talmente rapida, e ha coinvolto tutti, medici e pazienti, che di per sé le ripercussioni psicologiche dell'uso del computer si possono considerare marginali e sostanzialmente superate¹⁴.

INFORMAZIONE E DISINFORMAZIONE SANITARIA

Ben diverso è il problema legato alla diffusione in rete di informazioni (e disinformazioni) sanitarie. Una recente ricerca svolta in Italia ha analizzato l'utilizzo di Internet in pazienti afferenti ai medici di medicina generale, rilevando che il 35% del campione totale ricercava informazioni sanitarie sulla rete, in partico- ▶

Nell'era digitale acquisisce ulteriore importanza il ruolo del medico di famiglia e la sua capacità di coinvolgere il paziente nelle decisioni che lo riguardano

lare le persone tra i 18 e i 65 anni, con livello di istruzione medio-elevato, che raggiungevano il 45%¹⁵. Un riscontro statistico di quello che ormai ogni medico sperimenta quotidianamente: pazienti istruiti, giovani o adulti, spesso agguerriti e convinti, che arrivano con liste precostituite di esami e procedure diagnostiche su cui non intendono neppure discutere, oppure che contestano a priori la medicina cosiddetta ufficiale in nome di teorie diffuse in rete, indimostrate, ma sbandierate come "verità" soffocate ad arte dal potere medico e scientifico internazionale.

Dunque una **nuova sfida nel rapporto con i pazienti, che molti medici vivono con insofferenza, ma che non può non essere affrontata**. Lo studio citato trae alcune conclusioni che possono essere utili al medico di famiglia per trasformare l'uso della rete in sanità in uno strumento utile a migliorare la relazione. Egli deve incoraggiare la condivisione delle notizie trovate su Internet, anziché rifiutarle, perché porta a un maggior coinvolgimento del paziente nelle scelte relative alla sua salute; e, in un circolo virtuoso, il paziente più consapevole e coinvolto è anche più propenso a condividere col medico quello che trova navigando su Internet. In particolare i risultati della ricerca portano a ritenere che i medici di famiglia *"...potrebbero avere un ruolo sull'impatto della salute in rete, se non si limitano a curare la malattia ma vengono incontro ai bisogni di informazione del paziente e costruiscono una solida relazione durante le visite"*¹⁶.

Gli autori concludono che nell'era digitale acquisisce ulteriore importanza il ruolo del medico di famiglia e la sua capacità di coinvolgere il paziente nelle decisioni che lo riguardano. **Sono proprio i "pazienti digitali" (e-patients) che necessitano di una forte alleanza con il loro medico.**

SOLO UNA QUESTIONE DI COSTI?

Da ultimo, ma non per importanza, bisogna ricordare il peso che ha il **controllo da parte dell'amministrazione sanitaria, tutto orientato sui costi**. L'aspetto più eclatante è la documentazione delle prescrizioni farmaceutiche, che risale agli anni '80 (in Piemonte il primo prospetto inviato ai medici di famiglia è del giugno 1987): uno strumento che peraltro può essere molto utile per rivalutare le proprie abitudini prescrittive, ma che risveglia sempre un certo disagio se si considera che il medico di famiglia è l'unico che è controllato personalmente nelle prescrizioni. Senza contare che questo porta a rilevare anche ogni svista burocratica, che dovrà poi essere giustificata, con uno strascico supplementare di frustrazione.

La promulgazione del cosiddetto "Decreto appropriatezza" il 9 dicembre 2015, anche se poi ritirato, ha infine danneggiato ulteriormente la relazione col paziente perché gli ha instillato l'idea che il suo medico non possa più agire sempre nell'interesse della sua salute ma venga condizionato da interessi puramente economici del Servizio Sanitario; infatti molti medici hanno cominciato a giustificare la non prescrizione di esami diagnostici con la limitazione da parte del SSN a causa dei costi. Un errore, anche perché non tutte le limitazioni erano ingiustificate, ma una miglior appropriatezza prescrittiva non deve ottenersi con norme legislative, ma attraverso l'aggiornamento periodico e indipendente da ogni conflitto di interesse, così come indipendenti da conflitti devono essere le decisioni dei medici.

Di fronte a tutto ciò il medico può e deve opporre un'unica arma, che ha sempre avuto e che deve far riemergere: il ruolo curante nella sua accezione più completa, guardando al paziente come un'unità inscindibile di mente e corpo, e ritrovando in se stesso la capacità terapeutica che può mettere in atto attraverso una buona relazione tra medico e paziente.

Note

1. Joseph S. Collings, General practice in England today. A reconnaissance. The Lancet, march 25 1950, p. 555-585
2. Ibidem, p. 563
3. Ibidem, p. 557
4. Irvine Loudon, General Practice in 1952, Br J Gen Pract 2001, 51, p. 1030-1031
5. Joseph S. Collings, General practice..., cit., p. 559
6. John Berger, A Fortunate Man. The Story of a Country Doctor, Random House, New York 1997 (I° ed. 1967)
7. John Horder, The first Balint group, Br J Gen Pract 2001, 51, p.1038-1039
8. Micol Bronzini, I medici di medicina generale: differenze di genere e di generazione, in: *Costantino Cipolla, Cleto Corposanto, Willem Tousijn (a cura di), I Medici di medicina generale in Italia*, FrancoAngeli, Milano 2006, p.142-143
9. ibidem, p.144-145
10. Andrea Moser, La medicina generale: come la fanno in Svezia, Occhio Clinico n.3, aprile 2006
11. Si veda a titolo di esempio <http://www.thegillmedicalcentre.co.uk/> (consultato il 26/03/2017)
12. Nicolle Green, Italian lessons: exploring general practice in Italy, Br J Gen Pract. 2012, 62, p. 204.
13. Francesco Battisti, Medicina di base e computer. L'accoglienza delle *information technologies da parte dei medici di base*, in: *Costantino Cipolla, Cleto Corposanto, Willem Tousijn (a cura di), I Medici di medicina generale...*, cit., p. 210
14. Ibidem, p. 214-215
15. Sabina De Rosis, Sara Barsanti, Patient satisfaction, e-health and the evolution of the patient-general practitioner relationship: Evidence from an Italian survey, Health Policy 120 (2016), p. 1279-1292
16. Ibidem, p. 1289

Vieni al CeMeDi per:

Visite specialistiche
Esami ecografici e
strumentali
Esami radiodiagnostici
Analisi di laboratorio
Visite mediche sportive
Fisioterapia
Check-up

Info e prenotazioni

www.cemedi.it
Corso Massimo D'Azeglio 25
10126 Torino
tel +39 011 0066880
fax +39 011 0066510
dal lunedì al venerdì
dalle 08:00 alle 18:45
con orario continuato e
il sabato dalle 08:00 alle 13:00



CeMeDi
Ci prendiamo cura di te.

Direttore sanitario dott. **Sergio Caramalli**



Roberto ALBERA

ORECCHIO E MUSICA

Edizioni Minerva Medica
2018

Il modo in cui il nostro orecchio percepisce la musica

Perché le note sono 7? Perché la tastiera del pianoforte ha anche 5 tasti neri? Perché la distanza tra due tasti bianchi non è sempre la stessa? Come facciamo a distinguere le note musicali? In che cosa si distingue la musica e il canto dal rumore e dalla voce parlata? Perché alcune associazioni di note sono più gradevoli di altre? Queste e altre domande sicuramente ce le siamo poste tutti, indipendentemente dal grado di conoscenza della musica che possiamo avere.

Il libro, scritto da un audiologo il quale per professione pone al centro del proprio interesse le modalità di analisi dei segnali acustici eseguite dall'orecchio, sano e malato, cerca di rispondere ad alcuni di questi quesiti partendo da una domanda alla quale, come si vedrà, è difficile dare una risposta: quali sono le caratteristiche fisiche che distinguono la musica dalla voce parlata e dai cosiddetti rumori.

La musica è più che mai al centro della nostra vita e, sin dall'antichità, riveste significati importanti che spaziano fra concetti espressivi legati all'istintività umana e a pratiche sacre. La musica da sempre è fonte di un ampio e controverso dibattito relativo alla sua funzione, la cui unica conclusione capace di accordare tutti è che, fatte salve alcune eccezioni, comunque di essa non si possa "fare a meno".

Il termine musica risale all'epoca greca classica e significa "l'Arte ispirata dalle Arti" (ispirata dalle muse) e conglobava anche la poesia e la danza. In esso ritroviamo l'alto valore che la musica ha e che, di fatto, i greci le riconobbero.

La letteratura sulla musica è sterminata ma è rivolta soprattutto alla critica musicale, agli aspetti fisico-matematici del segnale prodot-

to dagli strumenti e alle reazioni prodotte nel cervello nel soggetto sano e in quello malato.

Il volume inizia con l'analisi degli eventi fisici alla base della percezione acustica, come sono generati e trasmessi e come possono essere analizzati dagli strumenti elettronici che oggi possediamo, e dalla descrizione di come il nostro orecchio è fatto, di come funziona e di come percepiamo i segnali acustici che sono inviati al cervello, in termini di tonalità e intensità, fenomeni alla base della nostra percezione uditiva.

Per far comprendere la meravigliosa struttura frequenziale dei suoni musicali e della voce, fenomeni che hanno strette somiglianze dal punto di vista fisico, nel testo sono analizzate le modalità di generazione dei suoni da parte degli strumenti musicali per arrivare a comprendere come l'orecchio ci consenta di identificare le note, e quindi le melodie che caratterizzano i brani musicali che quotidianamente ascoltiamo.

Uno degli aspetti che contraddistinguono la percezione musicale è la capacità che hanno alcune note nel rapportarsi meglio o peggio con le altre, consentendo al compositore di creare melodie che possono essere giudicate più o meno piacevoli. Questo aspetto, che sembrerebbe essere riconducibile al gusto e alla preparazione dell'ascoltatore, trova alla sua base alcuni aspetti fisici; questi aspetti sono analizzati nel testo e, come si vedrà, sono validi indipendentemente dalla cultura dell'ascoltatore, anche se il gusto dell'epoca può consentire, a un pubblico preparato, di gradire brani basati su note dissonanti tra loro.

Sempre sulla base del funziona-

mento dell'orecchio l'autore analizza le modalità con le quali è stato codificato l'attuale lessico musicale occidentale basato sulle sette note e sui 12 semitoni, partendo dalle prime osservazioni dei cinesi e dei greci per giungere alle discussioni degli ultimi secoli tra filosofi e fisici sui limiti che hanno tutte le suddivisioni delle note proposte.

Un capitolo è dedicato alle modalità con le quali è possibile registrare e ascoltare la musica, partendo dai primi esperimenti della fine dell'800 per arrivare alle attuali modalità informatiche, che consentono di ascoltare in qualunque momento e a basso costo qualunque brano; questi straordinari progressi sono la base della centralità della musica nella nostra vita, indiscussa protagonista in tutti i programmi televisivi, radiofonici e nei film. Apparirà anche chiaro come gli strumenti informatici di registrazione e riproduzione della musica sono stati progettati in rapporto alle modalità di funzionamento dell'orecchio dell'uomo.

Per meglio comprendere i sofisticati aspetti della piacevolezza dell'ascolto musicale viene quindi portato come esempio il pianoforte, del quale l'autore esegue una descrizione delle caratteristiche costitutive. Si vedrà come il pianoforte attuale rappresenti la mirabile espressione di una serie di progressive miglione portate avanti negli ultimi tre secoli dai costruttori sulla base della sensazione acustica prodotta dal suo suono; si può ben dire che ogni particolare che compone il pianoforte abbia un significato acustico e partecipi alla produzione del suono che conosciamo e che lo fa considerare lo strumento musicale per antonomasia.

Volutamente l'autore non ha affrontato due argomenti molto più trattati nella letteratura musicale e medica, cioè gli aspetti cerebrali e cognitivi della percezione musicale e l'utilizzo della musica come strumento terapeutico, affrontato solo

nell'analisi storica fatta nel capitolo introduttivo. Tuttavia ha ritenuto interessante dedicare l'ultimo capitolo alla lettura di due lettere scritte da Beethoven e nelle quali descrive la propria sordità. Si tratta di due lettere, delle quali una è molto citata, ma l'originalità del capitolo risiede nella lettura che ne fa un audiologo; nel capitolo si cerca di far comprendere al lettore quanto il grande musicista abbia voluto comunicarci e quale problema uditivo lo affliggesse all'inizio dell'800, restituendoci un'immagine più umana del genio, che diviene una persona malata che esprime tutte le debolezze di un uomo colpito nell'organo di senso più importante per la propria professione.

Tutti questi aspetti sono analizzati in modo scientifico, anche se spesso è stato necessario inserire aspetti storici e filosofici, ma in passato scienza e filosofia andavano di pari passo; la modalità di scrittura, tuttavia, è di tipo divulgativo al fine di poter far comprendere a tutti i lettori i complessi fenomeni fisici e anatomo-funzionali della percezione musicale, anche utilizzando semplici formule matematiche e tracce di segnali acustici registrati con strumenti non professionali e a casa propria, quindi con un metodo alla portata di tutti e facilmente riproducibile. Per questi motivi il libro è rivolto a tutti quanti abbiano maturato la curiosità di comprendere come la musica che noi conosciamo sia nata e come sia stata codificata sulla base dell'analisi che ne fa l'orecchio senza richiedere necessariamente una base di preparazione musicale e biologica.

Diritti delle persone non autosufficienti

UNA PETIZIONE AL PARLAMENTO EUROPEO PER LA GARANZIA DELLE CURE

Fondazione Promozione Sociale onlus

È possibile aderire alla richiesta al Parlamento europeo, lanciata dalla Fondazione promozione sociale onlus di Torino e già sottoscritta da venti organizzazioni.

Richiesta a Bruxelles una presa di posizione affinché l'Italia garantisca le cure e gli interventi previsti dalle leggi per le persone malate/con disabilità e autismo non autosufficienti.

Si tratta di misure che riguardano almeno un milione di persone nel nostro Paese.

Un appello al Parlamento Europeo contenuto in una dettagliata petizione. È quanto hanno presentato una ventina di organizzazioni italiane, guidate dalla Fondazione promozione sociale onlus di Torino, con l'obiettivo di ottenere dall'Istituzione europea una presa di posizione per la tempestiva e idonea erogazione delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali in Italia: cure a casa, ricoveri in Rsa - residenze sanitarie assistenziali, frequenza dei Centri diurni e delle Comunità alloggio... Beneficiari immediati della petizione sono almeno un milione di nostri concittadini: anziani malati cronici non autosufficienti, persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre patologie assimilabili, persone con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia. Ma i promotori non mancano di sottolineare che l'iniziativa è a tutela di tutti i cittadini: «Può capitare a ciascuno di noi di essere vittima di incidenti o di improvvisi esiti di gravi patologie. Senza contare che lavorare per la tutela dei non autosufficienti, significa, in proiezione, lavorare per la tutela di se stessi o dei propri cari».

Alla petizione si può aderire registrandosi al portale delle Petizioni della Commissione europea all'indirizzo: <https://petiport.secure.europarl.europa.eu/petitions/it/home>. Una volta registrati, cliccare sul tasto «Sostieni petizione» e inserire nella schermata che appare il codice della Petizione: 1147/2016. A fondo pagina si può

visualizzare la petizione e, nella schermata successiva, premere nuovamente il tasto «Sostieni la petizione» per sottoscrivere il documento.

LE RICHIESTE DELLA PETIZIONE

I legali rappresentanti delle organizzazioni sociali che hanno finora sottoscritto al petizione (le cui adesioni rimangono aperte) rivolgono al Parlamento europeo una «pressante istanza» affinché il Presidente e i Componenti del Parlamento europeo intervengano nei confronti del Governo italiano e delle altre Istituzioni, in particolare le Regioni: per il concreto riconoscimento alle persone non autosufficienti del diritto alle indifferibili prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali e perché - finalmente - vengano garantite alle persone non autosufficienti le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari in tutti i casi in cui tali prestazioni corrispondono alle loro effettive esigenze terapeutiche e sociali, fornendo con fondi del Servizio sanitario nazionale agli accuditori domiciliari (*caregiver*), anche non professionali, il rimborso di parte delle spese vive sostenute, se del caso, calcolato in modo forfettario. Quest'ultima articolazione delle cure domiciliari ricalca il modello dell'assegno di cura socio-sanitario illustrato sopra.



DIRITTO ALLE CURE E RISORSE

Infine, la Petizione solleva il tema della necessaria garanzia dei diritti esigibili, che non possono essere compresi da presunte esigenze di bilancio e di scarsità delle risorse. Il testo chiede al Parlamento di pronunciarsi «affinché sia concretamente riconosciuto che il nucleo irriducibile delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea) che occorrono alle persone non autosufficienti

per la tutela della propria salute non può essere negato per ragioni di scarsità o diversa allocazione di risorse economiche, in quanto si tratta di prestazioni di livello essenziale che le Istituzioni sono tenute ad erogare sulla base delle esigenze socio-sanitarie indifferibili di tutte le persone non autosufficienti, a tutela non solo della loro salute, ma anche della loro dignità di persone».

Elenco Organizzazioni/Enti aderenti (in ordine di adesione): Fondazione promozione sociale onlus, Via Artisti 36 - Torino; Associazione promozione sociale onlus, Via Artisti 36 - Torino; Utim, Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Via Artisti 36 - Torino; Ulces, Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, Via Artisti 36 - Torino; Cogeha, Collettivo genitori di portatori di handicap, Via Fantina 20/G - Settimo Torinese (To); Comitato "Handicap e Scuola", Via Artisti 36 - Torino; Gva, Gruppo volontariato assistenza handicappati, P.zza San Francesco 1 - C.P. 98 - Acqui Terme (AL); Associazione Agafh, Via della Bassa 57 - Orbassano (To); Associazione "La Scintilla", Via Borgone 12, Collegno (To); Associazione Grh, Vicolo S. Pancrazio 6 - Druento (To); Associazione "Gruppo senza sede", Via Caduti sul lavoro 12/2, Trino Vercellese (Vc); Associazione Alzheimer Piemonte, via Bellezia, 12/g, Torino; Associazione "Creamcafe" (Mente Creativa caffè Alzheimer), piazza Matteotti 42-44r, Genova; Comune di Candiolo, Via Ugo Foscolo 4, Candiolo (To); Associazione "Lawcare", Via Catalani 26, Bra (Cn); Umana, Unione per la difesa dei diritti dei malati anziani e non autosufficienti, Strada San Vetturino 8/f - Perugia (Pg); Associazione Alzheimer di Borgomanero, Via Monsignor Caviglioli, 20, Borgomanero (No); "Sant'Antonino - Lista indipendente", Comune Sant'Antonino di Susa, Via Torino n. 95, Sant'Antonino di Susa (TO); Ordine dei Medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Cagliari.

IL FIGLIO DEL COLLEGA

Giuliano Maggi



Di solito i medici sono sempre molto disponibili ad aiutare i colleghi e i loro famigliari in caso di bisogno. La prima volta che vidi questa solidarietà avevo soltanto undici anni e non l'ho più dimenticata.

Dopo l'8 settembre 1943 l'Italia del nord fu di fatto occupata dalle truppe tedesche e si seppe ben presto che molti ebrei cercavano di nascondersi per evitare di essere rinchiusi in campi di concentramento o peggio deportati in Germania.

Nell'autunno di quell'anno arrivarono senza preavviso a casa nostra in Canavese un medico ebreo amico di mio papà con il vecchio padre, la moglie e il loro bambino di circa due anni. Erano fuggiti da Torino in fretta e furia, perché avevano saputo che i tedeschi stavano rastrellando il loro quartiere in cerca di ebrei. Erano disperati e chiesero a mio papà se poteva aiutarli a nascondersi.

Mio padre aveva operato di recente un contadino del circondario, che acconsentì ad ospitare la famiglia ebrea nella sua cascina; mia madre fornì loro coperte, lenzuola ed indumenti per il bambino.

Purtroppo dopo neanche un mese vi fu una delazione e un brutto giorno due auto con un gruppo di militari arrivò alla cascina e prelevò i due uomini e la donna, la quale, quando vide arrivare i soldati, diede il suo bambino in braccio alla contadina, sussurrandole: "Se le chiedono, dica che è suo".

I tedeschi presero i tre adulti e ignorarono il bambino in braccio alla contadina. Il giorno dopo questa venne a casa nostra, raccontandoci tutto e disse che non aveva la possibilità di tenere il piccolo, perché doveva badare alla cascina e non aveva nessuno che l'aiutasse.

Lo tenemmo noi per qualche giorno, poi trovammo tra i nostri coinquilini una signora senza figli, buone e fidata, che si disse disposta a tenerlo dietro un modesto compenso e cibarie.

Nel maggio 1945 la guerra finì e pensammo che gli amici ebrei sarebbero stati liberati e sarebbero tornati a riprendersi il bambino, ma passò l'estate senza che comparisse alcuno.

A settembre una mattina suonò il campanello, andai io ad aprire e mi vidi davanti un soldato americano in tuta mimetica con stivaletti, cinturone e berretto a visiera che mi chiese della mamma. La chiamai e, come lei arrivò, il militare si tolse il berretto e disse a mia madre: "Non mi riconosce?" Era la mamma del bambino, con la testa rasata, magrissima e irriconoscibile. Come disse chi era, mia madre l'abbracciò piangendo.

"Sono stata liberata dagli americani e appena ho potuto sono partita per l'Italia viaggiando con autostop e mezzi di fortuna", poi chiese. "Il mio bambino è vivo?". Subito mia madre l'accompagnò dalla vicina dove poté riabbracciare il figlio. Poi ci raccontò che suo marito e suo suocero erano stati uccisi e che lei era viva perché si era sottoposta ad ogni sopruso in cambio di cibo, pur di restare viva per il suo bambino.

La rifocillammo per qualche giorno, mia madre le adattò un suo vestito e poi lei partì col bambino per Roma dove aveva dei parenti. Qualche mese dopo ci giunse una lettera da Israele, dove si era trasferita, nella quale ci ricordava con affetto e riconoscenza.

"VILLE AUGUSTA"

CASA DI CURA PRIVATA MALATTIE NERVOSE

Direttore Sanitario: *Dott. Enzo Soldano*
Specialista in Neurologia

CONVENZIONATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
ACCREDITATA DALLA REGIONE PIEMONTE
(D.G.R. 91-6718 del 3/8/2007)

"VILLE AUGUSTA" s.r.l.

10090 BRUINO (TO), Via Pinerolo-Susa 15
Tel.: 011 90.87.141/42/43 - Fax 011 90.86.264
e-mail: villeaugusta1@libero.it

UNA VITA PER LA MEDICINA

In memoria di Guido Filogamo

A cura della redazione di Torino Medica

Il Professor Guido Filogamo è mancato la sera del 17 gennaio 2018 all'età di 101 anni, a Torino.

Ultimo allievo di Giuseppe Levi, iniziò la sua carriera accademica nel 1940 come assistente in Anatomia Umana. Dopo un breve intervallo a Sassari, dove fu Professore di Istologia nel 1962, tornò a Torino prima come Professore di Istologia (1964) e poi di Anatomia Umana (dal 1966).



Ricoprì diverse cariche accademiche, tra cui quelle di Direttore del Dipartimento di Anatomia e Fisiologia e di Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Torino dal 1986 al 1992, anni durante i quali vennero fondati l'Università del Piemonte Orientale e il Corso di Laurea in Medicina presso l'AOU San Luigi. Nel 1987 ricevette il 'Sigillo d'argento' della Città di Torino, e nel 1988 la "Medaglia d'oro ai benemeriti della scuola, cultura ed arte" del Presidente della Repubblica. È stato membro dell'Accademia delle Scienze e dell'Accademia di Medicina di Torino, e Professore Emerito dell'Università di Torino.

Conosciuto in ambito internazionale per i suoi studi sulla plasticità neuronale nel plesso mienterico, sullo sviluppo del sistema neuromuscolare e del sistema visivo, nel corso della sua lunghissima carriera ha formato intere generazioni di medici e formato moltissimi allievi delle scuole di Anatomia e di Istologia torinesi, alcuni dei quali hanno ottenuto prestigiose cattedre, in Italia come all'estero.

Noto per il suo garbo, per l'interesse e per l'originalità delle sue lezioni e delle sue ricerche, lascia un ricordo indelebile nei suoi numerosissimi allievi e in tutti coloro che lo hanno conosciuto.



Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche A.M.I.A.R. - TORINO

www.agopuntura.to.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott. Piero Ettore Quirico

Coordinatore scientifico: Dott. Giovanni Battista Allais

La Scuola di Perfezionamento in Agopuntura C.S.T.N.F. con D.D. n° 288 del 3 maggio 2017 è stata **inserita nell'elenco regionale degli Istituti pubblici e privati accreditati per la formazione delle Medicine non Convenzionali**, come previsto dall'all. A alla DGR n° 19-4764 del 13/03/2017.

La Scuola, attiva dal 1978 e che da dicembre inizierà il suo 40° anno di attività, è **abilitata**, quindi, **a rilasciare ai medici diplomati un attestato per l'iscrizione negli elenchi degli esperti in Agopuntura depositati presso gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri di tutt'Italia**, avendo l'accreditamento valenza nazionale.

L'attestato è equipollente a quello di un Master Universitario con pari monte-ore.

Il **programma** didattico sviluppa gli aspetti tradizionali e scientifici dell'Agopuntura attraverso un **corso triennale composto da 500 ore di lezioni teorico-pratiche**. Il monte-ore è composto da: 400 ore di lezioni teoriche, 50 ore di esercitazioni pratiche e 50 ore di pratica clinica in regime di tutoraggio presso **8 ambulatori pubblici convenzionati con il CSTNF per la didattica e la ricerca scientifica**.

Il CSTNF è convenzionato con l'**Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino** per l'organizzazione di stages di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica.

Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori F.I.S.A.**

In qualità di **Provider ECM n° 820** il C.S.T.N.F. ha finora organizzato **197 edizioni** di eventi ECM.

XVIII Convegno A.M.I.A.R. Agopuntura e Medicina non Convenzionale nel dolore cronico

14 aprile 2018
ore 9,00-18,00

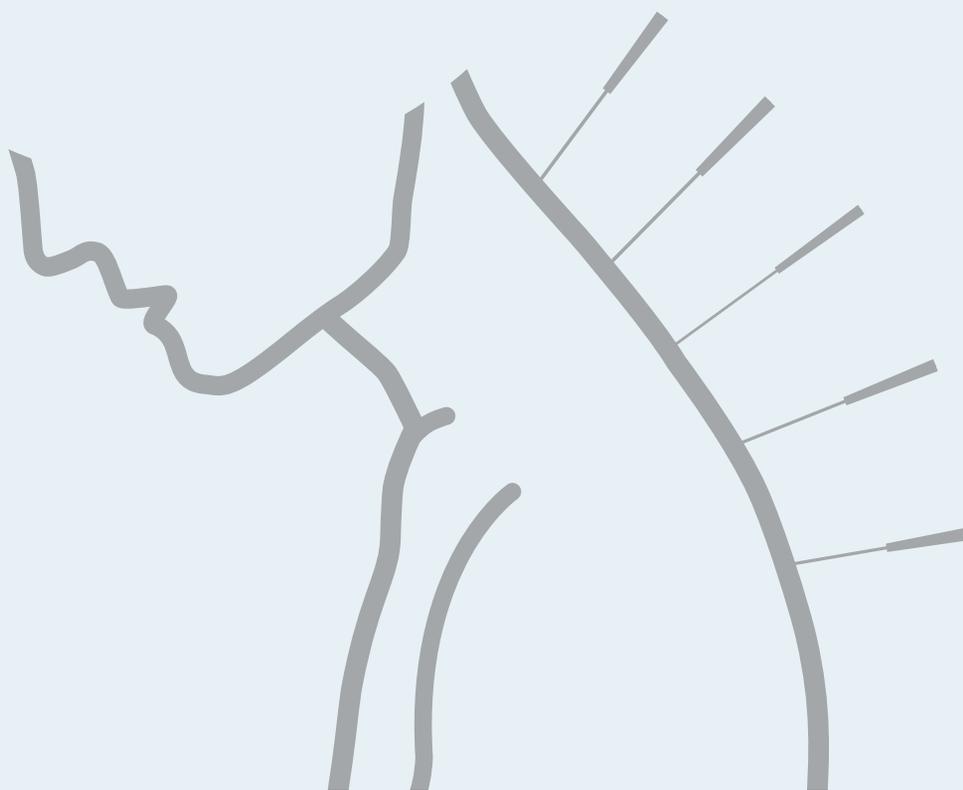
Centro Congressi "Unione Industriale"
Via Fanti 17, Torino

Iscrizione gratuita

Il programma congressuale sarà pubblicato sul sito www.agopuntura.to.it

Per iscrizioni:

Segreteria organizzativa: C.S.T.N.F.,
tel 011.3042857, e-mail: info.cstnf@fastwebnet.it



DISPORRE OGGI

PER NON IMPEGNARE I PROPRI CARI DOMANI

CON "100 ANNI" DI GIUBILEO
OGGI È POSSIBILE PREDISPORRE E PAGARE
IN ANTICIPO, CON TRANQUILLITÀ,
LA CERIMONIA DESIDERATA
PER IL PROPRIO O ALTRUI COMMiato,
IL TUTTO CON LA GARANZIA TOTALE
DI RISERVATEZZA E AFFIDABILITÀ
OFFERTA DA UN LEADER NEL SETTORE.



GIUBILEO

RENDIAMO ONORE ALLA STORIA DI UNA VITA

(011.8181

24 ORE SU 24

www.giubileo.com



efi Eccellenza
Funeraria
Italiana

100 ANNI

*Cerimonie di commiato
predisposte in vita*

DOVE FINISCE IL SUV,
COMINCIA STELVIO.



ALFA ROMEO STELVIO
VIENI A PROVARE UN'ESPERIENZA DI GUIDA UNICA.

Val. Max. consumi ciclo combinato (l/100 km) 7. Emissioni CO₂ (g/km) 161.

La meccanica delle emozioni



TI ASPETTIAMO NELLE NOSTRE NUOVE SEDI

SPAZIO

CONCESSIONARIA UFFICIALE ALFA ROMEO

TORINO

Via Ala di Stura, 84 - Tel. 011 22 51 711

Corso Valdocco, 19 - Tel. 011 52 11 453

MONCALIERI
C.so Savona, 10 - Tel. 011 64 04 840

Seguici su:  

www.alfa.spaziogroup.com