



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale  
9<sup>a</sup> legislatura

Struttura amministrativa competente:  
Direzione Prevenzione

Presidente  
Vicepresidente  
Assessori

		P	A
Luca	Zaia	X	
Marino	Zorzato	X	
Renato	Chisso	X	
Roberto	Ciambetti	X	
Luca	Coletto	X	
Maurizio	Conte	X	
Marialuisa	Coppola	X	
Elena	Donazzan	X	
Marino	Finozzi	X	
Massimo	Giorgetti	X	
Franco	Manzato	X	
Remo	Sernagiotto	X	
Daniele	Stival	X	

Segretario Mario Caramel

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n.

# 2360 del 29 DIC. 2011

OGGETTO: Campagna di comunicazione per la promozione di stili di vita salutari e la prevenzione delle malattie infettive.  
IMPEGNO DI SPESA.

NOTE PER LA TRASPARENZA: Finanziamento regionale da assegnare all'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto (di seguito ARSS) per la realizzazione di una campagna informativa volta a promuovere l'adozione di comportamenti salutari – Guadagnare Salute – e di iniziative per contrastare il diffondersi di malattie infettive.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il programma "Guadagnare Salute", approvato con D.P.C.M. del 4 maggio 2007, prevede il potenziamento a livello regionale di politiche e strategie a sostegno della promozione della salute, secondo i principi e l'implementazione delle azioni di competenza regionale previsti dal Programma nazionale "Guadagnare Salute - rendere facili le scelte salutari".

Tale programma ha introdotto un grande cambiamento nelle strategie di prevenzione promuovendo la salute come bene collettivo attraverso l'integrazione delle azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli individui. In tale approccio l'"istituzione salute" deve assumere a tutti i livelli un ruolo di "leadership" promuovendo azioni di sensibilizzazione allo scopo di rendere facili le scelte salutari per la popolazione.

Con D.G.R. n. 2009 del 03/08/2010 la Regione Veneto ha aderito al progetto esecutivo relativo al Programma di "Sostegno alle funzioni di interfaccia tra le Regioni e le Province Autonome e il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie – CCM" – Esercizio finanziario 2007, suddiviso in due aree: la prima dedicata alle malattie infettive e la seconda a Guadagnare Salute.

La Regione Veneto con successivi provvedimenti ha aderito ad ulteriori progetti che affrontano le medesime problematiche stipulando Accordi di Collaborazione sia con il Ministero della Salute che con altre Regioni. Nell'ambito di tali progetti sono stati previsti finanziamenti per la formazione del personale e la sensibilizzazione della popolazione per la diffusione di una cultura condivisa su scelte di vita salutari.

Al fine di contrastare le emergenze di sanità pubblica dipendenti dall'adozione di scorretti stili di vita e dalla crescente diffusione di malattie infettive, il nuovo PRP 2010-2012, approvato dalla Giunta regionale con D.G.R. n. 3139 del 14/12/2010, ha finanziato numerosi progetti che prevedono a livello regionale azioni di diffusione delle informazioni e di orientamento della popolazione su tali tematiche, nonché di formazione continua degli operatori sanitari e di sorveglianza dei bisogni di salute degli utenti per poter valutare le criticità da affrontare prioritariamente.

Per garantire una effettiva ed uniforme diffusione di azioni preventive su tutto il territorio, responsabilizzando così ogni singolo cittadino a tutelare la salute come bene collettivo, la Regione Veneto

intende dare avvio ad una campagna di comunicazione per la promozione degli stili di vita salutari e la prevenzione delle malattie infettive tramite un "Piano Comunicazione" di cui all'**Allegato "A"** al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante.

Considerato che tra le sue numerose competenze vi è anche quella di garantire, tramite i suoi organi, "l'informazione sulla salute", si intende affidare all'ARSS la realizzazione di tale campagna, i cui contenuti verranno definiti dalla Direzione Prevenzione. L'Agenzia si occuperà della predisposizione di materiale divulgativo, come depliant e brochure e spot televisivi individuando le emittenti, sulla base delle normative vigenti. Per quanto concerne gli aspetti legati alla comunicazione l'ARSS dovrà coordinarsi con la Direzione Comunicazione e Informazione.

All'ARSS che è responsabile della gestione contabile e amministrativa, verrà assegnato un finanziamento pari a euro 150.000,00 sul capitolo 101022 dell'esercizio finanziario 2011 che presenta sufficiente disponibilità.

Il suddetto contributo sarà liquidato secondo le seguenti modalità:

- 80% all'approvazione del presente provvedimento;
- 20% alla trasmissione alla Direzione Prevenzione, della rendicontazione finale a conclusione della campagna.

Si ritiene che la spesa di euro 60.000,00, di cui si dispone l'impegno, concernente la tipologia pubblicità non sia soggetta alle limitazioni di cui alla L.R. n. 1/2011, in quanto tali attività sono previste dal D.P.C.M. del 4/05/2007.

Il relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta Regionale il presente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento ai sensi dell'articolo 33, 2° comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

VISTO il D.P.C.M del 4 maggio 2007;

VISTA la L.R. n. 1 del 10/01/1997, la L.R. n. 39 del 29/11/2001 e L.R. n. 1 del 07/01/2011;

VISTE le D.G.R. n. 2009/2010, n 3139/2010;

#### DELIBERA

1. di approvare, per le motivazioni indicate in premessa, la realizzazione di una campagna di comunicazione a livello regionale per la promozione degli stili di vita salutari e la prevenzione delle malattie infettive tramite il "Piano Comunicazione" allegato al presente provvedimento (**Allegato A**) di cui costituisce parte integrante;
2. di affidare all'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto la realizzazione della campagna di comunicazione di cui al punto 1), come indicato nelle premesse, nonché la predisposizione del materiale divulgativo come depliant e brochure e l'individuazione delle emittenti, secondo le normative vigenti;
3. di assegnare, per le motivazioni indicate nelle premesse, il finanziamento di euro 150.000,00 per la realizzazione della suddetta campagna a favore dell'ARSS;
4. di impegnare a favore dell'ARSS la somma di euro 150.000,00 sul capitolo 101022 (quota del fondo sanitario regionale di parte corrente in gestione accentrata presso la Regione – spese varie per interventi specifici in materia di prevenzione Art. 7 Ter, D.LGS 19/06/1999, n. 229) del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2011 che presenta sufficiente disponibilità;

5. di incaricare il Dirigente della Direzione Prevenzione alla liquidazione della somma specificata al precedente punto 3) a favore dell'ARSS con le seguenti modalità: 80% all'approvazione del presente provvedimento; 20% alla trasmissione alla Direzione Prevenzione della rendicontazione finale a conclusione della campagna;
6. di dare atto che la presente deliberazione comporta spesa a carico del bilancio regionale;
7. di dare atto che la spesa pari ad euro 60.000,00 per l'acquisto di spazi televisivi, di cui si dispone l'impegno con il presente atto, non è soggetta alle limitazioni di cui alla L.R. n. 1/2011 per le motivazioni esposte in premessa da considerarsi parte integrante del presente provvedimento;
8. di dare atto che la spesa rimanente di cui si dispone l'impegno con il presente atto non rientra nelle tipologie soggette a limitazioni ai sensi della L.R. n. 1/2011;
9. di demandare a successivi provvedimenti del Dirigente Regionale tutti gli adempimenti amministrativi e contabili successivi e conseguenti alla gestione della presente iniziativa;
10. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO  
F.to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE  
F.to Dott. Luca Zaia



DIREZIONE RAGIONERIA E TRIBUTI  
Ai sensi dell'art. 13 L.R. n. 1/2011 si appone il visto e si registra in  
contabilità il bilancio di \_\_\_\_\_ n. 4919 cap. 101022  
del bilancio 2011 di e 150.000/00

il 30.12.2011

*R.O.*

IL DIRIGENTE REGIONALE  
F.to \_\_\_\_\_





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale - 9<sup>a</sup> legislatura

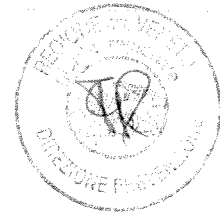
2360

29 DIC. 2011

ALLEGATO A Dgr n.

del

pag. 1/12



*PIANO COMUNICAZIONE*

*DIREZIONE REGIONALE PREVENZIONE*

#### Sommario

- *Definizione e note storiche sulla Comunicazione della Salute*
- *Background*
- *Fasi di una campagna di comunicazione pubblica*
- *Proposta per un piano*
- *Bibliografia*

29 DIC. 2011

**1. – Definizione e note storiche sulla Comunicazione della Salute**

La **comunicazione della salute** può essere definita come:

«Lo studio e l'impiego delle strategie di comunicazione per **informare e influenzare**, nei singoli individui e nelle comunità, decisioni finalizzate a **incrementare lo stato di salute**»<sup>1</sup>

Non si tratta quindi solo di produrre messaggi o materiali: l'obiettivo ultimo è di influenzare percezioni, convinzioni, atteggiamenti e provocare cambiamenti per l'adozione o il mantenimento di un nuovo comportamento di salute.

Nell'ambiente anglosassone la comunicazione viene studiata da oltre sessant'anni<sup>2</sup>. Negli Stati Uniti degli anni '70, discipline come medicina, comunicazione, psicologia e sociologia iniziano a convergere e a porre le basi per la *health communication* come disciplina a sé stante; nascono i primi Centri di comunicazione associati a scuole e dipartimenti di salute pubblica. A partire dagli anni '80 vengono prodotti manuali per la pianificazione di campagne di comunicazione della salute (il primo a diventare di riferimento è il “*pink book*” del National Cancer Institute<sup>3</sup>); nel 1989 nasce la rivista *Health Communication*. Alla fine degli anni '90 il CDC crea un Office of Communication.

Il “piano sanitario” degli Stati Uniti per il decennio 2000-2010, *Healthy people 2010*, ha previsto per la prima volta tre obiettivi nell'ambito della comunicazione della salute:

- interventi per migliorare le abilità comunicative dei professionisti della salute e dei pazienti;
- assistenza alla popolazione che cerca informazioni sulla salute;
- educazione dell'utenza in merito a tematiche sanitarie, rischi, misure preventive e modalità di accesso al sistema sanitario.

Tra gli obiettivi per il 2020 compare inoltre l'incremento dell'utilizzo di Internet come strumento sia di comunicazione tra enti e utenza, sia di informazione (es. aumento di website attendibili dedicati alla salute), e lo sviluppo del social marketing come strategia di pianificazione di campagne per la prevenzione e la promozione della salute.

<sup>1</sup> U.S. Department of Health and Human Services, *Healthy People 2010*, c. 11, Health Communication.

<sup>2</sup> Per fare un esempio, uno dei primi modelli ideati per spiegare i meccanismi di comunicazione interumana, l'ormai classico “modello matematico di Shannon-Weaver”, risale al 1949.

<sup>3</sup> Alle linee guida di questo manuale, oltre che ai lavori del Center of Communication Programs della John Hopkins Bloomberg School of Public Health, si è fatto principalmente riferimento per sviluppare le basi del piano di comunicazione.



## 2. – Background

È inutile avere un buon sistema sanitario, un trattamento efficiente, dei programmi di prevenzione o promozione della salute, se la popolazione non usufruisce dei servizi disponibili o non vi aderisce perché non adeguatamente informata o persuasa.

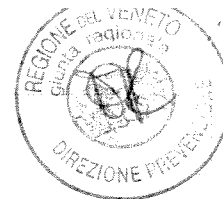
Perché una comunicazione sia efficace – ovvero al tempo stesso sia informativa e persuasiva – dev'essere modulata sul suo destinatario, che può possedere conoscenze e codici linguistici diversi da quelli dell'emittente.

Alcuni esempi:

- LO STILE: sull'utenza generale, informazioni negative hanno più peso (in termini di impatto emotivo, capacità di persuadere e di essere ricordate, ecc.) delle informazioni positive (*negative asymmetry*). La dimostrazione dell'*effetto framing*<sup>4</sup>, inoltre, ha rivelato come si ottenga una maggiore adesione ad una campagna per i comportamenti di individuazione di malattia (es. screening) se la comunicazione utilizza una formulazione negativa; per i comportamenti di prevenzione di una malattia (es. vaccinazioni, promozione stili di vita) è più efficace una formulazione positiva<sup>5</sup>.
- L'ORGANIZZAZIONE DEL MATERIALE:
  - Uso delle immagini. Dal punto di vista cognitivo, le immagini aiutano più dei numeri ad associare le emozioni allo stimolo, nel nostro caso l'informazione sanitaria: catturano l'attenzione e contribuiscono alla comprensione e al ricordo – specie se semplici e collocate in prossimità di un testo.
  - Uso di dati numerici. Il pubblico usa un linguaggio diverso e più intuitivo rispetto a quello dei professionisti: non valuta in base alle statistiche, ma in base alle caratteristiche del rischio. L'utente cerca cioè di tradurre l'informazione in un valore individuale: "qual è il mio rischio?", si chiede. Un modo di personalizzare il valore di rischio è stato l'impiego di indicatori di genere o decade d'età. Per la comunicazione di dati numerici si possono adottare due strategie:
    - *ratio bias*: le persone giudicano più alti i rischi quanto più è elevato il numeratore di una frazione, mentre il denominatore o la proporzione non vengono considerati. In

<sup>4</sup> Tversky e Kahneman, 1981.

<sup>5</sup> Un esempio di testo neutro, con inserimento di correttori per produrre una formulazione **[negativa]** e **[positiva]**: «Se **[non]** ti avvali dell'autopalpazione, **[non]** potrai imparare com'è il tuo seno normale in salute, e sarai **[meno]** (**più**) pronta a notare un qualsiasi cambiamento o anomalia che si potrebbe presentare con l'andare degli anni. La ricerca mostra che le donne che **[non]** si sottopongono ad autopalpazione hanno una **[minore]** (**maggiore**) probabilità di identificare un eventuale tumore nelle sue fasi precoci e più trattabili». Trattandosi di una campagna per screening mammario (comportamento di individuazione di malattia) la formulazione corretta è quella negativa.



base a questo effetto, detto *ratio bias*, per l'utente un rischio di 1/10 è meno probabile di 10/100;

- uso dell'*affect*: la comprensione del messaggio è agevolata dando come riferimento all'utente delle categorie affettive (es. etichette verbali, come "buono", "peggiore") affiancate o sostituite alle etichette numeriche.

Questi aspetti vanno tenuti in considerazione nel momento in cui si vuole trasmettere un'informazione: l'efficacia non dipende dalla scientificità o dall'autorità "camice bianco", ma da "come" viene detta...

Distinguiamo infine **due tipi di comunicazione della salute**:

- **rivolta ai professionisti della salute**;
- **rivolta alla popolazione**:
  - soggetti che esprimono un bisogno/problema di salute (pazienti);
  - soggetti che esprimeranno un bisogno/problema di salute (soggetti a rischio);
  - soggetti che non esprimono un bisogno/problema di salute (popolazione generale).

La comunicazione alla popolazione si configurerà, quindi, come un'attività finalizzata a produrre, rispettivamente, **informazione, prevenzione e promozione** alla salute.

Una corretta strategia di pianificazione permetterà di conseguire questi tre obiettivi se svilupperà una campagna capace di raggiungere i propri destinatari.

### 3. – Fasi di una campagna di comunicazione pubblica

Ognuna delle fasi ha lo scopo di creare il messaggio, modulandolo sul destinatario, in modo metodico e scientifico. Seguire questo processo permette di ottimizzare tempi e budget, e di incrementare l'efficienza della campagna, ovvero di comunicare col target prefissato con le risorse disponibili.

Si individuano quattro fasi principali:

#### 1) PIANIFICAZIONE:

- a. raccolta di **informazioni** su
  - i. natura ed estensione del *problema*,
  - ii. *popolazione bersaglio*;
- b. **decisioni** su:
  - i. *obiettivi e cambiamenti da ottenere* nella popolazione,
  - ii. misure da utilizzare (*strategie comunicative*) per provocare i cambiamenti: *selezione dei canali di comunicazione e del materiale da utilizzare*;





- 2) **SVILUPPO E PRE-TESTING:** dopo essere stato sviluppato, il materiale andrebbe sottoposto a un campione pilota, per verificare le reazioni dei potenziali destinatari e mettere a punto la migliore versione da diffondere;
- 3) **IMPLEMENTAZIONE:** è l'effettiva realizzazione. La campagna andrebbe costantemente monitorata, attuando revisioni in corso se necessarie, per assicurarsi che i messaggi raggiungano effettivamente i destinatari;
- 4) **VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA:** si valuta in che misura sono stati raggiunti gli obiettivi della prima fase. Le informazioni raccolte dall'esperienza serviranno a mettere a punto la successiva campagna.

La **FASE DI PIANIFICAZIONE** si può suddividere in sei sottofasi:

- 1) determinare il problema/ambito di salute,
- 2) definire gli obiettivi della comunicazione,
- 3) definire le popolazioni bersaglio,
- 4) selezionare i canali e i materiali di comunicazione,
- 5) identificare eventuali partner,
- 6) sviluppare il piano di comunicazione.

Di seguito, l'approfondimento di alcune di queste sottofasi.

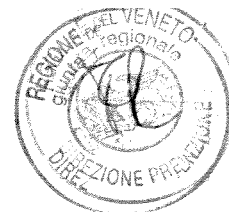
### **3.1 – Determinare il problema**

Per indirizzare la campagna, bisogna innanzitutto stabilire l'ambito di salute e approfondire la conoscenza del problema su cui si vuole intervenire:

- a) **raccogliere le informazioni disponibili** su incidenza e prevalenza, sugli effetti, su chi ne è coinvolto;
- b) **identificare le attività già esistenti;**
- c) **raccogliere nuove informazioni;**
- d) **identificare le componenti di una soluzione<sup>6</sup>:** è inutile promuovere una comunicazione su un problema di salute se non esistono politiche sanitarie o tecnologie adeguate a risolverlo (es. la prevenzione di un tumore quando manca una tecnologia o un servizio per lo screening). Di contro, si può promuovere una campagna di comunicazione che favorisca il cambiamento a livello di politiche

---

<sup>6</sup> Un esempio si può fare per la mammografia: a) comunicazione ai dottori: convincere i medici di base a promuovere la mammografia in tutte le donne di una data fascia d'età; b) comunicazione alle donne: presentare i benefici della mammografia, in modo da controbilanciare eventuali paure o dubbi in merito; c) politiche sanitarie: garantire una copertura finanziaria adeguata a offrire un servizio gratuito; d) tecnologie: rendere accessibile il servizio, gestire le liste d'attesa, facilitare la consegna del referto, ecc.



(introduzione di nuove leggi o procedure operative) o risorse/tecnologie (introduzione di un nuovo prodotto, servizio, trattamento, o delle loro modalità di impiego).

e) **stabilire i mezzi per la campagna.**

### 3.2 – Definire gli obiettivi

Si distinguono due obiettivi:

- **obiettivi del programma di salute:** è l'obiettivo globale di salute che si desidera ottenere (es. diminuire la letalità da infarto miocardio acuto) e sul quale si disegnano le campagne di comunicazione;
- **obiettivi della comunicazione della salute:** in linea col precedente, è l'effetto che si spera di ottenere nella popolazione esposta alla comunicazione (es. entro il 2013, far conoscere al 50% dei maschi sopra i 40 anni quali sono i sintomi d'allarme di un infarto e come comportarsi).

Gli obiettivi della comunicazione servono a fissare le priorità e i contenuti della campagna.

### 3.3 – Definire la popolazione bersaglio

Uno dei fattori che ostacola l'efficacia di una campagna è la mancanza di **targeting**. L'adeguata segmentazione della popolazione bersaglio (**target audience**) è quindi raccomandata per evitare di produrre messaggi diretti a segmenti indifferenziati della popolazione. Anche durante le fasi successive, la segmentazione aiuta a prendere decisioni mirate su "a chi" e "in che modo" indirizzare il messaggio.

Va rilevato che metodi di segmentazione basati su caratteristiche sociodemografiche non sono sufficienti, ma va considerato l'ausilio di **teorie psicosociali del comportamento**<sup>7</sup>: il comportamento, infatti, è il risultato di una combinazione di fattori cognitivi e motivazionali con fattori legati al contesto sociale.

Le caratteristiche su cui segmentare una popolazione sono quindi:

- **comportamentali:** attività o scelte legate alla salute, stili di vita, comportamenti di ricerca di informazioni e uso dei media, ecc.;
- **culturali:** abilità linguistiche, religione, etnia, stato generazionale, livello culturale, ecc.
- **demografiche:** attività lavorativa, livello economico, stato familiare, residenza, ecc.
- **fisiche:** età, sesso, esposizione a fattori di rischio, stato di salute, ecc.
- **psicografiche:** attitudini, visioni della vita, convinzioni, opinioni, valori, ecc.

La chiave del successo è segmentare la popolazione in base a caratteristiche rilevanti per il comportamento di salute che si vuole modificare.

<sup>7</sup> (es. modelli come il "processo di cambiamento comportamentale", sugli "stadi di cambiamento" o sulle "convinzioni della salute", la teoria della "motivazione alla protezione" o "sociocognitiva", ecc.)



Vi sono due tipi di popolazione bersaglio:

- **primaria:** i soggetti che si vogliono direttamente influenzare,
- **secondaria:** i soggetti che hanno un'influenza sul bersaglio primario, e che si possono coinvolgere nel cambiamento (es. medici di famiglia, genitori, educatori, ecc.). Nel caso dei bambini, la popolazione primaria sono i loro caregiver.

### 3.4 – Selezione dei canali

La composizione del messaggio dipende dal canale e dall'obiettivo prefissato. I **canali radiotelevisivi** sono più efficaci per messaggi di natura semplice, breve, immediata, che non hanno bisogno di un secondo accesso da parte dell'utente per essere comprese; la **carta stampata** è preferibile per messaggi di natura complessa, con informazioni di tipo istituzionale (strutture, recapiti, ecc.) o approfondimenti scientifici.

I canali, inoltre, devono essere tali da veicolare il messaggio nel momento in cui la persona è più ricettiva e può agire immediatamente su di esso. Esempio:

- un messaggio al cinema può raggiungere gran parte della popolazione “giovane”, ma se si propone un numero di telefono da contattare o un indirizzo, il timing è sbagliato: le persone non possono chiamare, né prendere nota, e non lo ricorderanno dopo il film;
- un messaggio sul consumo di frutta e verdura dato in un supermercato, o trasmesso in tv all'ora in cui si prepara il pranzo, colpisce le persone quando si trovano nelle condizioni di attuarlo subito.

Nel selezionare i canali bisogna tener conto di quali la popolazione bersaglio preferisce, usa di più, e trova più credibili.

In base alla modalità di interazione col soggetto, i canali possono essere classificati come:

- **interpersonali:** sono i più efficaci, ovvero i più credibili e influenzanti. Riguardano la comunicazione con medici, amici, familiari, colleghi di lavoro, ecc.;
- **di gruppo:** come riunioni a lavoro, attività in classe, assemblee di quartiere, ecc.;
- **mediatici:** hanno dimostrata efficacia nell'aumentare consapevolezza e conoscenza di un problema, nello stimolare l'utenza alla ricerca di ulteriori informazioni, e in parte nel modificare atteggiamenti e comportamenti<sup>8</sup>;
- **digitali:** oggi sono disponibili nuovi canali, utilizzati soprattutto dall'utenza più giovane, dove si verifica un grande flusso di informazioni, come chat rooms, mailing list, website, social network,
- 

<sup>8</sup> Solo se associati a campagne a lungo termine, strutturate su interventi multipli.



- ecc. Il limite di questo canale è la credibilità: chiunque infatti può accedere alla rete e “creare informazioni”.

In conclusione, ogni canale ha i suoi pro e contro. La scelta del canale dipende quindi:

- dalla popolazione bersaglio,
- dal tipo di messaggio che si vuole veicolare,
- dalle risorse a disposizione.

#### 4. – Proposta per un piano

Si individuano **tre macroaree di intervento** di comunicazione della salute destinata alla popolazione (vedi Background):

1. **informazione**: servizi e strutture, ecc.
2. **prevenzione**: screening, vaccinazioni, malattie infettive, ambienti di lavoro, ecc.
3. **promozione**: stili di vita, fumo, alcool, alimentazione, attività fisica, ambiente, ecc.

In base a due delibere regionali<sup>9</sup>, sono state finanziate due iniziative, rispettivamente affidate per la loro realizzazione:

- all'**AUiss 4 Alto Vicentino** (macroaree 1, 2, 3):
  - «orientare il cittadino nei servizi offerti dalla rete delle strutture di Prevenzione»;
  - «i temi da trattare sono: la campagna vaccinale contro l'influenza, la promozione degli stili di vita in relazione a quattro fattori di rischio (fumo, alcool, sedentarietà, cattiva alimentazione), promozione degli screening... in particolare... della cervice uterina e alla promozione della vaccinazione hpv»
- all'**Arss**, nell'ambito del programma “Guadagnare salute” (macroaree 2, 3): «per la promozione degli stili di vita sani e la prevenzione delle malattie infettive»

Alla **Direzione Prevenzione** viene affidato l'incarico di individuare i temi e definire i contenuti: in altre parole le prime due fasi della campagna di comunicazione (vedi sopra § 3), in particolare la **pianificazione** della stessa: individuazione del problema e della popolazione bersaglio, definizione degli obiettivi, selezione

<sup>9</sup> Rispettivamente DRG n. 1872 del 15/11/2011 e DRG n. 2360 del 29/12/2011.



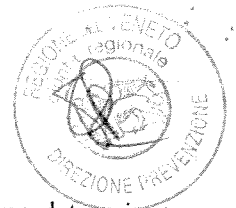
dei canali e sviluppo dei messaggi. Per meglio definire questo impegno, si è preparato il materiale delle sezioni precedenti.

La **scansione temporale** e le **aree tematiche** dei singoli interventi della campagna possono essere suggerite da:

- giornate nazionali correlate ad alcune patologie o eventi sociali;
- andamento stagionale di eventi di salute;
- eventuali momenti suggeriti dall'attualità;
- necessità imposte da obiettivi o problemi di sanità pubblica (es. target non ancora del tutto conseguiti, popolazioni non sensibilizzate, ecc.).

Una volta stabilito un calendario di massima, si decidono per ogni intervento gli **obiettivi** e la **popolazione bersaglio**. Ad esempio:

Area	Obiettivo di programma	Obiettivo di comunicazione	Popolazione bersaglio
Vaccinazione Hpv	Aumentare l'adesione	Aumentare l'adesione delle coorti che al momento dell'introduzione non avevano l'età per usufruire della vaccinazione gratuita	Ragazze sotto i 26 anni, genitori
Pap-test	Aumentare l'adesione	Aumentare l'informazione sullo screening nell'età che immediatamente precede e accompagna l'inizio dell'attività sessuale	Ragazze di scuole superiori o primi anni di università, personale scolastico (dirigenti, docenti di scienze, ecc.), genitori
Attività fisica	Promuovere l'attività fisica come sano stile di vita	Promuovere l'aumento dell'attività fisica nella popolazione giovanile come strumento di prevenzione di patologie croniche	Genitori, insegnanti, pediatri di libera scelta, educatori



Può aiutare a tarare il messaggio dell'intervento anche la conoscenza dell'audience di un determinato canale informativo con cui si prevede una collaborazione: ad es., si acquistano 10 spazi televisivi da un'emittente locale (o da un giornale locale); quale pubblico segue maggiormente quest'emittente, in che fasce d'età? (di solito un media dispone di questi dati). Poniamo che il pubblico sia over 60. In tal caso è più opportuno svolgere un intervento sui vantaggi della vaccinazione influenzale in questi soggetti che non un intervento sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. Se fossero casalinghe in orario di pranzo, andrebbero privilegiati messaggi sulla corretta alimentazione.

Si torna quindi sul **selezione e uso del canale** riconsiderando la popolazione bersaglio:

- *messaggio televisivo*: intervista sul tema ad un esperto (popolazione adulta e anziana); filmato da inviare sui mezzi pubblici (popolazione scolastica e adulta);
- *messaggio su carta stampata*: intervista sul tema ad un esperto o spazio di pubblico servizio;
- *brochure e volantini*: informazione su servizi e opportunità disponibili nei luoghi più frequentati dalla popolazione bersaglio (es. scuole, università, bar, negozi di abbigliamento, farmacie, patronati, ecc.)
- *ecc.*

Si propone l'istituzione di un **FOCUS GROUP** che definisca almeno:

- **aree tematiche, scansione temporale e macroarea della comunicazione;**
- per ogni area tematica uno specifico **problema di salute;**
- per ogni specifico problema una **popolazione bersaglio;**
- per ogni popolazione, un **obiettivo;**

e qualcuno che definisca:

- per ogni obiettivo, un **messaggio (message concept);**
- per ogni messaggio, un **canale mediatico.**

Compiti ulteriori saranno:

- **stabilire il piano** e inviarlo all'agenzia cui è affidata la realizzazione;
- collaborare con l'agenzia per **monitorare lo sviluppo del materiale e la campagna;**
- prevedere un **piano per valutare l'efficacia** della campagna.

**Esempio operativo:**

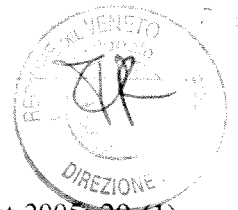
- 17 maggio: giornata mondiale dell'ipertensione;



- area tematica: stili di vita;
- macroarea: informazione e promozione;
- problema: diminuire/evitare il trattamento farmacologico nei soggetti con ipertensione normale alta o di 1° grado che possono beneficiare di altri trattamenti;
- popolazione bersaglio: popolazione giovanile 25-40 anni, con ipertensione normale alta o di 1° grado, con o senza trattamento farmacologico;
- obiettivo: aumentare l'informazione sulle strategie non farmacologiche di controllo pressorio (attività fisica, controllo dello stress, dieta, ecc.);
- message concept: «Sotto pressione? Datti una mossa!»
  - messaggio 1: «Camminare mezz'ora tre volte la settimana: semplice liberarsi dai farmaci.»
  - m. 2: «Lascia a casa l'auto: risparmi, migliori l'ambiente e la salute.»
  - m. 3: «Una rampa di scale in più, una compressa in meno.»
  - m. 4: «Usa l'olio al posto del sale: i cibi e la salute hanno un sapore migliore.»
  - messaggio 5: ecc....
- canali mediatici:
  - intervista su periodici che raggiungono particolari categorie professionali a rischio (es. impiegati, manager, ecc.);
  - volantinaggio: in supermercati, ambienti lavorativi, università, farmacie;
  - diffusione virale su social network;
  - spazi pubblicitari sui mezzi pubblici e presso le fermate.

## 5. – Bibliografia

- Abrams LC, Maibach EW, The effectiveness of mass communication to change public behavior, *Annu Rev Public Health* 2008; 29: 219-234.
- Gigerenzer G et al., Helping doctors and patients make sense of health statistics, *Psychol Sci*, 2007; 8 (2): 53-96.
- Health Communication Partnership, *The new p-process. Steps in strategic communication*, 2003.
- Houts PS et al., The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence, *Patient Educ Couns* 2006; 61 (2): 173-190.
-



- Mazzocco K et al., Effetto framing: implicazioni in ambito medico, Ann Ital Med Int 2005; 20 (1): 1-8.
- Peters E et al., The functions of affect in health communications and in the construction of health preferences, J Commun 2006; 56: 140-162.
- Wakefield MA et al., Use of mass campaigns to change health behaviour, The Lancet, 2010; 376 (9748): 1261-1271.