Éupolislombardia

RAPPORTO FINALE

“Applicazione dei modelli e modalità di integrazione e comunicazione in una società multiculturale. La progettualità Mgf”

Codice 2011B015

Éupolis Lombardia
Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione
via Taramelli 12/F - Milano
www.eupolislombardia.it

Contatti: info@eupolislombardia.it

Copyright © 2014Éupolis Lombardia

Edizione: luglio 2014

Pubblicazione non in vendita
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento può essere pubblicata senza citarne la fonte

Éupolislombardia
Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione

"APPLICAZIONE DEI MODELLI E MODALITÀ DI INTEGRAZIONE E COMUNICAZIONE IN UNA SOCIETÀ MULTICULTURALE. LA PROGETTUALITÀ MGF".

RAPPORTO FINALE

CODICE: 2011B015

Il rapporto è frutto di un lavoro di ricerca affidato a Éupolis Lombardia da Regione Lombardia

Direzione Generale Salute Regione Lombardia
Maurizio Bersani
Direzione generale Salute, Responsabile regionale della ricerca

Giancarlo Fontana
Direzione generale Salute, Responsabile scientifico regionale della ricerca

Éupolis Lombardia
Alessandro Colombo
Dirigente responsabile, Direttore di funzione specialistica Relazioni esterne e sanità

Hanno partecipato alla ricerca

Vincenzo Russo (coordinamento scientifico e operativo)
Responsabile del progetto, Professore Associato, Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM, Milano - Istituto di Consumi, Comportamento e Comunicazione di Impresa e Laboratorio di Neuromarketing Behavior and Brain LabIULM

Aurelio Angelini (coordinamento area sociologia delle migrazioni)
Professore Associato, Università degli Studi di Palermo Dipartimento DISMOT

Anna Re
Collaboratore esterno – già Assegnista di Ricerca della Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM Milano Istituto di Consumi, Comportamento e Comunicazione di Impresa

Barbara Ghiringhelli
Ricercatore, Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM Milano-Istituto di Consumi, Comportamento e Comunicazione di Impresa

Maurizio Mauri
Esperto collaboratore presso il Laboratorio di Neuromarketing della Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM, Milano Laboratorio di Neuromarketing Behavior and Brain LabIULM

Anna Missaglia

Dottoranda presso il Laboratorio di Neuromarketing della Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM, Milano Laboratorio di Neuromarketing Behavior and Brain LabIULM

Andrea Ciceri
Dottorando presso il Laboratorio di Neuromarketing della Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM, Milano Laboratorio di Neuromarketing Behavior and Brain LabIULM

Giulia Songa
Dottoranda presso il Laboratorio di Neuromarketing della Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM, Milano Laboratorio di Neuromarketing Behavior and Brain LabIULM

Fabiola Sirca
Assegnista di Ricerca in Bioingegneria e collaboratore presso il Laboratorio di Neuromarketing della Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM, Milano - Laboratorio di Neuromarketing Behavior and Brain LabIULM

Francesco Onorati
Assegnista di Ricerca presso il Laboratorio di Neuromarketing della Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM, Milano - Laboratorio di Neuromarketing Behavior and Brain LabIULM e Dottorando in Bioingegneria presso il Politecnico di Milano

Anna Prevedini
Dottore di Ricerca della Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM, Milano - Istituto di Consumi, Comportamento e Comunicazione di Impresa

Davide Moro
Dottorando di Ricerca/ Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM, Milano - Istituto di Consumi, Comportamento e Comunicazione di Impresa

Davide Jabes
Assegnista di Ricerca, Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM, Milano - Istituto di Consumi, Comportamento e Comunicazione di Impresa

Luca Marzari
Collaboratore esterno esperto in tecniche di riconoscimento facciale ed (International Certificate) in Emotional Skills and Competences – Certificate of Training - eMETT 3.0 Expert Level - Gruppo Paul Ekman

Andrea Rigobello
Collaboratore esterno per i temi concernenti l'indagine antropologica

Monica Masucci

Collaboratore esterno esperto in animazione

Massimo Bustreo
Ricercatore, Libera Università di Lingue e Comunicazione IULM Milano-Istituto di Consumi, Comportamento e Comunicazione di Impresa – per Music & Sound Effects dell'animazione

INDICE

Introduzione 15

Parte 1 19
ANALISI DESK

Capitolo 1 21
Non-Communicable Diseases
Anna Re
1.1 NCD: Una emergenza globale 21
1.2 Impatto delle NCD 21
1.3 Fattori di rischio 26
1.3.1 Tabacco 26
1.3.2. Insufficiente attività fisica 27
1.3.3 Consumo eccesivo di alcol 31
1.3.4 Errate abitudini alimentari 31
1.3.5 Ipertensione 32
1.3.6 Sovrappeso e obesità 32
1.3.7 Infezioni correlate al cancro 33
1.3.8 Fattori ambientali 33
1.4 Costi 35
1.5 Prevenzione e controllo 37
1.6 Monitoraggio 39
1.7 Azione e comunicazione 40
1.8 Andiamo alla radice del problema: Linee guida per la comunicazione 51
Capitolo 2 57
Analisi della letteratura sulle MGF: aggiornamenti
Anna Re
2.1 Africa 57
2.2 Cambiamento 61
2.3 Europa 78
Capitolo 3 83
Mutilazioni Genitali Femminili – progetti, attività, campagne, normativa
Barbara Ghiringhelli e Andrea Rigobello
3.1 Progetti, attività, campagne, normativa MGF 83
3.2 Italia 84
3.2.1 Progetti ammessi al finanziamento 2007 della commissione per la prevenzione e il contrasto delle pratiche di mutilazione genitale femminile del dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri 84
3.2.2 Progetti nazionali vari 89
3.2.3 Progetti, attività e servizi della commissione per la prevenzione e il contrasto delle pratiche di mutilazione genitale femminile del Dipartimento delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri 90
3.2.4 Normativa nazionale di riferimento 91
3.3 Europa 92
3.3.1 Progetti 92

3.3.2 Normativa europea di riferimento 94
3.4 Internazionale 95
3.4.1 Progetti 95
3.4.2 Normativa internazionale di riferimento 98
3.4.3 Conferenze internazionali 98
Capitolo 4 101
Non-Communicable Diseases – progetti, attività, campagne, normativa
Barbara Ghiringhelli e Andrea Rigobello
4.1 Progetti, attività, campagne, normativa NCDs 101
4.2 Europa 101
4.2.1 Progetti 101
4.2.2.Conferenze 105
4.2.3 Normativa e documenti di riferimento 106
4.3 Internazionale 106
4.3.1 Progetti 106
4.3.2 Conferenze 110
4.3.3 Normativa e documenti di riferimento 111
Capitolo 5 113
Salute e migranti
Anna Re
5.1 Aree critiche e problematiche legate alla salute dei migranti 113
5.2 Salute e migranti nel Pool Passi 2008-11 113
5.3 Salute e migranti nell'indagine 2008-2012 Oec/Hes 115
5.4 Farmaci e migranti 117
5.5 Migranti e accesso ai servizi sanitari 118
5.6 Salute delle donne e dei bambini migranti 119
5.7 Dati Istat 2013: Migranti e salute 120
5.7.1 Salute percepita 120
5.7.2 Benessere fisico, mentale e psicologico 121
5.7.3 Consultorio Familiare 121
5.7.4 Barriere linguistiche per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari 122
5.7.5 Barriere organizzative per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari 122
5.7.6 Barriere burocratiche amministrative per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari 123
5.7.7 In sintesi 123
Capitolo 6 125
Diabete come esempio prototipico di NCD
Anna Prevedini
6.1 Premessa: caratteristiche cliniche ed epidemiologiche del diabete 125
6.2 Diabete, comportamenti di cura e stili di vita 126
6.3 Diabete, qualità di vita e variabili psicologiche 127
6.4 Diabete e aderenza alle cure 128
6.5 Interventi psicoeducativi tradizionali per i pazienti diabetici 129
6.5.1 Sapere non basta 130
6.5.2 Il potere dei modelli e dell'imitazione 131
6.6 Nuovi interventi psicosociali per i pazienti diabetici: accettazione vs evitamento - valori versus paura 131

Parte 2 133
ANALISI FIELD

Capitolo 1 135
Interviste a opinion leader
Davide Jabes
1.1 Modelli di comunicazione con il paziente migrante con un focus sulle non-communicable diaseses. Indagine qualitativa 135
1.2 Campione 139
1.3 Risultati 140
Capitolo 2 151
Questionario
Davide Jabes
2.1 Modelli di comunicazione con il paziente migrante con un focus sulle non-communicable diaseses. Indagine quantitativa 151
2.2 Metodologia e campione 152
2.3 Risultati 152
Capitolo 3 169
Interviste ai Migranti
Anna Re, Andrea Ciceri, Barbara Ghirnghelli
Interviste alle Famiglie
Barbara Ghiringhelli
3.1. NCD: famiglie immigrate e stili di vita 169
3.1.1 Metodologia di intervista 169
3.1.2 Le famiglie intervistate 170
3.2 Esiti delle interviste 171
3.3Suggerimenti e valutazioni emerse 176
3.4Il parere dei migranti coinvolti nella fase di analisi neuroscientifica 177

Parte 3 181
KIT DI COMUNICAZIONE MULTIMEDIALE

Capitolo 1 183
Raccolta e analisi del materiale audiovisivo prodotto all'estero sulle Malattie Croniche Non Trasmissibili (NCD)
Davide Moro
1.1 Introduzione 183
1.2 Metodologia 183
1.3 Analisi dei materiali video 188
1.3.1 Spot 188
1.3.2 Reportage e documenti 197
1.4 Conclusioni e considerazioni critiche 203
Capitolo 2 207
Elaborati realizzati dagli studenti IULM
Anna Re e Vincenzo Russo
Capitolo 3 221
Le malattie non trasmissibili. Video animato
Monica Macucci

Parte 4 223

FORMAZIONE

Capitolo 1 225
Proposta formativa
Anna Prevedini e Anna Re
1.1. Dati derivanti dall'indagine utente migrante e Non Communicable Diseases 225
1.2. Obiettivi generali di una formazione su migranti e NCD 226
1.3. Tempistiche suggerite 227

Parte 5 229
TEST SUL MATERIALE COMUNICATIVO REALIZZATO E ANALISI DEGLI EFFETTI EMOTIVO-AFFETTIVI (BIOFEEDBACK, EYE TRACKING)

Capitolo 1 231
Il neuromarketing
Vincenzo Russo
1.1 Le tecniche di neuromarketing e l'efficacia pubblicitaria 245
1.2 Processi decisionali e pubblicità: il ruolo della dimensione affettiva 248
1.3 Gli stili della comunicazione sociale: i Fear Arousing Appeals 250
Capitolo 2 253
Analisi neuroscientifica del materiale comunicativo sulle NCD
Anna Missaglia, Maurizio Mauri, Andrea Ciceri, Giulia Songa, Fabiola Sirca, Francesco Onorati, Vincenzo Russo
2.1 Introduzione alla ricerca 253
2.2 Il protocollo: obiettivo, metodologia e tecniche di indagine neuroscientifica 255
2.2.1 Obiettivo 255
2.2.2 Materiale pubblicitario testato 255
2.2.3 Campione 267
2.2.4 Fasi della ricerca 267
2.2.5 Misure utilizzate 270
2.2.6 Procedura 271
2.2.7 Output finale 271
Capitolo 3 273
I dati psicofisiologici
Maurizio Mauri, Francesco Onorati, Anna Missaglia, Vincenzo Russo
3.1. Skin conductance 274
3.2. Segnale cardiaco 276
3.3. Respiro 279
Capitolo 4 281
I dati EEG e l'analisi self report dei questionari
Andrea Ciceri, Giulia Songa, Fabiola Sirca, Anna Missaglia, Maurizio Mauri, Vincenzo Russo
4.1 Gli indici EEG 281
4.2 L'indicatore EEG dell' "Engagement" 282
4.3 L'indicatore EEG della "Frustration" 283
4.4 Analisi congiunta del segnale EEG e Eye-Tracker per gli spot pubblicitari 284

4.5 Questionari self report dei video 286
Capitolo 5 289
Codifica e decodifica delle esperessioni del volto
Luca Marzari, Fabio Giulini, Maurizio Mauri, Vincenzo Russo
5.1 Gli studi pioneristici di Paul Ekman. Espressioni facciali: natura o cultura? 289
5.2 La nascita del Facial Action Coding System (FACS) 291
5.3 La scoperta delle microespressioni facciali 292
5.4 Che cos'è il FACS? 292
5.5 Come interpretare una codifica FACS: le emozioni nel volto, scomposte nelle loro costituenti muscolari 306
5.6 Applicazione del sistema FACS ai video sulle NCD 312
5.6.1 Assessment e somministrazione dei video 312
5.6.2 Codifica, scoring e conclusioni analitico-statistiche 313
5.7 Conclusioni 32
Capitolo 6 321
Analisi eye-tracking e self report della comunicazione NCD (brochure)
Andrea Ciceri, Giulia Songa, Vincenzo Russo
6.1 Introduzione all'Eye-Tracker 321
6.2 Metodologia di studio 322
6.3 Analisi Eye-Tracking delle brochure NCD 322
6.4 Indicazioni sull'efficacia delle brochure 328
6.5 Questionari self report brochure 328
6.6 Questionari self report brochure 329
Conclusioni 330
Capitolo 7 337
Analisi neuro-scientifica dei filmati e indicationi per lo sviluppo di un più efficace kit comunicativo.
Vincenzo Russo, Anna Missaglia, Maurizio Mauri, Andrea Ciceri, Giulia Songa, Fabiola Sirca, Francesco Onorati
7.1 Protocollo di acquisizione 342
7.2 Campione 342
7.3 Descrizione del nuovo stimolo pubblicitario sottoposto a test: "Cartone animato" 342
Capitolo 8 347
Risultati segnali EEG ed eye-tracking
Fabiola Sirca, Anna Missaglia, Andrea Ciceri, Giulia Songa, Maurizio Mauri, Vincenzo Russo
8.1 L'indicatore EEG dell'"Engagement" 347
8.2 L'indicatore EEG della "Frustration" 352
8.3 L'indicatore EEG dell'"Excitement" 357
Capitolo 9 363
Risultati analisi dati psicofisiologici
Maurizio Mauri, Francesco Onorati, Anna Missaglia, Vincenzo Russo
9.1 Risultati analisi della Skin Conductance 363
9.2 Risultati analisi dell'attività cardiaca 365
9.3 Risultati analisi dell'attività respiratoria 367
9.4 Skin Conductance: andamento medio 368
Capitolo 10 373
Risultati analisi delle espressioni facciali

Luca Marzari, Maurizio Mauri, Anna Missaglia, Andrea Ciceri, Giulia Songa, Vincenzo Russo
10.1 Cartone 373
10.2 Arcimboldo 375
10.3 Magliette 376
Capitolo 11 379
Risultati questionari self-report
Andrea Ciceri, Giulia Songa
Capitolo 12 381
Conclusioni
Maurizio Mauri, Anna Missaglia, Andrea Ciceri, Giulia Songa, Fabiola Sirca, Vincenzo Russo
Bibliografia 385
Appendice 1 – Esempi di azioni nel mondo in contrasto alle NCD 387
Anna Re
Appendice 2 – Bando di concorco per la raccolta di idee creative 403
Vincenzo Russo
Appendice 3 – Questionario *Anna Re e Davide Jabes* 407

SINTESI E CONCLUSIONI 415
1.1 NCD 415
1.1.1 Diabete, esempio prototipico di NCD 417
1.2 Salute e migranti 420
1.2.1 Dati Istat 2013 423
1.3 MGF 423
1.4 NCD: il punto di vista degli operatori 426
1.5 NCD: il punto di vista dei migranti 427
1.6 NCD: produzione audiopvisiva internazionale 428
1.7 NCD: bisogni formativi 430
1.8 NCD: azioni 431
1.9 NCD: comunicazione 434

Bibliografia 439

Sitografia 451

INTRODUZIONE

1.1 Lo stato di salute della popolazione migrante in Italia

L'Italia, inizialmente considerata un territorio di passaggio verso altri Paesi, è diventata negli ultimi decenni una meta stabile: per molte Province del Centro-Nord sembra avviato un processo di integrazione sul territorio delle comunità immigrate, mentre il Mezzogiorno rimane un'area dinamica in cui è difficile rintracciare caratteristiche di stabilizzazione.

Fino a pochi anni fa, l'Italia era un Paese di emigrazione; negli anni più recenti è aumentato molto il fenomeno dell'immigrazione e la nostra nazione sta assumendo le caratteristiche di un Paese multietnico, con i problemi tipici dei migranti e delle minoranze etniche. Pertanto i dati che riguardano lo stato di salute dei migranti sono importanti per pianificare interventi che possano ridurre la discriminazione e promuovere l'equità.

Molti sono i fattori che condizionano il profilo di salute dei migranti. Prima dell'arrivo nel Paese ospite, questi comprendono l'esposizione a eventuali fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali, ecc.) e l'accesso a servizi sanitari preventivi e curativi nel Paese di origine e/o di immigrazione intermedia. A questi si aggiungono le conseguenze delle difficoltà fisiche e psicologiche affrontante durante il percorso migratorio. Dopo l'arrivo nel Paese ospite, diventano invece significative le condizioni di vita (economiche, ambientali, ecc.) e l'accesso ai servizi socio-sanitari.

La maggior parte di coloro che giungono in Italia è fondamentalmente in buona salute. Si osserva, infatti, il cosiddetto "effetto migrante sano", una forma di autoselezione all'origine in base a cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute. Una volta nel nostro Paese, però, gli immigrati vedono progressivamente il loro stato di salute impoverirsi, poiché esposti a molti fattori di rischio legati a condizioni di vita generalmente precarie. Inoltre occorre considerare che nel tempo la rilevanza dell'"effetto migrante sano" tenderà a diminuire, con la stabilizzazione del fenomeno migratorio e l'integrazione sociale dei migranti nelle realtà locali.

1.2 Il progetto

Il progetto in questione si propone di analizzare il percorso dei migranti in ambito clinico assistenziali con particolare attenzione alle problematica delle *Mutilazioni Genitali Femminili (MGF)* e delle *Non-Communicable Diseases (NCD* – Malattie Non Trasmissibili) e di costruire del materiale di comunicazione e di sensibilizzazione degli stranieri, in considerazione di quanto sia critico per gli operatori sanitari mettere in atto pratiche di comunicazione efficace con un numero sempre maggiore di utenti migranti, provenienti da aree geograficamente e culturalmente molto eterogenee, spesso radicalmente differenti dal contesto italiano. Gli operatori sanitari si trovano a gestire la relazione con gli utenti immigrati senza però avere a disposizione strumenti adeguati per affrontare situazioni di comunicazione assai dissimili da quelle consuete.

Lo scopo del progetto è quindi, in continuità con il percorso intrapreso nella ricerca *"Modelli e modalità di interazione e comunicazione in una società multiculturale: L'informazione sanitaria alle comunità migranti"* (cod. 2010B033), specificamente orientato

verso le MGF, quello di supportare la DG Salute nella comunicazione sanitaria con i migranti individuando delle linee guida che possano migliorare gli interventi nelle comunità di stranieri anche attraverso l'analisi e il successivo supporto e confronto con altre esperienze di comunicazione, italiane ed europee, che si sono rivelate efficaci in contesti analoghi.

Le conoscenze acquisite con quest'ulteriore progetto di intervento e di ricerca intendono offrire un contributo per definire una strategia orientata in modo più efficace nel rispondere alle esigenze della sanità territoriale.

Il progetto prevede una prima fase d'indagine e di ricerca finalizzata a definire come sia possibile migliorare gli interventi (di sensibilizzazione, di prevenzione e di cura) nelle comunità di stranieri anche attraverso il supporto e confronto con altre esperienze di comunicazione, italiane e straniere, che si sono rilevate efficaci in contesti analoghi (aree particolarmente interessate dal fenomeno migratorio, paesi con particolare sensibilità e efficacia operativa verso le problematiche sanitarie segnalate).

L'ambito di analisi prevede sia la valorizzazione di quanto già fatto nella precedente indagine, sia l'estensione della conoscenza del fenomeno in relazione ad altre realtà culturali ed etniche strettamente interessate alla pratica delle MGF e particolarmente vulnerabili rispetto alle NCD.

Pertanto la finalità del materiale di comunicazione che è stato realizzato è molteplice:

- Fare accrescere nella popolazione straniera residente in Lombardia, in particolare quella femminile e giovane, la consapevolezza dei propri diritti, in armonia con il rispetto delle proprie identità e appartenenze socio-culturali. Tale obiettivo è da ritenersi in perfetta continuità, ma con ambiti più estesi, con la ricerca "Modelli e modalità di interazione e comunicazione in una società multiculturale: L'informazione sanitaria alle comunità migranti".

- Sostenere, nella popolazione straniera residente in Lombardia, la percezione di garanzia del diritto alla salute anche attraverso una specifica sensibilizzazione e conoscenza della possibilità di accesso ai servizi.

- Contribuire alla progettazione e alla realizzazione di politiche di gestione e di servizi di accoglienza capaci di fare fronte alla diversità di situazioni proposte dalla multietnicità della società e dalla conseguente elevata differenziazione in ordine ad appartenenza culturale, religiosa, ma anche alle abitudini e ai "saperi" su determinate "pratiche" come su determinate patologie degli stranieri abitanti del territorio lombardo, attraverso la costituzione sempre maggiore di servizi migrant-friendly e di una consapevolezza relazionale e comunicativa fondata su specifiche competenze professionali e sulla conoscenza dettagliata del fenomeno e delle sue rappresentazione culturali, simboliche e psicosociali.

Quest'ultimo aspetto prende in considerazione uno spettro di patologie e di comportamenti con influenze sulle "Non-communicable diseases" così come previsto dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite e dalla "Resolution adopted by the General Assembly A/RES/64/265" sulla "64/265. Prevention and control of Non-communicable diseases".

Non a caso le modalità di approccio proposte dalla WHO come una possibile "Self Care" del paziente, sia in ambiti sviluppati che in via di sviluppo, rappresenta l'ultima proposta per modelli di Health System sostenibili e diffusibili in contesti economici sempre meno finanziabili dai governi.

1.3 Obiettivi generali

Gli obiettivi generali del progetto possono essere sintetizzati nei seguenti tre punti:

- Realizzazione di strategie e strumenti operativi per la comunicazione multimediale corredati di linee guida per il miglioramento degli interventi di politica sanitaria presso alcune comunità di stranieri sul tema delle Mutilazioni genitali femminili (MGF) e sulle Non-communicable diseases (NCD);

- Valutazione dell'efficacia comunicativa dei prodotti di comunicazione realizzati;

- Progettazione e assistenza tecnico-scientifica per la realizzazione di percorsi di sensibilizzazione, di informazione e di formazione del mondo sanitario, socio-sanitario e scolastico.

1.4 Obiettivi specifici

In considerazione dei suddetti obiettivi generali il progetto si è declinato nei seguenti obiettivi specifici:

- Analisi, verifica e confronto con altre realtà straniere per individuazione di best practices inerente l'aspetto della comunicazione del tema e delle problematiche relative alle Mutilazioni genitali femminili (MGF) e Non-communicable diseases (NCD);

- Progettazione e realizzazione operativa di strumenti di comunicazione multimediale sul tema delle Mutilazioni genitali femminili e sulle Non-communicable diseases (NCD): Video Spot e Opuscoli Informativi;

- Progettazione e realizzazione di linee guida collegati agli strumenti di comunicazione e necessari per il miglioramento degli interventi di politica sanitaria presso alcune comunità di stranieri sul tema delle Mutilazioni genitali femminili e sulle Non-communicable diseases (NCD);

- Verifica dell'efficacia dei prodotti multimediali realizzati con tecniche di indagine tradizionali e soprattutto con tecniche di indagine neuroscientifica e di biofeedback;

- Assistenza scientifica e collaborazione tecnica alla realizzazione di percorsi di sensibilizzazione, d'informazione e di formazione degli operatori sanitari attraverso:
    - Progettazione di percorsi formativi coerenti con i dati delle ricerche;
    - Produzione di materiale formativo;
    - Verifica della coerenza e della qualità dei corsi;
    - Analisi scientifica del progetto formativo con costituzione di un Gruppo di Pilotaggio (Board Scientifico di supporto);
    - Collaborazione all'analisi in itinere e finale;

- Collaborazione alla realizzazione di un Follow Up sull'efficacia dei progetti relativi ai corsi di formazione.

PARTE 1

ANALISI DESK

CAPITOLO 1
NON-COMMUNICABLE DISEASES (NCD)

1.1 NCD: Un'emergenza globale

Il Rapporto mondiale dell'OMS (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013) sulle NCD (patologie cardiovascolari, cancro, diabete, malattie respiratorie croniche) recepito dal Ministero della Salute, Direzione Generale per i rapporti con l'Unione Europea e per i rapporti internazionali, sottolinea che le NCD sono la prima ragione di morte nel mondo, hanno un maggiore impatto sui cittadini a basso e medio reddito. La diffusione di queste malattie è epidemica, ma potrebbe essere ridotta molto, diminuendo i fattori di rischio e facilitando una diagnosi precoce e una cura tempestiva. Il Rapporto è il primo sulle NCD da una prospettiva globale e che individua i mezzi per mappare l'epidemia, limitare i rischi e consolidare l'assistenza sanitaria per chi è ammalato.

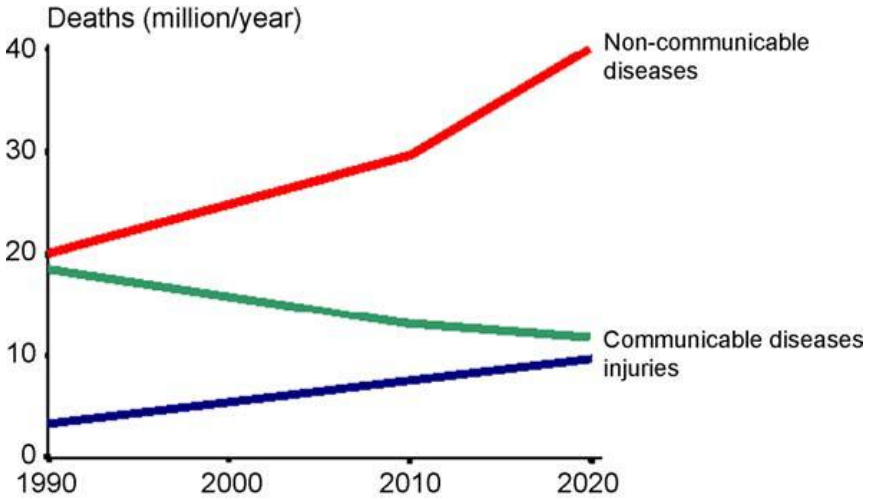
Curato dal segretariato dell'OMS in conformità all'obiettivo 6 del Piano d'Azione per la Strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, si focalizza sulla situazione ad oggi, e sarà integrato da una nuova versione per la valutazione dei progressi. Uno degli obiettivi del Rapporto è dare ai Paesi un quadro della situazione, tratteggiando un affresco dei progressi compiuti dai Paesi per avversare le NCD attraverso politiche, piani, infrastrutture, sorveglianza e interventi volti alla popolazione e al singolo. Il Rapporto propone una osservazione e un programma condivisi per la prevenzione e il controllo. Gli interlocutori sono: policy-makers, responsabili sanitari, organizzazioni non governative, accademia, settori non sanitari coinvolti, agenzie per lo sviluppo e la società civile.

In base al Rapporto e alla letteratura scientifica si riportano di seguito alcuni dati di riferimento ed evidenze rispetto alla questione.

1.2 Impatto delle NCD

Dei 57 milioni di decessi nel mondo nel 2008, 36 milioni, ossia il 63% del totale, sono state provocate da malattie non trasmissibili, in particolare malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche (Habib, Saha, 2010; Lozano, Naghavi, Foreman, *et al.*, 2012; Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

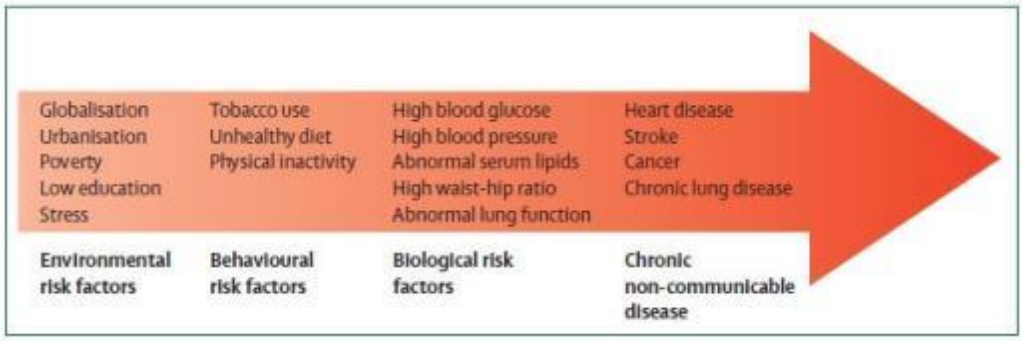
Figura 1.1 – Proiezioni sulle morti per NCD nei PVS



Fonte: Global Burden of Disease study, Murray & Lopez, 1996

L'impatto delle NCD è in crescita e la popolazione sta invecchiando, secondo le proiezioni il numero annuo di decessi dovuti a queste patologie proseguirà a crescere globalmente, e l'aumento maggiore è previsto nelle regioni a basso e medio reddito.
Si ritiene che le malattie non trasmissibili colpiscano soprattutto le popolazioni ad alto reddito, ma le evidenze scientifiche dimostrano una situazione discordante. Circa l'80% delle morti da tali patologie si registra nei Paesi a basso e medio reddito, ed esse costituiscono la causa più frequente di morte nella maggior parte dei Paesi, Africa esclusa. Ma anche nei Paesi africani, le malattie non trasmissibili sono in espansione, e si reputa che entro il 2030 avranno superato le malattie trasmissibili, materne, perinatali e nutrizionali come causa più comune di morte. Le cause di questo inaspettato incremento sono l'adeguamento a stili di vita occidentali, pur nel mantenimento di elementi di fragilità legati a molti Paesi in via di sviluppo (Dans, Ng, Varghese, *et al.*, 2011).

Figura 1.2 - Causation pathway NCD

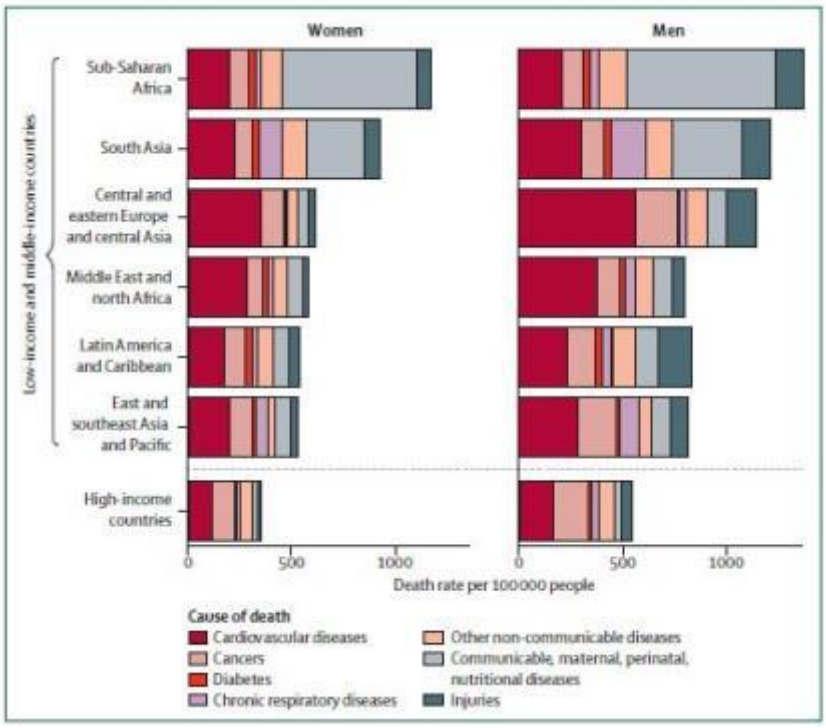


Fonte: Dans, Ng, Varghese, Tai, Firestone, Bonita, 2011

L'effetto di questa duplice fragilità si riflette nei numeri che evidenziano una impressionante crescita delle NCD nel PVS (Di Cesare, Khang, Asaria, et al. 2013). Tutto ciò comporta un impegno crescente da un punto di vista sociale, sanitario, di prevenzione e controllo da parte delle organizzazioni internazionali e locali anche al

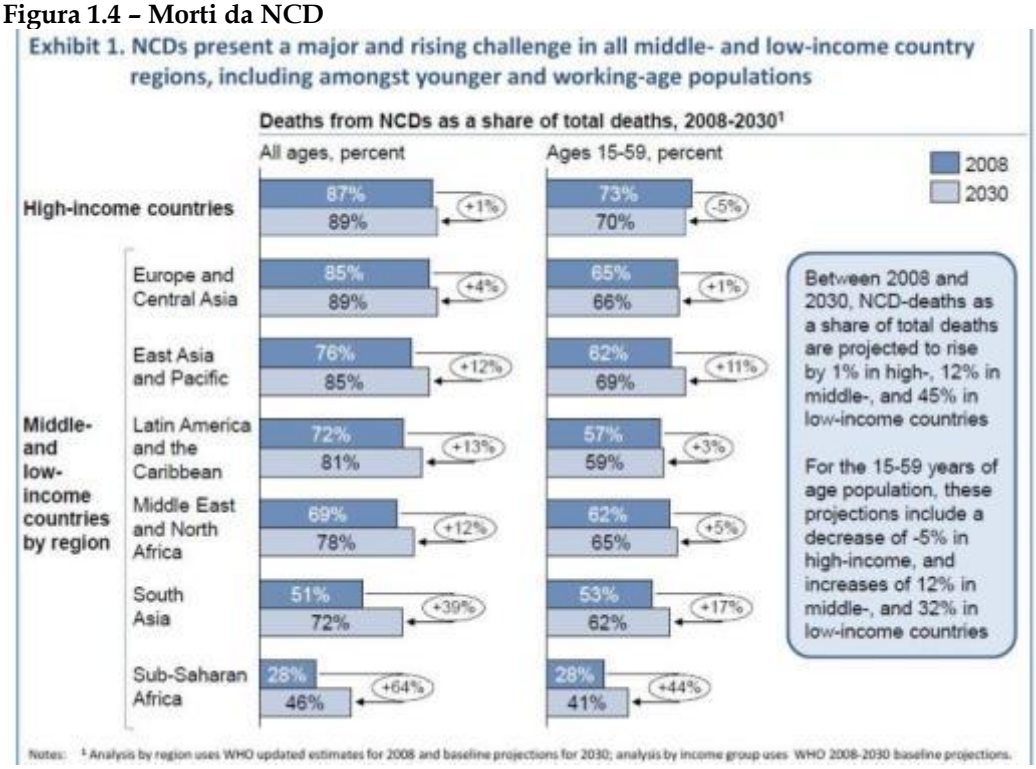
fine di contenere i danni economici che tali patologie possono causare (Alwan, MacLean, 2009; Nikolic, Stanciole, Zaydman, 2011).

Figura 1.3 - Age-standardised death rates by Region in 2010



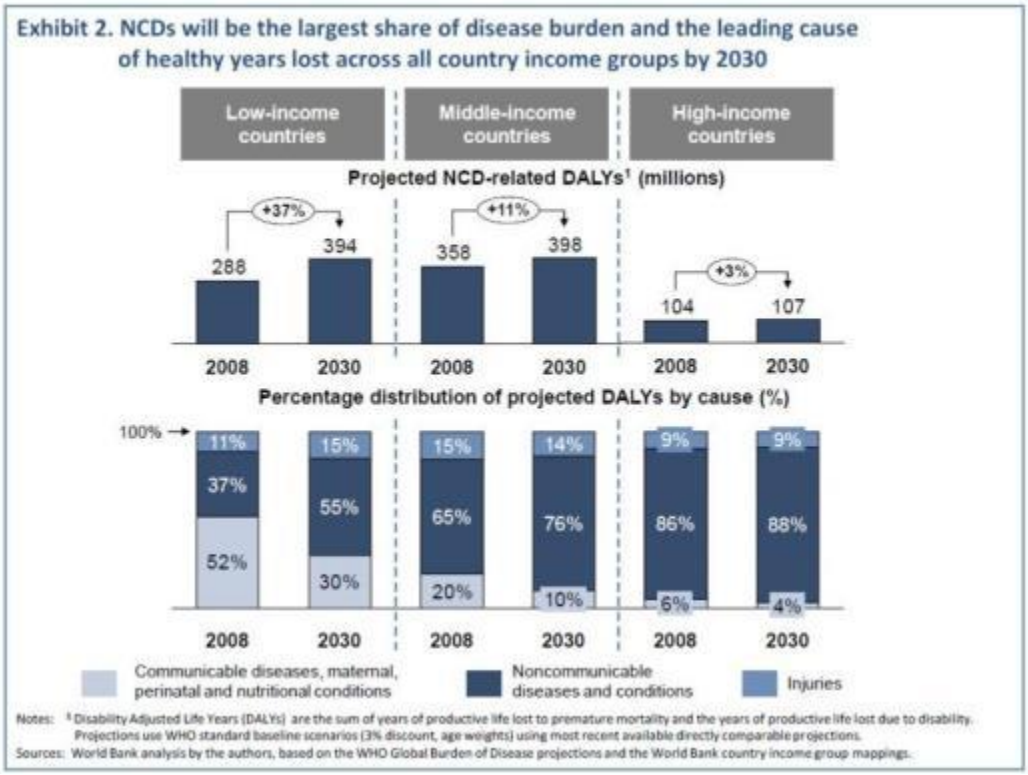
Fonte: Di Cesare, Khang, Asaria,et al., 2013

Figura 1.4 – Morti da NCD



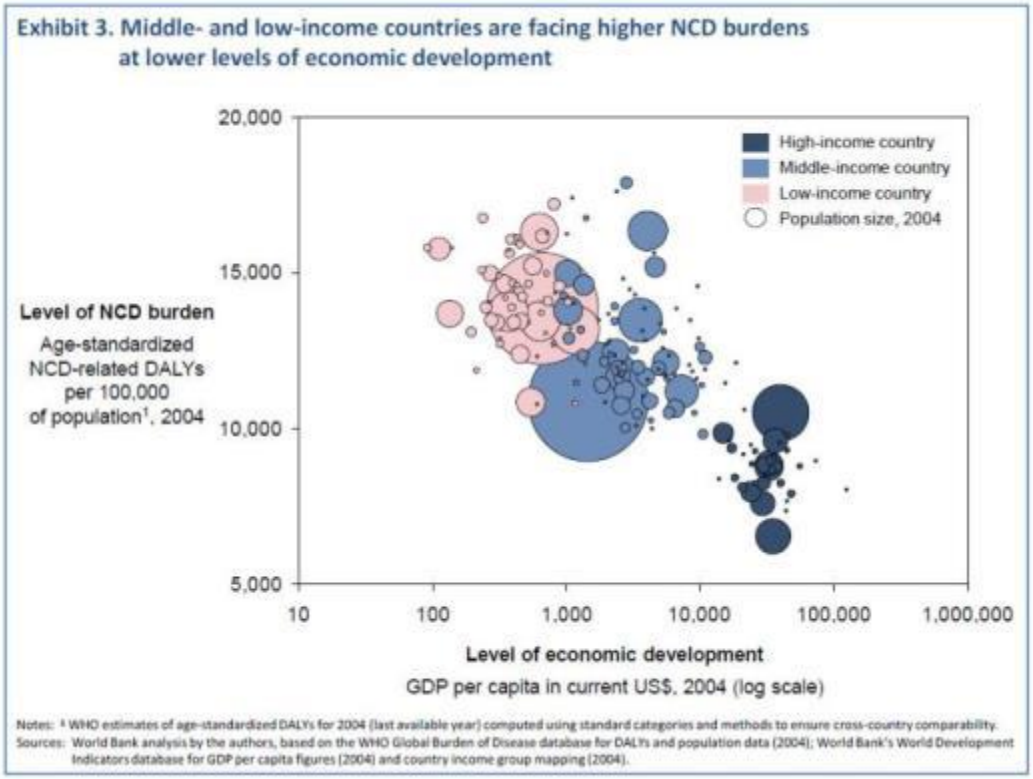
Fonte: World Bank in Nikolic, Stanciole, Zaydman, 2011

Figura 1.5 – NCD e reddito



Fonte: World Bank in Nikolic, Stanciole, Zaydman, 2011

Figura 1.6 – NCD e Paesi a medio e basso reddito



Fonte: World Bank in Nikolic, Stanciole, Zaydman, 2011

Malattie non trasmissibili e povertà, che anche molti migranti sperimentano, creano un circolo vizioso nel quale la povertà espone le persone a fattori di rischio

comportamentali per tali patologie, e l'insorgere di queste ultime, a sua volta, può diventare un elemento sostanziale nell'innescare la spirale discendente che conduce le famiglie alla povertà.

Il veloce aumento della diffusione delle malattie non trasmissibili nei Paesi a basso e medio reddito è peggiorato dalle conseguenze negative della globalizzazione, di un'urbanizzazione veloce e non pianificata e di stili di vita sedentari. Le popolazioni dei Paesi in via di sviluppo consumano quantità crescenti di alimenti ipercalorici e stanno diventando obiettivo di marketing per il tabacco, l'alcol e il cibo spazzatura, e la disponibilità di questi prodotti è in accrescimento.

Soggiogati dalla velocità della crescita, molti governi non riescono a stare al passo con la necessità sempre crescente di politiche, normative, servizi e infrastrutture che potrebbero contribuire a proteggere i cittadini dalle malattie non trasmissibili.

Le persone appartenenti agli strati sociali ed economici meno elevati, quindi a buona ragione anche la maggior parte dei migranti, subiscono senza dubbio l'impatto più duro. Gli individui vulnerabili e svantaggiati dal punto di vista sociale si ammalano di più e muoiono più precocemente in conseguenza di malattie non trasmissibili, rispetto a persone che godono di una migliore posizione sociale.

I fattori che determinano la posizione sociale sono l'istruzione, l'occupazione, il reddito, il genere e l'etnia. Evidenze scientifiche mostrano un rapporto tra un insieme di determinanti sociali, in particolare l'istruzione, e il livello di diffusione delle NCD e dei fattori di rischio.

Nei Paesi più poveri la maggior parte dei costi per l'assistenza sanitaria è sostenuta dai pazienti, il costo dell'assistenza sanitaria per le NCD pesa sui bilanci familiari, soprattutto per quelli bassi. Le terapie per diabete, cancro, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche possono durare molto e diventare molto costose, portando le famiglie a dover sostenere a spese troppo importanti. Tali spese si traducono in meno denaro disponibile per i beni necessari, quali il cibo e la casa, e per l'istruzione, fondamentale per imparare a prevenire le NCD. Ogni anno 100 milioni di persone si trovano sotto il livello di povertà a causa dei costi dei servizi sanitari.

I dati sulla mortalità e la morbilità dimostrano la crescita e l'impatto considerevole dell'epidemia nelle realtà più svantaggiate. Più dell'80% dei decessi causati a malattie cardiovascolari e diabete, e quasi il 90% di quelli causati da malattie polmonari ostruttive croniche, si verificano in Paesi a basso e medio reddito, come anche più dei due terzi dei decessi per cancro. Le malattie non trasmissibili causano la morte a un'età prematura nei Paesi a basso e medio reddito, dove il 29% dei decessi si rilevano prima dei 60 anni di età, mentre per i Paesi ad alto reddito questa percentuale è del 13%. L'incremento stimato di incidenza del cancro per il 2030, rispetto al 2008, sarà maggiore nei Paesi a basso reddito (82%) e in quelli a reddito medio-basso (70%), rispetto a quello nei Paesi a reddito medio-alto (58%) e alto (40%) (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

Un'analisi attenta dei bisogni dei migrati deve tenere conto della loro provenienza da Paesi dove tali patologie si stanno diffondendo e dove la prevenzione e le cure non sono sempre scontate. Questi potenziali pazienti hanno bisogno di essere "istruiti" e accompagnati nei percorsi preventivi e terapeutici.

1.3 Fattori di rischio

Un'alta percentuale di NCD si può prevenire attraverso la diminuzione di quattro principali fattori di rischio comportamentali: consumo di tabacco, inattività fisica, consumo eccessivo di alcol ed errati stili di consumo alimentare. Ecco una serie di fattori di rischio correlati (Ogoina, Onyemelukwe, 2009; Cecchini, Sassi, Lauer, 2011).

Tabella 1.1 – Fattori di rischio

	Hypertension	Diabetes mellitus	Stroke	Cancer	Coronary artery disease	Mental illness	Heart disease	Asthma/COPD	Sickle cell disease	Blindness	Oral health	Osteoporosis
Physical inactivity	√	√	√	√	√	√	√	√	×	×	×	√
Alcohol excess	√	√	√	√	√	√	√	×	×	√	√	√
Drug abuse/use	√	√	√	√	√	√	√	√	×	√	√	√
Tobacco use/smoking	√	√	√	√	√	√	√	√	×	√	√	√
Salt excess	√	×	√	×	√	×	√	×	×	×	×	×
Unhealthy diets	√	√	√	√	√	√	√	√	×	√	√	√
Obesity	√	√	√	√	√	√	√	√	×	×	×	√
Abnormal lipids	√	√	√	√	√	√	√	×	×	×	×	×
Psychological stress	√	√	√	√	√	√	√	√	×	√	√	√
Low socio-economic status	√	√	√	√	√	√	√	√	×	√	√	√
Unsafe sex	×	×	√	√	√	√	√	×	×	×	√	×
Age	√	√	√	√	√	√	√	√	×	×	√	√
Family history/heredity	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Gender	√	×	×	√	√	√	√	×	×	×	×	√

√ = increase risk of disease, × = do not increase risk of disease, COPD = chronic obstructive pulmonary disease.

Fonte: Ogoina, Onyemelukwe, 2009

Figura 1.7 – Diversificazione dei fattori di rischio

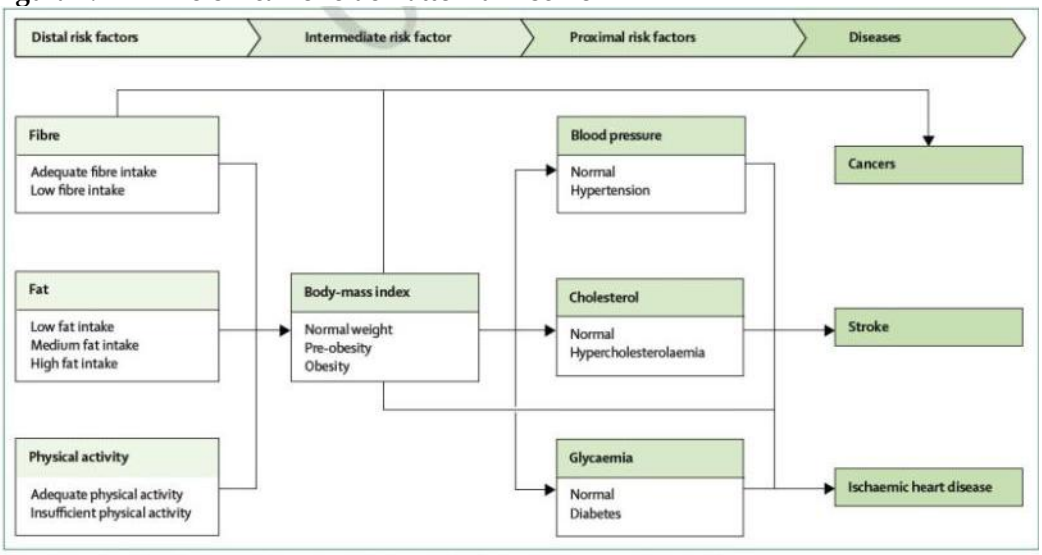


Figure 1: Causal web for risk factors and disease events implemented in the chronic disease prevention model

Fonte: Cecchini, Sassi, Lauer, 2011

1.3.1 Tabacco

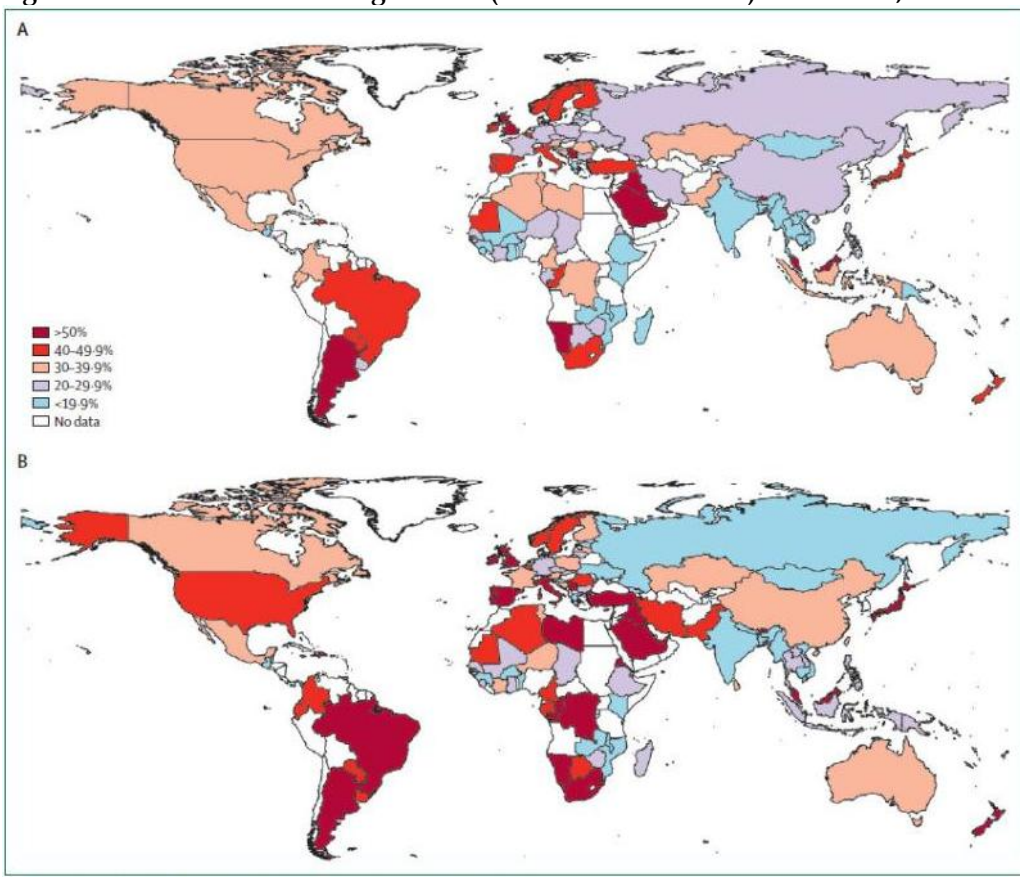
Circa 6 milioni di persone all'anno muoiono per l'uso di tabacco, sia per il consumo attivo che per quello passivo. Entro il 2020, il numero si amplierà fino a 7,5 milioni, ossia il 10% delle morti totali. Il fumo è causa di circa il 71% dei tumori del polmone, il 42% delle malattie respiratorie croniche e il 10% delle malattie cardiovascolari. L'incidenza più alta si registra nei Paesi a reddito medio-basso, mentre per il totale della popolazione la prevalenza del fumo è più alta nei Paesi a reddito medio-alto (Moodie, Stuckler, Monteiro, *et al.*, 2013; Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

È ormai indiscusso che il fumo è la più prevedibile causa di malattie mortali, e molto si è fatto per controllare il consumo di fumo. Le campagne realizzate possono essere un modello per costruirne di simili rispetto ad altri fattori di rischio per le NCD (Lien, DeLand, 2011).

1.3.2. Insufficiente attività fisica

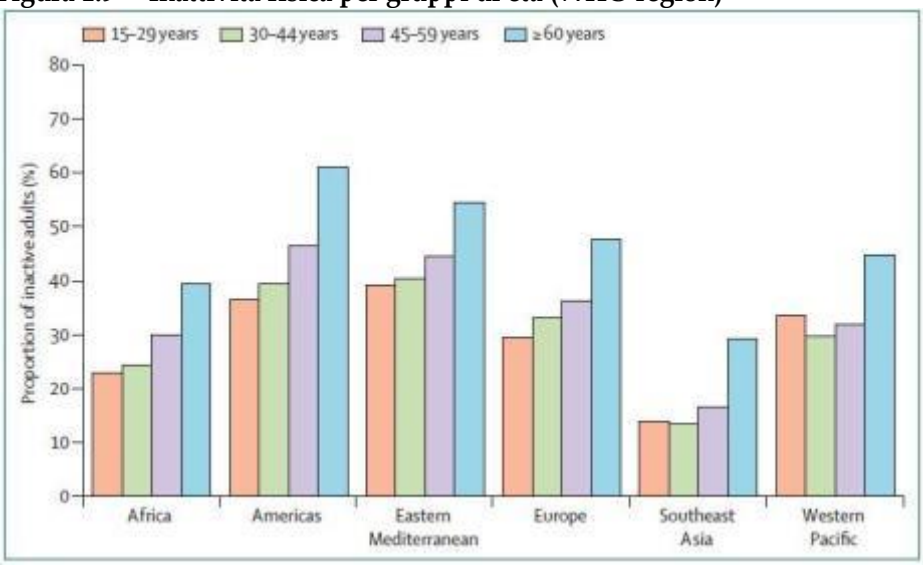
Circa 3,2 milioni di persone muoiono ogni anno a causa di una insufficiente attività fisica. Le persone non abbastanza attive presentano una crescita del rischio di mortalità per tutte le cause compresa tra il 20% e il 30%, mentre un'attività fisica regolare diminuisce il rischio di malattie cardiovascolari, ipertensione compresa, diabete, tumore del seno e del colon, e depressione. L'insufficiente attività fisica giunge ai livelli più elevati nei Paesi ad alto reddito, ma livelli molto alti si stanno rilevando anche in alcuni Paesi a medio reddito, soprattutto tra le donne. Di seguito una mappatura del fenomeno che ne evidenzia la gravità e diffusione che impone un sempre migliore monitoraggio e definizione di strategie e programmi di contrasto (Hallal, Andersen, Bull, *et al.*, 2012, Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases, 2008-2013).

Figura 1.8 – Inattività fisica negli adulti (uomini-A e donne-B) dai 15 anni, nel mondo



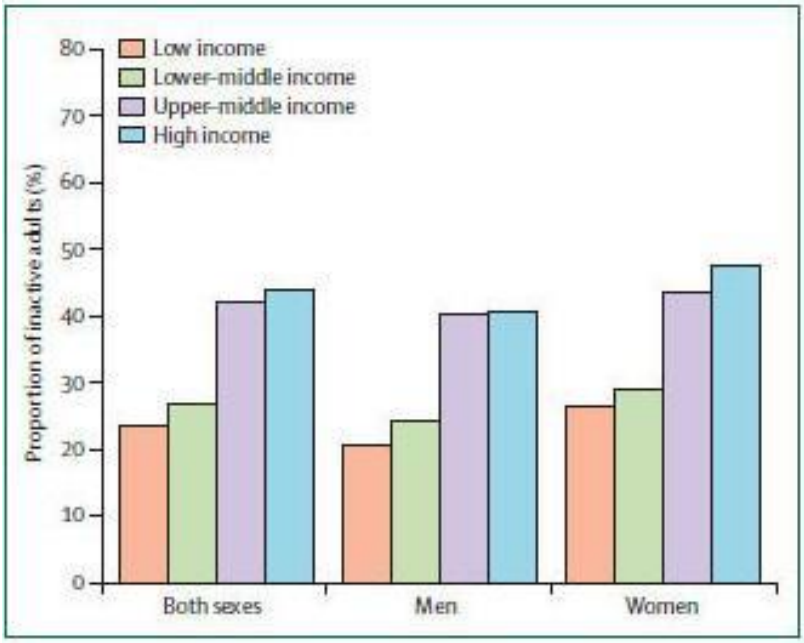
Fonte: Hallal, Andersen, Bull, *et al.*, 2012

Figura 1.9 – Inattività fisica per gruppi di età (WHO region)



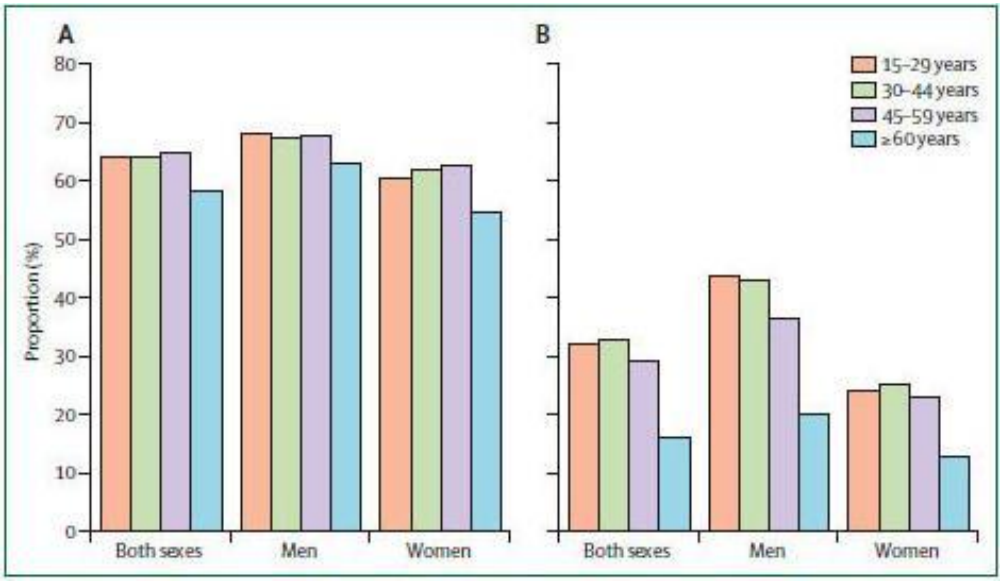
Fonte: Hallal, Andersen, Bull, *et al.*, 2012

Figura 1.10 – Inattività fisica per sesso e gruppi di reddito (World Bank)



Fonte: Hallal, Andersen, Bull, *et al.*, 2012

Figura 1.11 – A: persone che camminano almeno 10 minuti per 5 o più giorni alla settimana. B: persone che praticano attività fisica intensa per 3 o più giorni alla settimana. Per gruppi di età e sesso.



Fonte: Hallal, Andersen, Bull, *et al.*, 2012

Gli effetti positivi dell'attività fisica sono stati ampiamente studiati e sono dimostrati da molti studi.

Figura 1.12 – Effetti positivi dell'attività fisica

Panel 1: Health benefits of physical activity in adults[3-5]

Strong evidence of reduced rates of:

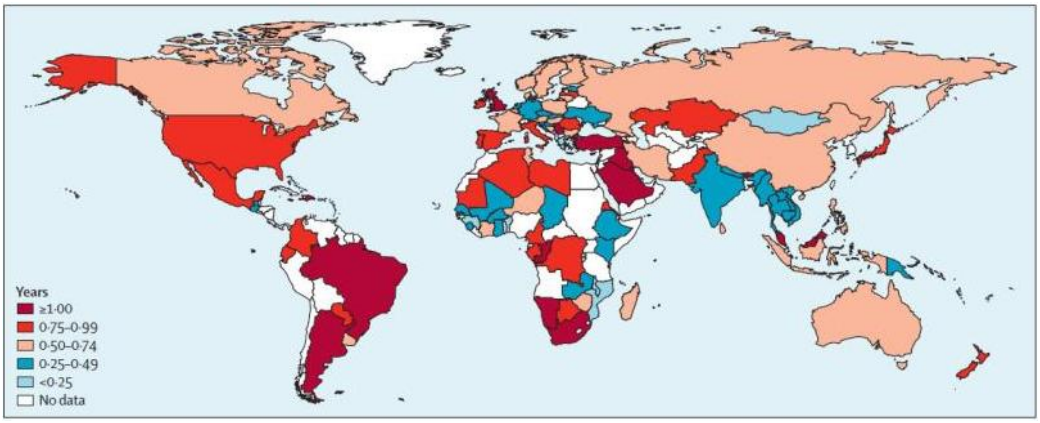
- All-cause mortality
- Coronary heart disease
- High blood pressure
- Stroke
- Metabolic syndrome
- Type 2 diabetes
- Breast cancer
- Colon cancer
- Depression
- Falling

Strong evidence of:

- Increased cardiorespiratory and muscular fitness
- Healthier body mass and composition
- Improved bone health
- Increased functional health
- Improved cognitive function

Fonte: Lee, Shiroma, Lobelo, et al., 2012

Figura 1.13 – Stime dell'incremento delle aspettative di vita grazie all'eliminazione dell'inattività fisica



Fonte: Lee, Shiroma, Lobelo, et al., 2012

Alcuni studi sui correlati (fattori associati all'attività, età, sesso, stato di salute, ecc.) e determinanti (fattori associati a una relazione causale) possono aiutare a tracciare la mappa di un progetto efficace per combattere l'inattività fisica. Questi studi sono diffusi nei Paesi sviluppati e vanno incrementati nei PVS. Anche i modelli ecologici (es. sistema di trasporti pubblici, parchi, sentieri, ecc.) possono contribuire a favorire l'attività fisica (Bauman, Reis, Sallis, et al., 2012).

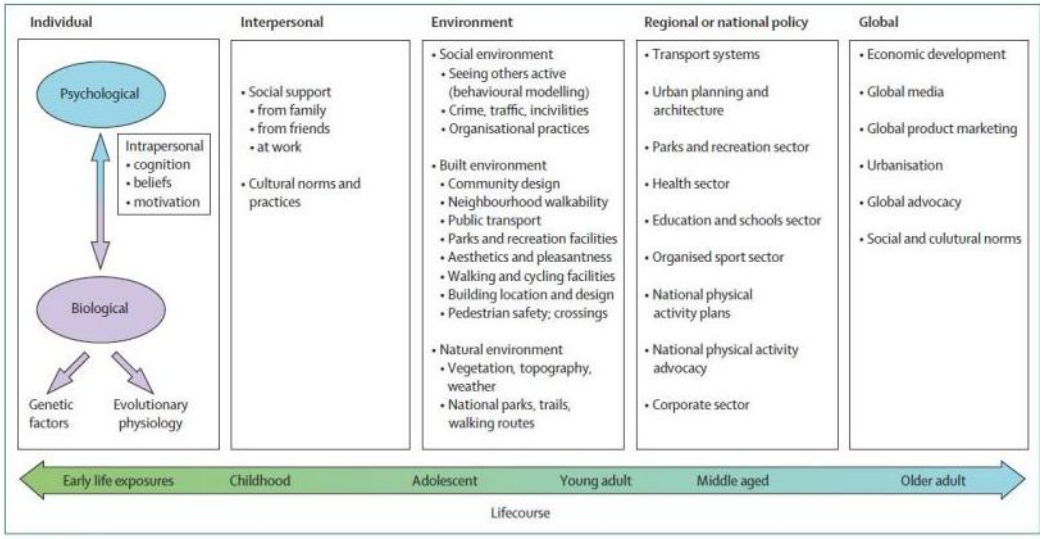
Figura 1.14 – Correlati e modelli ecologici

Key messages

- Population levels of physical activity participation are low, and improved understanding of why some people are active and others are not is needed
- Some consistent correlates of physical activity are individual-level factors such as age, sex, health status, self-efficacy, and previous physical activity
- Ecological models posit that the physical and social environments—ie, economic conditions, societal norms, urbanisation, industrialisation—are important determinants of physical activity
- Correlates have been less studied in low-income and middle-income countries than in other nations, and although broadly similar to those in high-income countries, they are more focused on the prevalent domains of physical activity in developing countries—ie, correlates of transport and occupational activity
- New research has identified genetics, evolutionary biology, and variation in physical activity behaviour throughout life as important determinants
- Improvement of the research base, with a stronger focus on determinants research (with improved causal inference rather than repetition of cross-sectional correlates studies) will further an understanding of physical activity in populations and interventions designed to increase activity levels

Fonte: Bauman, Reis, Sallis, et al., 2012

Figura 1.15 – Modello ecologico adattato dei determinanti dell'attività fisica



Fonte: Bauman, Reis, Sallis, et al., 2012

1.3.3 Consumo eccessivo di alcol

Circa 2,3 milioni di persone muoiono ogni anno nel mondo a causa del consumo dannoso di alcol, ossia il 3,8% dei decessi totali. Più della metà di queste morti è dovuta a malattie non trasmissibili quali il cancro, le malattie cardiovascolari e la cirrosi epatica. Sebbene il maggiore consumo di alcol negli adulti si noti nei Paesi ad alto reddito, il livello è quasi ugualmente elevato nei popolosi Paesi a reddito medio-alto (Moodie, Stuckler, Monteiro, *et al.*, 2013; Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

1.3.4 Errate abitudini alimentari

Un consumo adeguato di frutta e verdura diminuisce il rischio di malattie cardiovascolari e di tumore dello stomaco e del colon-retto. La maggior parte degli individui consuma una quantità di sale troppo elevata rispetto a quella raccomandata dall'OMS; un elevato consumo di sale può causare ipertensione e malattie cardiovascolari. Un consumo elevato di grassi saturi e acidi grassi insaturi può provocare malattie cardiache. Nelle realtà più svantaggiate si stanno velocemente diffondendo stili alimentari errati; i dati a disposizione indicano che a partire dagli anni '80 nei Paesi a reddito medio-basso il consumo di grassi è molto cresciuto (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

È importante che le aziende private che producono alimenti collaborino con le pubbliche attraverso una "multisectoral action" e siano informate/educate ad una produzione sana. Spesso prodotti di poco costo sono particolarmente dannosi e vanno ad intaccare la salute dei più poveri. Diventa pertanto necessario che le aziende attuino

politiche che mirino alla "effectiveness of selfregulation" e che vengano previste delle regole modello per tutti gli attori coinvolti (Moodie, Stuckler, Monteiro, *et al.*, 2013).

Altri fattori di rischio sono:

1.3.5 Ipertensione

L'ipertensione causa ogni anno 7,5 milioni di decessi nel mondo, circa il 12,8% del totale. Si tratta di uno dei primi fattori di rischio per le malattie cardiovascolari. La diffusione dell'ipertensione è simile per tutte le fasce di reddito, anche se in genere più contenuta nelle popolazioni ad alto reddito (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

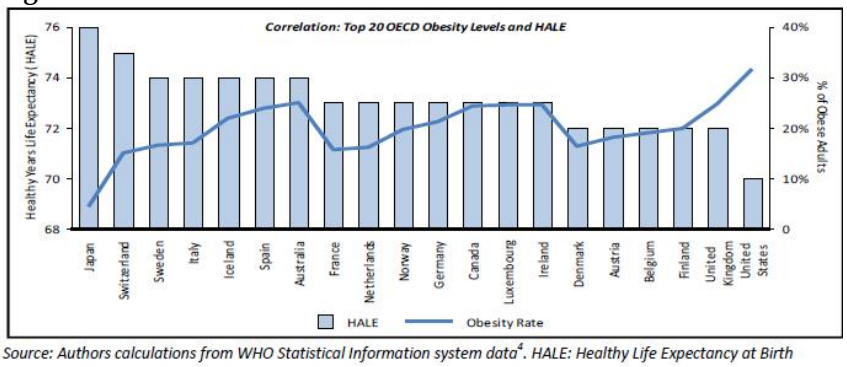
1.3.6 Sovrappeso e obesità

Circa 2,8 milioni di persone muoiono ogni anno a causa del sovrappeso o dell'obesità. Il rischio di malattie cardiache, ictus e diabete, aumenta repentinamente con l'incremento della massa corporea, responsabile anche dell'insorgenza di alcuni tumori. La prevalenza del sovrappeso è maggiore nei Paesi a reddito medio-alto, ma livelli molto elevati si rilevano anche in alcuni Paesi a reddito medio-basso. Nelle Regioni OMS dell'Europa, del Mediterraneo Orientale e delle Americhe, più del 50% delle donne è in sovrappeso. Neonati e bambini in sovrappeso si individuano nelle popolazioni a reddito medio-alto, e nella fascia a reddito medio-basso si registra il più rapido aumento del sovrappeso (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

Il settore privato dedicato alla produzione alimentare ha un ruolo centrale nell'individuare gli stili di vita degli individui, si dovrebbe monitorare e controllare la produzione anche attraverso la definizione di regole e norme condivise (Sacks, Swinburn, Kraak, et al., 2013).

Possibili iniziative in tal senso includono: indicazioni chiare degli ingredienti, etichette, promozione attraverso le aziende di stili di vita alimentare sani, ecc. Il tutto in diretto contatto con le istituzioni al fine di perseguire il fine ultimo della salute per tutti i cittadini. Bisogna considerare le condizioni collettive, fisiche, economiche, socioculturali e politiche che conducono alle scelte alimentari e su di esse agire. È stato istituito a livello internazionale INFORMAS, International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoing and Action Support proprio con questo scopo (Kumanyika, 2013).

Figura 1.16 – Livelli di obesità Paesi OECD



Source: Authors calculations from WHO Statistical Information system data[4]. HALE: Healthy Life Expectancy at Birth

Fonte: WHO 2007

All'obesità è spesso legata l'ipercolesterolemia che causa 2,6 milioni di decessi l'anno, aumentando il rischio di malattie cardiache e di ictus. L'ipercolesterolemia arriva ai valori più elevati nei Paesi ad alto reddito.

1.3.7 Infezioni correlate al cancro

Almeno 2 milioni di casi di tumore l'anno, che rappresentano il 18% dell'incidenza globale del cancro, sono riconducibili a un numero limitato di infezioni croniche specifiche, e questa percentuale è molto più alta nei Paesi a basso reddito. I maggiori agenti infettivi sono il papillomavirus umano, i virus dell'epatite B e C, e l'Helicobacter pylori. Molte di queste infezioni si possono prevenire, con vaccinazioni e misure per bloccarne la trasmissione, e molte si possono curare. Ad esempio, la trasmissione del virus dell'epatite C è stata fermata nelle popolazioni ad alto reddito, ma non in molti Paesi a basso reddito (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

1.3.8 Fattori ambientali

Nella valutazione delle ragioni per cui si contraggono le NCD un ruolo è svolto anche da una serie di fattori ambientali, legati a varie forme di inquinamento e di contatto con sostanze tossico. Rispetto alla ricerca in atto è importante ricordare questo fattore di rischio, poiché i migranti si trovano spesso a lavorare in luoghi malsani a contatto con sostanze/materiali pericolosi, che minano oltre la sicurezza sul lavoro anche la salute degli individui.

Tabella 1.2 – Fattori di rischio ambientale

	Exposure definition	Outcomes	Subgroup	Main data sources for exposure	Exposure estimation method	Theoretical-minimum-risk exposure distribution	Source of relative risks
1. Unimproved water and sanitation							
1.1. Unimproved water source	Proportion of households using an unimproved water source (unprotected wells or springs, vendor-provided water, tanker trucks, surface water, and other unspecified sources)	Intestinal infectious diseases	All ages	Population surveys and censuses	Spatiotemporal Gaussian process regression[10,11]	All households use an improved water source (household connection, a public tap or standpipe, a tubewell or borehole, a protected well or spring, or rainwater collection)	New meta-analysis
1.2. Unimproved sanitation	Proportion of households using unimproved sanitation (traditional latrines, open latrines without squatting slabs, bucket latrines, hanging latrines, open defecation or no facilities, and other unspecified facilities)	Intestinal infectious diseases	All ages	Population surveys and censuses	Spatiotemporal Gaussian process regression[10,11]	All households use improved sanitation (public sewers, septic systems, flush or pour-flush facilities, ventilated improved latrines, simple pit latrines with squatting slabs, and composting toilets)	New meta-analysis
2. Air pollution							
2.1. Ambient particulate matter pollution	Ambient concentration of particles with an aerodynamic diameter smaller than 2·5 µm, measured in µg/m³	Lower respiratory infections; trachea, bronchus, and lung cancers; IHD; cerebrovascular disease; COPD	Age <5 years for lower respiratory tract infection; ≥25 years for all others	Surface monitor measurements, aerosol optical depth from satellites, and TM5 global atmospheric chemistry transport model[12,13]	Average of satellite and chemistry transport estimates, calibrated to surface monitor measurements	5·8–8·8 µg/m³	Integrated exposure-response curve
2.2. Household air pollution from solid fuels	Proportion of households using solid fuels for cooking (coal, wood, charcoal, dung, and agricultural residues)	Lower respiratory infections; trachea, bronchus, and lung cancers; IHD; cerebrovascular disease; COPD; cataracts	Age <5 years for lower respiratory tract infection; ≥25 years for all others	Population surveys and censuses	Mixed effect regression	All households using clean fuels for cooking (vented gas, electricity)	Integrated exposure-response curve for lower respiratory tract infection, IHD, and stroke; new meta-analysis for cataracts, COPD, and lung cancer
2.3. Ambient ozone pollution	Ambient concentrations of ozone in air, measured in parts per billion	COPD	Age ≥25 years	TM5 global atmospheric chemistry transport model[12,14]	TM5 global atmospheric chemistry transport model[12,14]	33·3–41·9 parts per billion	Jerrett and colleagues[7]
3. Other environmental risks							
3.1. Residential radon	Residential radon, measured in Bq/m³	Trachea, bronchus, and lung cancers	All ages	Direct household measurements from surveys	Mixed effect regression	10 Bq/m³	Darby and colleagues[15]
3.2. Lead exposure	Blood lead (measured in µg/dL) and bone lead (measured in µg/g)	Intellectual disability; systolic blood pressure, which has effects on: RHD; IHD; ischaemic stroke; haemorrhagic and other non-ischaemic stroke; HHD; aortic aneurysm; the aggregate of cardiomyopathy and myocarditis and endocarditis; the aggregate of atrial fibrillation and flutter; PVD; other CVD; CKD	<15 years for intellectual disability; ≥25 years for all others	Examination surveys and epidemiological studies	DisMod 3	Bone lead level expected from age-specific cumulative exposure to blood lead of 0·09652 µmol/L[16]	Lanphear and colleagues,[16] Navas-Acien and colleagues[17]

(Continues on next page)

Fonte: Lim, Vos, Flaxman, *et al.*, 2012

1.4 Costi

I costi per i sistemi sanitari sono alti, e sono destinati ad aumentare e produrre un impatto sostanzioso sulla macroeconomia. Malattie cardiache, ictus e diabete sono causa ogni anno di miliardi di dollari di perdite in termini di produzione di reddito nazionale nei Paesi più popolati del mondo. Ogni aumento del 10% nell'incidenza delle malattie non trasmissibili corrisponderebbe un abbassamento dello 0,5% dei livelli annuali di crescita economica (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013). Mentre gli interventi per avversare tali malattie sono relativamente economici.

Tabella 1.3 – Costi per interventi di contrasto alle NCD

	Interventions	Cost per person per year (US$)		
		China	India	Russia
1. Tobacco use	Accelerated implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control[9]	0·14	0·16	0·49
2. Dietary salt	Mass-media campaigns and voluntary action by food industry to reduce consumption[9]	0·05	0·06	0·16
3. Obesity, unhealthy diet, and physical inactivity	Mass-media campaigns, food taxes, subsidies, labelling, and marketing restrictions[16]	0·43	0·35	1·18
4. Harmful alcohol intake	Tax increases, advertising bans, and restricted access[13]	0·07	0·05	0·52
5. Cardiovascular risk reduction	Combination of drugs for individuals at high risk of NCDs[10]	1·02	0·90	1·73
Total cost per person*	--	1·72	1·52	4·08

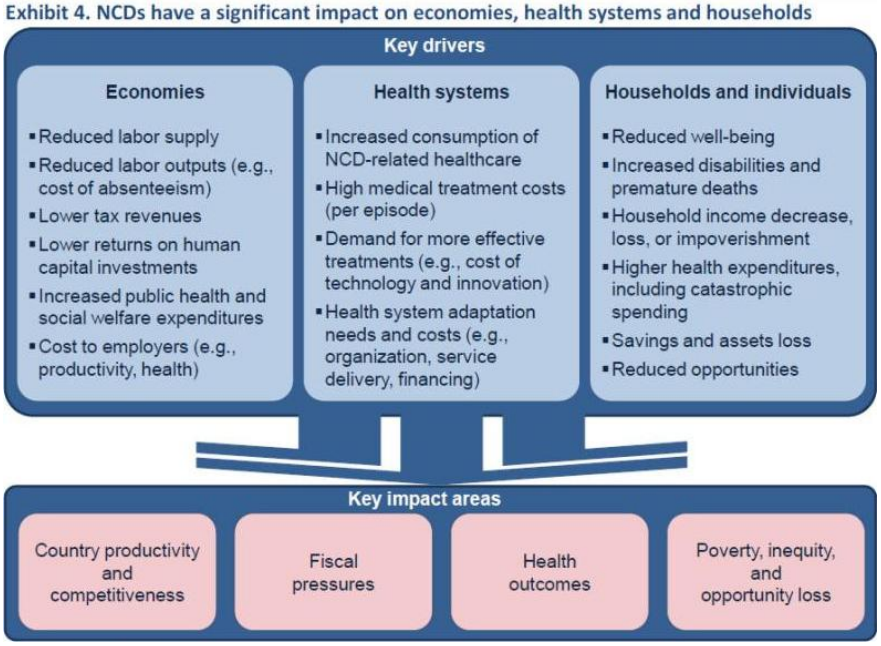
*Excludes any cost synergies or future treatment cost savings.

Table: **Estimated costs of five priority interventions for non-communicable diseases (NCDs) in three countries[16]**

Fonte: Beaglehole, Bonita, 2011

Tabella 1.4 – Impatto NCD su economia, sistema sanitario, famiglie e individui

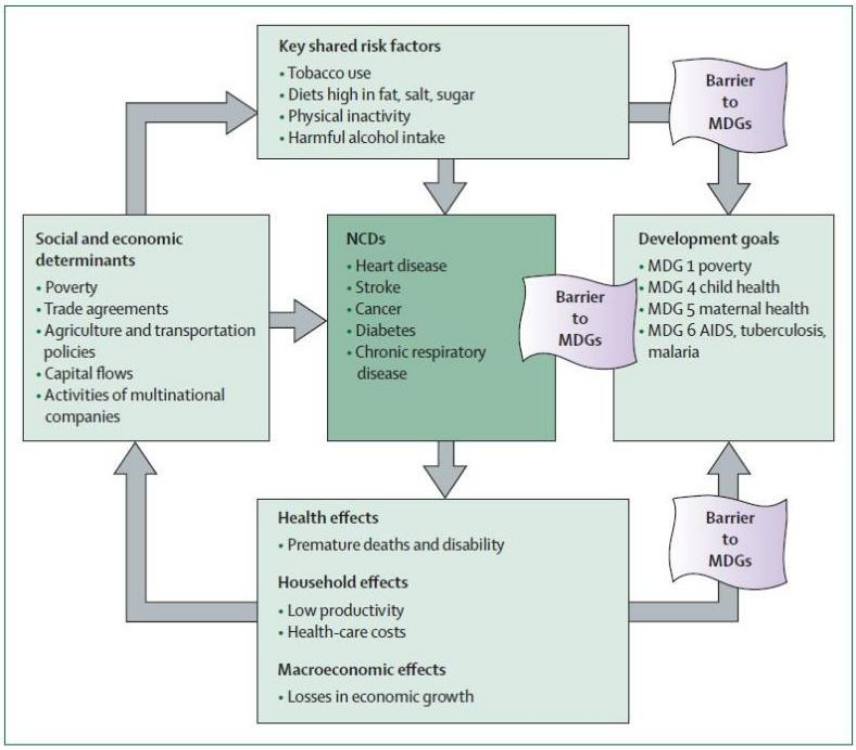
Exhibit 4. NCDs have a significant impact on economies, health systems and households



Fonte: World Bank

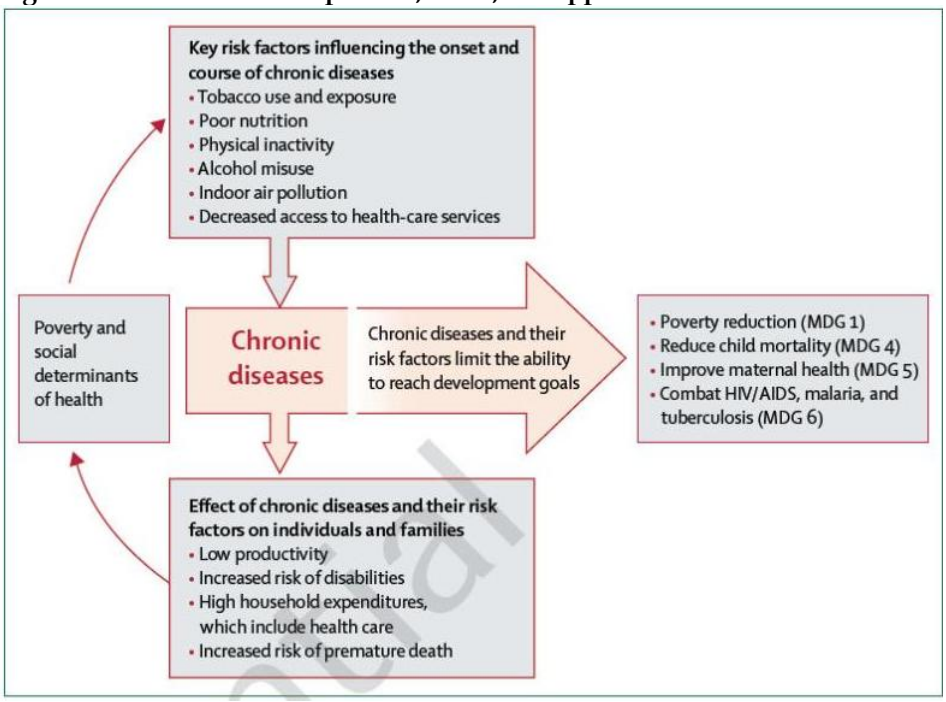
L'impatto socioeconomico delle malattie non trasmissibili sta avendo ripercussioni negative sui progressi per il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio: gli Obiettivi rivolti alla salute o ai suoi determinanti sociali (istruzione e lotta alla povertà), stanno patendo un arresto per via della diffusione epidemica delle malattie non trasmissibili e dei fattori di rischio ad esse correlati.

Figura 1.17 – NDC e MDG



Fonte: Beaglehole, Bonita, 2011

Figura 1.18 – Relazione tra povertà, NCD, sviluppo



Fonte: Geneau, Stuckler, Stachenko, *et al.*, 2010

1.5 Prevenzione e controllo

Nel 2000 e nel 2010, l'OMS ha condotto indagini per valutare la capacità di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili nei Paesi Membri. Gli studi hanno mostrato che negli ultimi dieci anni sono stati fatti progressi. Che sono disuguali, con maggiori passi in avanti nei Paesi a reddito più alto. Altri Paesi stanno sviluppando strategie, piani e linee-guida per contrastare le NCD e i fattori di rischio, e alcuni Paesi hanno realizzato elementi essenziali delle infrastrutture sanitarie, aumentando nel contempo i finanziamenti e sviluppando le politiche e la sorveglianza. Molti Paesi all'interno dei propri servizi sanitari hanno unità dedicate e fondi destinati. In molti Paesi, questi progressi restano astratti, non pienamente operativi, non permettendo interventi adeguati. Tanti Paesi non hanno ancora alcun finanziamento o programma specifico. Tuttavia, il fatto che alcuni progressi siano stati compiuti nella lotta alle malattie non trasmissibili dimostra che il miglioramento è possibile.

La capacità dei sistemi sanitari influenza la possibilità di attuare interventi efficaci. Mancanze nell'erogazione di servizi base per le malattie non trasmissibili si traducono spesso in complicazioni, come infarti, ictus, patologie renali, cecità, malattie vascolari periferiche, amputazioni, diagnosi tardiva dei tumori. Ciò può comportare spese elevate e inutili per l'assistenza sanitaria e portare le famiglie a basso reddito all'impoverimento. Fortificare l'impegno politico e attribuire una priorità più elevata ai programmi di prevenzione e cura sono fattori chiave per accrescere la capacità dei sistemi sanitari di avversare queste patologie.

Migliorare la capacità dei Paesi è necessario nei settori del finanziamento, dell'informazione sanitaria, del personale sanitario, delle tecnologie base, dei farmaci essenziali e dei partenariati multisettoriali. È necessario concentrarsi maggiormente sull'ampliamento dell'offerta di servizi essenziali erogati nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria, in particolare per quanto riguarda gli interventi di assistenza sanitaria per le malattie non trasmissibili con un buon rapporto costo-benefici. Finanziare in modo adeguato quest'offerta di servizi essenziali è un fattore chiave per contrastare l'epidemia (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013; Dowell, Farley, 2012).

Integrare i finanziamenti interni governativi - e in alcuni Paesi ampliare la cooperazione allo sviluppo – ricorrendo a meccanismi di finanziamento innovativi non statali aiuterà a coprire le lacune esistenti a livello finanziario, che rappresentano il maggior freno al potenziamento dell'assistenza sanitaria primaria e della risposta alle NCD. Alcuni Paesi hanno attuato con successo meccanismi innovativi di finanziamento attraverso l'aumento delle tasse sul tabacco e i prodotti alcolici e destinando parte degli introiti alla promozione della salute o all'ampliamento dei servizi di assicurazione sanitaria a livello di assistenza sanitaria primaria (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

Figura 1.19 – Fumo ed effetti azioni anti-smoking a NY

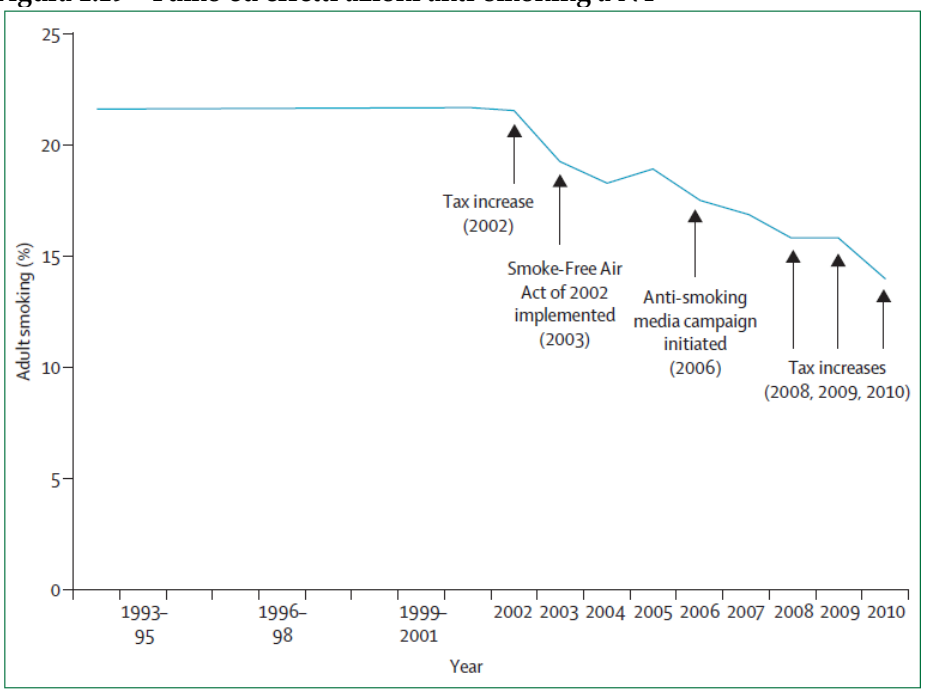


Figure: **Current smoking by self-report among adults (≥18 years) in New York City, 1993–2010**
Data are age-adjusted to the US 2000 standard population. Sources: New York State Behavioral Risk Factor Surveillance System (1993–2001)[18] and New York City Community Health Survey (2002–10).[19]

Fonte: Dowell, Farley, 2012

È necessario che ai programmi e alle politiche per le malattie non trasmissibili si abbinino piani nazionali per realizzare un'assistenza centrata sulla persona, attraverso sistemi sanitari forti e integrati. Altrettanta urgenza e importanza occupano forme innovative e piani di finanziamento, sostegno per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili da parte della cooperazione allo sviluppo, sistemi informativi sanitari efficaci, una migliore formazione e possibilità di carriera per il personale sanitario, e strategie efficaci per procurarsi farmaci essenziali e diffondere nuove tecnologie.

Le evidenze scientifiche mostrano che le malattie non trasmissibili si possono in larga parte prevenire. I Paesi possono ostacolarne l'avanzata e pervenire a rapidi risultati se vengono avviate le giuste azioni nell'ambito delle tre componenti dei programmi nazionali di lotta alle malattie non trasmissibili: sorveglianza, prevenzione e assistenza sanitaria.

I fattori di rischio sono diffusi in maniera trasversale nella società, e spesso si manifestano precocemente nella vita prolungandosi per tutta la vita adulta. L'evidenza scientifica nei Paesi dove si è registrato un calo importante in alcune malattie non trasmissibili indica che sono necessari interventi sia a livello di prevenzione che di cura. Pertanto, contrastare l'epidemia di queste patologie richiede un approccio globale di prevenzione e cura, rivolto a tutta la popolazione.

Le azioni mirate alla prevenzione e al controllo delle malattie non trasmissibili richiedono il sostegno e la collaborazione dei governi, della società civile e del settore privato. Per un'azione efficace contro le malattie non trasmissibili, è necessaria un'integrazione tra settori diversi; a questo riguardo, i policy-makers devono adottare tipologie di approccio efficaci per coinvolgere i settori non sanitari, sulla base dell'esperienza perfezionata a livello internazionale e delle lezioni acquisite (Action

Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

1.6 Monitoraggio

Disporre di dati credibili da parte dei Paesi è importantissimo per invertire la tendenza all'aumento del numero di morti e disabili dovuti alle malattie non trasmissibili. Tuttavia, un numero significante di Paesi dispone di dati sulla mortalità poco utilizzabili e di sistemi di sorveglianza deboli; inoltre, sovente i dati sulle malattie non trasmissibili non sono integrati nei sistemi informativi sanitari nazionali. Migliorare la sorveglianza e il monitoraggio deve essere una delle massime priorità nella lotta contro le NCD. In situazioni di scarsità di risorse e limitate capacità, è possibile ottenere dati validi anche attraverso il ricorso a sistemi semplici, attuabili e sostenibili. Elementi essenziali della sorveglianza delle malattie non trasmissibili sono:

- monitoraggio dell'esposizione (fattori di rischio);
- monitoraggio degli effetti (morbilità e mortalità per specifiche malattie);
- risposta dei servizi sanitari, compresa la capacità a livello nazionale di prevenire le malattie non trasmissibili in termini di politiche e programmazione, di infrastrutture, di risorse umane e di accesso all'assistenza sanitaria essenziale, e ai farmaci.

Le carenze nella sorveglianza e nel monitoraggio delle malattie non trasmissibili impongono alcune misure-chiave:

- I sistemi di sorveglianza delle malattie non trasmissibili dovrebbero essere consolidati e integrati nei sistemi informativi sanitari nazionali.
- Monitoraggio e sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali e metabolici nelle realtà economicamente svantaggiate dovrebbero avere la priorità. In alcuni Paesi, bisognerebbe monitorare i markers delle infezioni correlate al cancro. I sistemi anagrafici e quelli di raccolta di dati sulla mortalità per cause specifiche andrebbero potenziati. In tutti i Paesi, un sistema di registrazione della mortalità negli adulti è requisito per il controllo delle malattie non trasmissibili, ed è fondamentale monitorare la capacità di reazione dei sistemi sanitari nazionali nei confronti di queste patologie.
- Accelerazione nell'ambito del supporto finanziario e tecnico per lo sviluppo dei sistemi informativi sanitari nei Paesi a basso e medio reddito. Potenziare la sorveglianza è una priorità nazionale e globale. Bisogno combinare gli sforzi per migliorare la copertura e la qualità dei dati sulla mortalità, svolgere rilevazioni periodiche sui fattori di rischio su scala nazionale con metodi standardizzati, e stimare regolarmente la capacità nazionale di prevenzione e controllo delle NCD (WHO Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008).

1.7 Azione e comunicazione

Le NCD sono malattie sociali globali che interessano svariati livelli relazionali. L'azione deve essere plurima, al fine di perseguire una risposta equa (Geneau, Stuckler, Stachenko, *et al.*, 2010).

Gli interventi di prevenzione volti all'insieme della popolazione sono fattibili, e presentano anche un buon rapporto costo-benefici. Il livello di reddito di un Paese non costituisce un ostacolo per il successo; in tutte le realtà, soluzioni a basso costo possono essere decisive per diminuire i fattori di rischio. Alcune azioni possono salvare molte vite, prevenire malattie ed evitare inutili spese. Vediamole in termine di importanza.

Azioni mirate all'insieme della popolazione (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013):

- Proteggere le persone dal fumo di tabacco e proibire il fumo nei luoghi pubblici;
- Informare sui rischi legati al consumo di tabacco;
- Rafforzare i divieti sulla pubblicità, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco;
- Aumentare le tasse sul tabacco;
- Limitare l'accesso alla vendita delle bevande alcoliche;
- Aumentare i divieti sulla pubblicità delle bevande alcoliche;
- Ampliare le tasse sulle bevande alcoliche;
- Ridurre l'uso di sale e il sale negli alimenti;
- Sostituire gli acidi grassi insaturi negli alimenti con acidi grassi polinsaturi;
- Promuovere nell'opinione pubblica corrette abitudini alimentari e l'attività fisica, anche tramite i mass-media;
- Offrire trattamenti per la dipendenza da nicotina;
- Promuovere l'allattamento al seno e un'adeguata nutrizione complementare;
- Irrigidire la normativa sull'alcol alla guida di veicoli;
- Introdurre restrizioni sul marketing di alimenti e bevande con elevato contenuto di sale, grassi e zuccheri, specie per i bambini;
- Incentivare economicamente la scelta di alimenti salutari e disincentivare quella di alimenti non salutari;
- Favorire una corretta nutrizione nelle scuole;
- Fornire informazioni e consigli nutrizionali nell'ambito dell'assistenza sanitaria;
- Diffondere linee guida nazionali sull'attività fisica;
- Sviluppare programmi di attività fisica per i bambini a scuola;
- Sviluppare programmi per l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari negli ambienti di lavoro;
- Incrementare programmi per l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari nelle comunità;
- Orientare la progettazione di edifici e agglomerati urbani che favoriscano l'attività fisica;
- Prevenire il cancro, attraverso ad esempio la vaccinazione contro l'epatite B, una delle maggiori cause del cancro del fegato; la vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV), principale causa del cancro della cervice uterina. Attivare modalità di protezione contro i fattori di rischio ambientali, come l'aflatossina, l'amianto e i contaminanti dell'acqua potabile. Gli screening per il tumore del seno e della cervice uterina possono essere anch'essi efficaci.

Strategie di prevenzione e cura vanno rivolte a coloro che nella comunità soffrono maggiormente episodi di ineguaglianza, tra tutti vanno citati i migranti, che per la natura della loro condizione si trovano a vivere spesso in condizioni disagiate e a rischio. Spesso assumere comportamenti simili ai cittadini dei Paesi ospitanti è considerato un modo per integrarsi, per sentirsi parte della nuova collettività. Ma tale comportamento spesso è controproducente. Vediamo alcune azioni volte a contrastare episodi di ineguaglianza (Di Cesare, Khang, Asaria, *et al.*, 2013).

Figura 1.20 – Azioni per ridurre l'ineguaglianza rispetto alle NCD globalmente

Key messages

Key actions to reduce non-communicable diseases (NCDs) and NCD inequalities, globally and within countries, are:

- Enhancement and improvement of early childhood development programmes and education for all social groups, and removal of barriers to secure employment
- Taxation of tobacco and alcohol, regulation of their production and sales, and restriction of advertising and marketing of these products
- Reduction of dietary salt intake by regulation, well-designed public education, and mass media campaigns that target disadvantaged and marginalised social groups, and perhaps negotiated voluntary actions by food manufacturers
- Improvement of financial and physical access of disadvantaged and marginalised social groups to healthier diets, including fresh fruits and vegetables, healthy fats, and whole grains through subsidies, agricultural policies, and possibly through improved availability in grocery stores; and implementation of taxes and regulations or restrictions of foods that contain high amounts of sugars, processed carbohydrates, and saturated fats
- Implementation of universal, financially and physically accessible, high-quality primary care to reduce NCD risk factors through clinical interventions and to enhance early detection and treatment of NCDs
- Implementation of universal health insurance or other mechanisms to remove financial barriers to health care, reduction of physical and behavioural barriers to health-care use, and improvement of quality of care in disadvantaged communities

Fonte: Di Cesare, Khang, Asaria, *et al.*, 2013

In aggiunta agli interventi per le malattie non trasmissibili rivolti all'insieme della popolazione, i servizi sanitari dei Paesi dovrebbero realizzare interventi verso il singolo individuo, già ammalato o ad alto rischio di svilupparne una. Attraverso l'esperienza nei Paesi ad alto reddito, è emerso che questi interventi possono avere una efficacia importante e anche un basso costo. La combinazione di interventi verso l'insieme della popolazione e il singolo può salvare molte persone e ridurre le grandi sofferenze.

Molte malattie non trasmissibili hanno una lunga durata richiede una risposta si sistema, che garantisca politiche a lungo termine. In anni recenti, molti Paesi a basso e medio reddito hanno investito, a volte grazie a donatori, in programmi nazionali di tipo "verticale" per la lotta a specifiche malattie infettive. Tutto ciò, da un lato ha migliorato l'erogazione dei servizi per quelle patologie, dall'altro ha portato i governi ad esentarsi dal coordinare gli sforzi per un potenziamento globale dei sistemi sanitari, creando gravi lacune nell'assistenza sanitaria.

Attualmente, nei Paesi a basso e medio reddito l'assistenza sanitaria per le malattie non trasmissibili si concentra primariamente sulla cura dei casi acuti in ambiente ospedaliero. I pazienti affetti da malattie non trasmissibili si presentano negli ospedali quando le malattie cardiovascolari, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche si sono sviluppati al punto da tradursi in eventi acuti o complicazioni a lungo termine. Si tratta di un approccio molto costoso, che non contribuisce a una riduzione significativa della diffusione delle NCD e preclude agli individui i benefici che

deriverebbero dal prendersi cura della propria condizione in uno stadio meno avanzato. Per garantire una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo, le malattie non trasmissibili devono essere integrate nell'assistenza sanitaria primaria.

Ampliare l'offerta di servizi dell'assistenza sanitaria primaria fino ad includere interventi contro le malattie non trasmissibili è un fattore base per ogni piano di potenziamento dei sistemi sanitari.

Le evidenze scientifiche derivate dall'esperienza dei Paesi ad altro reddito dimostrano che concentrarsi sulla prevenzione a livello globale e migliorare i trattamenti erogati a seguito di eventi cardiovascolari ha portato a un calo significativo nei tassi di mortalità. Similmente, i progressi compiuti nella terapia del cancro, uniti alla diagnosi precoce e agli interventi di screening hanno incrementato i tassi di sopravvivenza per molti tumori nei Paesi ad alto reddito.

Ma i tassi di sopravvivenza nei Paesi a basso e medio reddito restano molto bassi. Una combinazione di interventi rivolti all'insieme della popolazione e al singolo individuo può replicare tali successi in un numero molto maggiore di Paesi attraverso iniziative che potenzino i sistemi sanitari nel loro complesso.

Un obiettivo strategico nella lotta contro la diffusione epidemica delle malattie non trasmissibili deve essere quello di garantire diagnosi e cure precoci, utilizzando interventi di assistenza sanitaria sostenibili e con un buon rapporto costo-benefici:

Azioni mirate al singolo individuo (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013):

- Patologie cardiovascolari: gli individui ad alto rischio di patologie cardiovascolari e coloro che ne presentano una forma conclamata possono essere curati con terapie a base di farmaci generici a basso costo, che riducono le probabilità di morte o di eventi vascolari. Una terapia a base di aspirina, statina e farmaci ipotensivi può diminuire l'incidenza di eventi vascolari. I benefici associati a misure preventive come smettere di fumare, possono essere rilevanti. È auspicable la somministrazione di aspirina a persone che hanno avuto un infarto miocardico.

- Cancro: sono disponibili interventi con un buon rapporto costo-benefici in tutte e quattro le aree di approccio alla prevenzione e controllo dei tumori: prevenzione primaria, diagnosi precoce, terapia e cure palliative. Una diagnosi precoce basata sulla consapevolezza dei sintomi e dei segnali iniziali, e, dove sostenibile, uno screening rivolto all'intera popolazione, migliorano i tassi di sopravvivenza, particolarmente per i tumori del seno, della cervice uterina, del colon-retto, della pelle e del cavo orale. Alcuni protocolli per curare i tumori utilizzano farmaci che sono disponibili anche in forma generica. In numerosi Paesi a basso e medio reddito, l'accesso alle cure e la disponibilità di morfina per uso orale e di personale con specifica formazione nel settore delle cure palliative sono limitati, per cui molti pazienti rischiano di morire senza un adatto trattamento del dolore. In questi Paesi, la somministrazione di cure palliative a livello di comunità e domiciliare può essere decisiva ed esibire un buon rapporto costo-benefici.

- Diabete: almeno tre interventi di prevenzione e trattamento del diabete hanno dimostrato di essere in grado di ridurre i costi migliorando la salute. Il controllo della pressione sanguigna e della glicemia e la cura del piede per i diabetici sono interventi attuabili con un buon rapporto costo-benefici, anche nei Paesi a basso e medio reddito.

– Malattie respiratorie croniche: in molti Paesi a basso reddito, i farmaci per inalazione, come ad esempio gli steroidi, non sono ancora accessibili dal punto di vista economico. I Paesi potrebbero cercare forniture di farmaci per inalazione, di qualità garantita, a costi modesti. I programmi per la salute polmonare mirati a ostacolare la tubercolosi potrebbero essere integrati con interventi per le malattie respiratorie croniche.

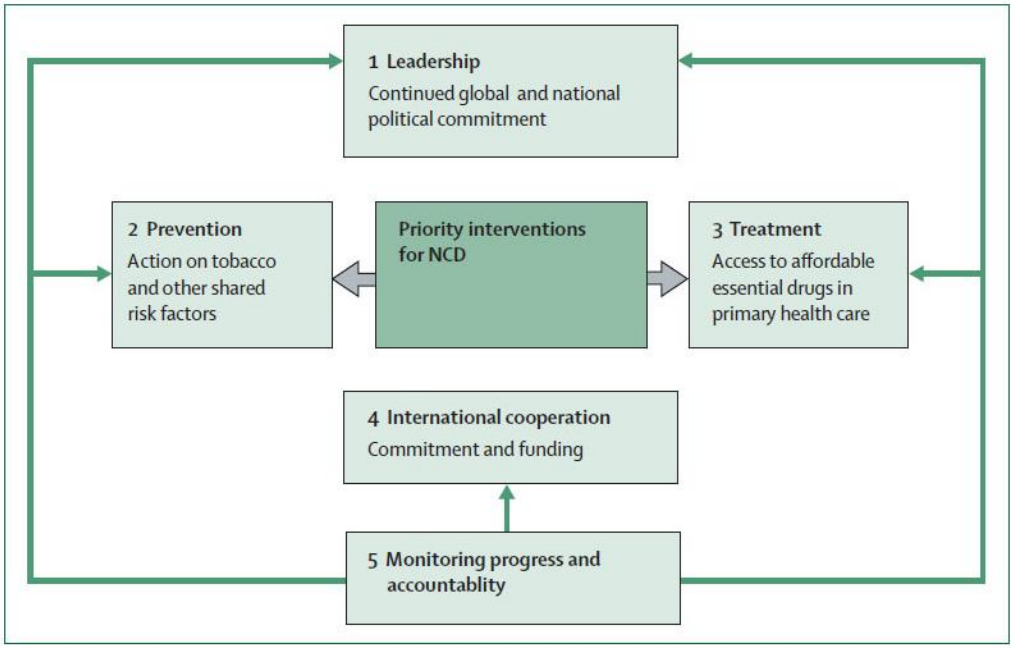
Inoltre:

– Consulenza e terapia multifarmaco, compreso il controllo glicemico per il diabete, per persone di oltre trent'anni di età che presentino una percentuale di rischio per eventi cardiovascolari mortali o non mortali nel giro di 10 anni pari o superiore al 30%;
– Screening per il tumore della cervice uterina, eseguito una tantum all'età di 40 anni, seguito dalla rimozione di ogni lesione cancerogena riscontrata;
– Ricerca di casi precoci per il tumore del seno tramite uno screening mammografico biennale (dai 50 ai 70 anni) e trattamento per tutti gli stadi di evoluzione;
– Diagnosi precoce del tumore del colon-retto e del cavo orale;
– Terapia per l'asma persistente con corticosteroidi inalabili e farmaci adrenergici.

Finanziare e potenziare i sistemi sanitari per erogare interventi sanitari rivolti al singolo individuo con un buon rapporto costo-benefici attraverso un approccio di assistenza sanitaria primaria è un primo passo pragmatico per raggiungere l'obiettivo a lungo termine di una copertura sanitaria universale.

The Lancet NCD Action Group e la NCD Alliance propone cinque priorità in risposta alla crisi che intercettano attori e azioni da mettere in opera qui di seguito schematizzate:

Figura 1.21 – Cinque priorità



Fonte: Robert Beaglehole, Ruth Bonita, 2011

Nel 2008 la WHO aveva già dato delle direttive dettagliate che intercettano gli stili di vita, la corretta informazione e comunicazione, le iniziative pubbliche e private (WHO Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008).

Figura 1.22 – Direttive WHO

Tobacco control

Consider implementing the following package of six cost-effective policy interventions (the MPOWER package), which builds on the measures for reducing demand contained in the WHO Framework Convention for Tobacco Control:[1]

A. monitor tobacco use and tobacco-prevention policies

B. protect people from tobacco smoke in public places and workplaces

C. offer help to people who want to stop using tobacco

D. warn people about the dangers of tobacco

E. enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship[2]

F. raise tobacco taxes and prices.

Promoting healthy diet

Implement the actions recommended in, but not limited to, the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health in order to:

A. promote and support exclusive breastfeeding for the first six months of life and promote programmes to ensure optimal feeding for all infants and young children;

B. develop a national policy and action plan on food and nutrition, with an emphasis on national nutrition priorities including the control of diet-related noncommunicable diseases

C. establish and implement food-based dietary guidelines and support the healthier composition of food by:

- **reducing salt levels**
- **eliminating industrially produced trans-fatty acids**
- **decreasing saturated fats**
- **limiting free sugars**

D. provide accurate and balanced information for consumers in order to enable them to make well-informed, healthy choices;

E. prepare and put in place, as appropriate, and with all relevant stakeholders, a framework and/or mechanisms for promoting the responsible marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, in order to reduce the impact of foods high in saturated fats, trans-fatty acids, free sugars, or salt.

Promoting physical activity

Implement the actions recommended in, but not limited to, the Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health in order to:

A. develop and implement national guidelines on physical activity for health;

B. implement school-based programmes in line with WHO's health-promoting schools initiative;

C. ensure that physical environments support safe active commuting, and create space for recreational activity, by the following:

- **ensuring that walking, cycling and other forms of physical activity are accessible to and safe for all;**
- **introducing transport policies that promote active and safe methods of travelling to and from schools and workplaces, such as walking or cycling;**
- **improving sports, recreation and leisure facilities;**
- **increasing the number of safe spaces available for active play.**

Reducing the harmful use of alcohol[1]

In order to respond effectively to the public-health challenges posed by harmful use of alcohol – in accordance with existing regional strategies and guided by the outcome of current and future WHO global activities to reduce harmful use of alcohol – Member States may wish to:

A. consider the following areas:

- **under-age drinking (as defined in the country)**
- **the harmful use of alcohol by women of reproductive age**
- **driving or operating machinery while under the influence of alcohol (including all traffic-related injuries involving alcohol)**
- **drinking to intoxication**
- **alcohol-use disorders**
- **the consumption of alcoholic beverages that have been illegally produced and distributed**
- **the impact of harmful use of alcohol on other health conditions, in particular on cancers, liver and cardiovascular diseases, and injuries.**

B. adopt measures in support of an appropriate monitoring system for the harmful use of alcohol.

Fonte: WHO Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008

L'impatto a livello economico delle NCD ha portato anche la World Bank a redigere una serie di direttive di contrasto:

Figura 1.23 – Direttive World Bank

KEY SUCCESS FACTORS FOR INTERVENTIONS TO COMBAT NCDs

An analysis of the success factors common to high-impact multisectoral prevention efforts, such as those profiled in this paper, suggests five core actions for country leaders:

- **Focus on a well-defined target while addressing risk factors from several angles.** Successful programs have clear and consistent messaging on their targets, such as "Promote 30 minutes of daily exercise" or "Ban smoking in restaurants", which lead to a diversity of actions. If the objective is to reduce morbidity and mortality from traffic accidents, for example, redesigning roads will go only part of way; impact is likely to be higher with additional measures, such as legislation, enforcement of speed limits and seat belt use, education of youth drivers on road safety, and well-planned trauma hospitals. Coordinated interventions commonly have more impact than those driven by a single sector; action should therefore be designed in collaboration with other stakeholders and involve multiple policy interventions.
- **Give high-profile leaders a central role in driving initiatives.** Strong personalities with influence on policy makers and the general public are well placed for bringing different actors together to collaborate towards a well-defined NCD prevention goal. Mayors, Presidents, Prime Ministers, and First Ladies have frequently been at the forefront of national and other efforts. They can help provide a balance between and within different sectors and reinforce the accountability of partner institutions. In the example from New York City for instance, Mayor Bloomberg's leadership brought the health sector and hospitality industries together to address smoking and trans-fat risk factors.
- **Be opportunistic, identify indirect impacts on health, and optimize impact.** The initiatives profiled in this paper show that there are major opportunities for policies and programs outside the health sector to have direct or indirect impact on health. In the example of Samoa's ban on turkey tail meat, the negative health effects of cheap, fatty meat, especially on the poor, were included in trade discussions that were already underway on meat "dumping". Significant health gains have also been achieved from initiatives aimed at reducing air pollutants that contribute to climate change (Box 1).
- **Identify wins for non-health stakeholders.** All sectors are accountable for improving lives but constructive measures may nevertheless meet resistance from a range of stakeholders where economic interests conflict. It is important, therefore, to identify incentives beyond health that will encourage sectors and leaders to support NCD prevention measures. The fight against NCDs, food prices, and climate change, for instance, may intersect with each other in positive or negative ways. Certain agricultural subsidies, for example, may be contributing to the obesity epidemic and rising food prices. Grain and soya subsidies have helped to change eating habits across the planet, resulting in lower prices of certain food additives (such as sweeteners), meat and farmed fish, and processed foods. Meanwhile, these same subsidies contribute to climate change through the increase of CO_2 and methane from intensive animal farming. These subsidies have also lowered prices for biofuels, which are now driving food price increases. This illustrates the complexity of the issues involved. Sometimes direct financial gains can be made, such as the potential saving of US$ 1 billion on the international carbon market in the National Biomass Cookstove Initiative in India (Box 1).
- **Ensure that different actors focus on what they do best.** Coordinated efforts by different sectors add value in identifying opportunities, crystallizing incentives, and monitoring impact, but this need not mean that different actors must follow the same structure. Rather, they can participate by leveraging the networks of different actors and building on each others' strengths. Working through different channels generally provides access both to the broader population as well as defined target groups. By allowing the flexible adaptation of interventions, different actors can tailor their messaging to the local, socio-cultural realities of the population groups they serve.

Fonte: World Bank, 2011

Di grande interesse e impatto l'iniziativa INFORMAS, che ha messo in campo una battaglia molto articolata contro le NCD.

Tabella 1.5 – INFORMAS project

Table 1 Summary of INFORMAS monitoring approaches and implementation considerations for each module

INFORMAS* module (source article)	Approach	Implementation considerations†
Public sector policies and actions (17) Independent monitoring of government policies and actions to improve the healthiness‡ of food environments	• A 'Government Healthy Food Environment Policy Index' (Food-EPI) will include separate and summarized ratings of government actions in seven policy domains§ and seven infrastructure support domains¶ • Monitoring will involve a series of steps to describe the country context; identify and collect relevant policy documents; engage with government officials to validate the information gathered; convene independent experts to rate the level of policy implementation in each domain; create a summary score; and provide feedback of results to government officials and other stakeholders	• The process for assessing government policies and actions draws on experience with a method used to rate government action on obesity prevention in Australia. However, further extensive testing is needed to operationalize the Food-EPI. • Policy implementation in countries with decentralized policy environments, i.e. differences at local, state and national levels, will be more difficult to assess and will demand greater efforts • In some domains, there are no agreed good practice statements to support ratings • Theoretically defined good practice statements will change over time to reflect stricter or more refined expectations, and will evolve into best practices or benchmarks
Private sector policies and practices (18) Independent monitoring of policies and practices of private sector organizations that affect the healthiness of food environments	• Relevant stakeholder groups in each country will select a sample of 15–25 private sector 'organizations of interest' based on high prominence in the country's food environment** • Three-step typology†† for levels of data collection for each organization (based on feasibility): Step 1: Publicly available, nutrition-related policies; interviews of organizational representatives where possible Step 2: Objective data on nutrition composition of products, extent and nature of promotion of foods to children, nutrition labelling practices, availability and affordability of products – incorporating sales data, where available Step 3: Additional data on other practices that influence food policy and action in an organization's interest, such as political lobbying and sponsorships	• Relying on publicly available policies only may be misleading • Step 2 is potentially expensive if sales data are used, and will suffer from lack of access to proprietary data. Economies may be possible through use of data from other INFORMAS modules. • Differences in impact of private sector policies or practices on socially disadvantaged groups may be very important within countries, and should be assessed when possible • Practices in step 3 may be covert or at least difficult to document systematically and representatively
Food composition (19) Monitoring levels of adverse nutrients in foods on sale in retail stores and restaurants	• A comprehensive, non-proprietary data set of food composition through large-scale data collection and analysis of the composition of foods available in the country will be created in a four-stage process: 1. Document key statutory, commercial and cultural factors influencing the food supply in the country context using existing records and discussions with stakeholders 2. Characterize the relative contributions of different food types and sources to population food intake, e.g. numbers and types of different retail outlets; consumption levels of foods grown at home vs. packaged or prepared foods bought in different types and sizes of retail food establishments 3. Select a sample of retail food outlets that capture the breadth of products available in the country, and collect data on food composition of all foods available in these outlets 4. Validate the nutritional information collected against direct chemical analyses of a sample of food products • Food composition would be assessed in respect to alignment with targets for specified nutrients or properties of primary‡‡ or secondary§§ interest	• Understanding the food supply context is critical for setting priorities about how to sample foods, and how to focus data collection to provide information most likely to foster desirable policy changes • Digital data collection through crowd sourcing greatly increases feasibility, e.g. the Australian *FoodSwitch* application • Sales volume data, if available, would enhance understanding of the importance of different food sources
Food labelling (20) Monitoring health-related information in retail settings	• Core to this approach is a new taxonomy that goes beyond Codex Alimentarius definitions to differentiate the following labelling components: ingredient list, nutrient declarations, supplemental nutrition information, nutrition claims and health claims • Three-step typology for sampling of products, selection of nutrients to monitor and labelling context: – *Sampling the food supply* based on decisions about what types of foods and stores to survey; step 1 would be for selected food categories in selected retail outlets – *Specific nutrients and food components* to monitor for label information; step 1 would involve only nutrients recommended by Codex Alimentarius for mandatory labelling – *Labelling context*, e.g. type of product, presence or absence of ingredients of interest and presence or absence of various types of nutrient declarations or claims or health claims; step 1 would mean less detailed information on each component • Applicable national or international labelling regulations provide the basis for specifying indicators and targets	• This initial approach covers only labelling on food packaging and only foods sold in retail stores • Not all components of the taxonomy are covered in Codex Alimentarius; new definitions created for INFORMAS have not been accepted as standard and need to be tested • The taxonomy does not account for the type of labelling, i.e. whether verbal, numerical or graphic • The same label terms have different meanings in different country settings • The approach does not consider the accuracy or validity of the label information or claim • Data collection could be tied to methods used to collect food composition data (19)

Table 1 *Continued*

INFORMAS* module (source article)	Approach	Implementation considerations†
Food promotion (21) Monitoring and benchmarking promotion of foods and non-alcoholic beverages to children	• Promotional aspects include amount of exposure and 'power' of the promotion. Context assessment would identify the prevalence of various types of media¶¶, their relative prominence in the environment, usage patterns, ongoing databases or monitoring systems that might be relevant, potential data collection resources, and the existence and quality of regulations or voluntary codes of good practice. • Three-step typology for sampling of media, time periods and sites, demographic groups and detail of food product classification: – *Type of media and promotional aspect*; step 1 would sample only one medium of promotion (e.g. television) and a limited number of promotional techniques – *Time period and site(s) sampled*; step 1 would collect data only for the most representative time periods, locations, and sites and only on selected occasions – *Target demographic group*; step 1 would focus on only younger children's exposure – *Food classification approach*; step 1 would use a standardized food product classification	• Aspects of marketing other than promotion (products, availability and price) are covered by other modules • Use of a food rather than nutrient-based system for classifying products is recommended • Timing of data collection and sampling should account for seasonal and regional variations in consumer behaviour/marketing • Data from several localities and regions can be substituted when national data are lacking • Data sharing across countries may help identify problematic cross-border media exposure (e.g. through satellites and websites)
Food provision (22) Monitoring foods and beverages provided and sold in public settings	• Focus on schools to take advantage of extensive experience with development of standards for and monitoring of school foods • Contextual considerations include obtaining a complete picture of key nutritional considerations other than obesity/NCD risk, e.g. important micronutrient issues • Two components of data collection: – Component I: compiling information on existing policies – Component II: evaluating quality of foods provided against standards • Three-step typology for sampling sites and settings and selecting data sources and indicators: – *Sampling sites*; step 1 would collect data for the most representative locations/sites – *Choice of settings*; step 1 would focus only on primary and secondary schools (not day cares or pre-schools) – *Data sources*; step 1 would rely on self-reported data from schools or caterers via telephone and Internet – *Indicators*; step 1 would collect data only from jurisdictions with nutrition standards or guidelines, and only for two indicators.	• Guidance is provided for adaptation to day care or pre-school settings, universities, hospitals, workplaces and prisons • Support from stakeholders will be needed to justify use of public funds for monitoring; monitoring in some settings may be amenable to partnerships with private sector stakeholders • Relevance will vary depending on per cent of population consuming meals from institutional sources • Assessment is easier when food provision is from centralized sources • Availability and type of standards are important; nutrient-only standards may be problematic
Food retail (23) Monitoring the availability of healthy and unhealthy foods and non-alcoholic beverages in retail food environments	• Monitoring *community* food environments related to type***, availability and accessibility of retail food outlets in communities • Context assessment includes relevant government regulations or industry codes of practice, identifying types of food outlets that are dominant or scarce, and the existence of relevant evidence or data resources (e.g. valid lists of food outlets) and technology (geocoding outlets in geographical information systems) • Monitoring *consumer* food environments relates to availability and location of food products within these outlets • Three-step typology for sampling locations or sites: types of outlets, dimensions of the retail food environments, and foods: – *Sampling locations/sites*; step 1 would collect data for the most representative locations/sites – *Types of retail outlets settings*; step 1 would focus on only one type of food outlet within the community food environment, such as supermarkets – *Dimensions of food environments*; step 1 would assess density of different types of retail outlets as a count per geographic area/population and availability of key food categories as linear shelf space – *Foods*: step 1 would assess fresh fruits and vegetables and energy-dense, nutrient poor foods	• Assessment of policy actions between rounds of data collection is recommended, e.g. adoption or removal of zoning restrictions or incentives with respect to locating retail food establishments • Geographically defined community environments may not align with the effective food environment for consumers who live in the pre-defined area because where people shop varies according to many factors • Lists of food outlets commonly used to identify retail food locations in this type of research may be inaccurate or out of date • Although methods and instruments for data collection on retail food environments are available for high-income countries, there is little or no experience with data collection for low- and middle-income countries
Food prices (24) Monitoring retail food prices for healthy and unhealthy foods or whole diets, and affordability of those diets	Focus on monetary costs of food in retail settings. Consider regulatory and policy environments relevant to food prices, including taxation and subsidization, the structure of food pricing and price stability. A three-step data collection approach would seek to identify: Step 1 – price differentials of the prices (including any tax components) for healthy and unhealthy products at level of individual foods; Step 2 – price differentials for healthy and unhealthy diets (including any tax components); Step 3 – add median household income to data from step 2 in order to calculate the affordability of healthy or unhealthy diets.	• No attempt to account for costs associated with time and resources for food preparation or for transportation from the store • A standard approach for identifying healthy and unhealthy foods, and for constructing market baskets for healthy and unhealthy diets, must be developed in order to know what foods to sample and how to analyse the price data • Some data that would potentially be useful would require disaggregation in order to support monitoring of food prices that can be differentiated on their health-related characteristics • Data collection for this module can be tied to data collection for food composition (19) and food labelling (20)

Table 1 *Continued*

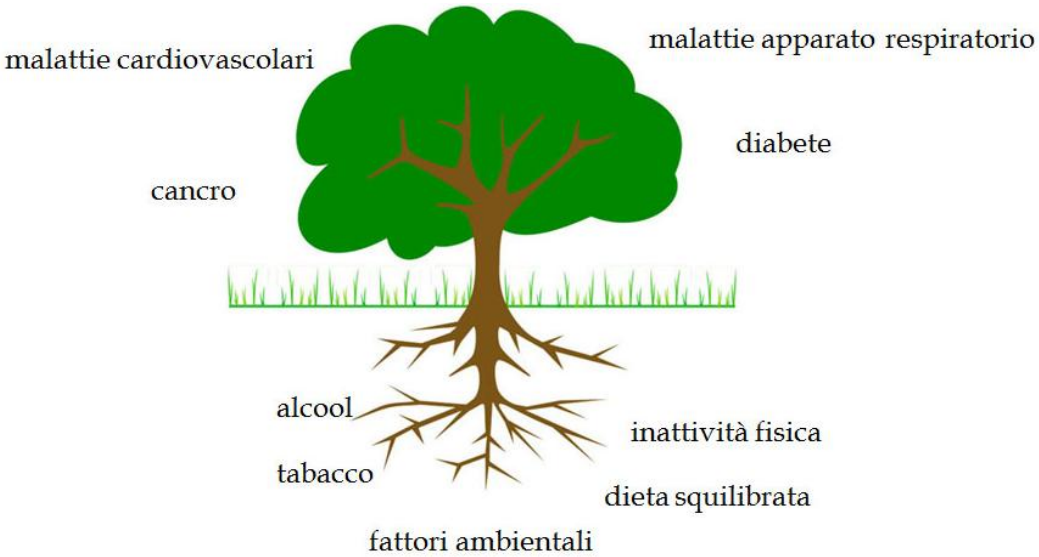
INFORMAS* module (source article)	Approach	Implementation considerations†
Food trade and investment (25) Monitoring potential and actual impacts of trade agreements on national food environments from an obesity/NCD perspective	• The scope is a direct impact of trade policy-making processes and trade agreement provisions on the production, processing, distribution of foods at the country level • Important contextual variables, in addition to population characteristics, include the country's status in relation to the WTO, and a catalogue of all trade agreements including those being developed or under negotiation, with key details about partner countries and length of time since ratification for each agreement • Three-step typology for assessing the aspects of trade in four relevant domains: – *Trade in goods*; step 1 would assess provisions in text relating to tariff and non-tariff barriers to trade and affected food categories, as well as food import volumes for total foods and selected 'focus' foods; rates of change in import volumes for total foods and focus foods; actual and bound tariff rates, tariff-rate quotas, and tariff differential (if any) between healthy and unhealthy food categories – *Trade in services*; step 1 would assess provisions in text related to restrictions on foreign ownership, intellectual property protection, performance requirements for foreign investors, and national treatment as well as type and country of origin of all transnational food companies operating in country, FDI in food production, processing, retail and advertising sectors, and rate of change in total inward FDI in food and related sectors – *Domestic protections and supports*; step 1 would assess provisions such as agricultural safeguards, special treatment of agricultural products, anti-dumping and countervailing measures, agricultural supports, and export subsidies and promotion – *Policy space and governance*. Provisions such as government procurement, enforcement, transparency, dispute settlement and government regulation of food marketing, composition labelling.	• Indirect pathways whereby trade can affect diet and health are not considered, e.g. effects on income distribution • Trade-related policies that are not within trade agreements, e.g. currency devaluation, may also be relevant • If possible, the context assessment would also include other relevant information such as prior trade-related assessments, commercial interests of legislators, commercial donors to political parties, private sector lobbying groups, and civil society organizations and activities
Population diet quality (9) Monitoring food consumption and diet quality from an obesity/NCD perspective	• Approach utilizes existing sources of country-level dietary data that provide increasing levels of specificity about individual intake (e.g. food balance sheets, household budget and expenditure surveys, or individual intake or food consumption surveys) • Primary interest is in composite indices of diet quality rather than single dietary components • Three-step typology for data collection specifies the type of data source, diet quality indicators and level of stratification: – *Indicators of dietary quality*; step 1 would assess the supply of broad food groups and energy from fat, sugar and carbohydrates based on country-level data from food balance sheets, as well as calculate a diet quality index applicable to be used at this level of the food supply (e.g. Healthy Eating Index) – *Stratification*; step 1 would have no stratification	• Shortcomings of food consumption and dietary intake data sources as well as diet quality indices must be acknowledged and addressed where possible. Further work is needed to identify or develop the best diet quality index for the purposes of INFORMAS. • Appropriateness of the data source may vary depending on which types of policies are being evaluated • Household budget surveys and individual consumption surveys do not have a uniform food categorization system • Country-specific food composition data are needed to permit calculation of nutrient intakes

*INFORMAS is the International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support.
†These considerations are module specific. See text for comments on considerations and limitations that are potentially relevant to all of the modules.
‡In the INFORMAS context, 'healthiness' is defined in terms of effects on obesity and NCD prevention.
§Food composition, labelling, promotion, provision, retail, prices, and trade and investment
¶Leadership, governance, monitoring and intelligence, funding and resources, platforms for interaction, workforce development and health-in-all policies
**The focus is likely to be on large food and beverage manufacturers, quick-service restaurants and food retailers.
††The three-step typology, where applicable, refers to approaches that are considered as 'minimal' (step 1), 'expanded' (step 2) and 'optimal' (step 3), where each step involves a higher level of detail or resources required for collection and analysis.
‡‡Energy density, saturated fat, trans fat, sodium and serving size
§§Total fat, monounsaturated fat, polyunsaturated fat, protein, total sugars, carbohydrate and dietary fibre
¶¶Media of interest include television, Internet, magazines, outdoor advertising, product packaging and sponsorship of sports, public events or school-based activities.
***For example, supermarkets, grocery stores, convenience stores, fast food and quick-serve restaurants, fresh food/farmers' markets.
FDI, foreign direct investment; NCD, non-communicable disease; WTO, World Trade Organization.

Fonte: Kumanyika, 2013

1.8 Alla radice del problema: Linee guida per la comunicazione

Figura 1.24 – Le radici delle NCD

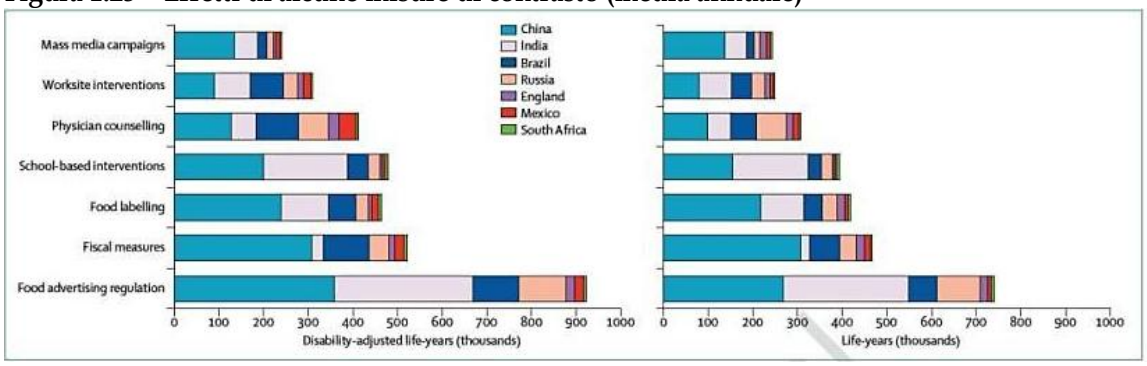


Fonte: propria elaborazione

Le campagne di comunicazione efficaci dovrebbero non solo trattare il tema dal punto di vista della sintomatologia, ma soprattutto dovrebbero prevedere un profondo processo di sensibilizzazione sulle origini e sulle cause delle patologie, ovvero sugli stili di vita. Nello specifico i migranti dovrebbero essere "istruiti e informati", diremmo meglio "sensibilizzati", rispetto a una corretta integrazione anche attraverso un adeguamento parziale ai comportamenti virtuosi (dal punto di vista sanitario e di attenzione alla propria salute) del Paese ospitante.

Confrontando i dati disponibili su progetti di comunicazione in altri contesti internazionali si rileva che gli effetti delle campagne si sono dimostrati un'interessante strategia per potere contrastare e ridurre le NCD.

Figura 1.25 – Effetti di alcune misure di contrasto (media annuale)



Fonte: Cecchini, Sassi, Lauer, 2011

Da quanto si rileva dalla letteratura più recente, con riferimento al target migranti sarebbe più efficace e necessario lavorare su[1]:

PREVENZIONE

- Sostanzialmente oggi possiamo affermare che gli immigrati, a differenza di alcuni anni fa, si ammalano, o sono sani, nella stessa misura in cui si ammalano o sono sani gli italiani, con una sola differenza, gli immigrati non possono o non riescono ad accedere ai servizi sociosanitari, come gli italiani. Nei loro confronti, come nei confronti degli italiani più poveri, la diagnosi, rischia così, di essere sempre posta in ritardo, con gravi rischi prognostici e terapeutici. Spesso molti decessi sarebbero stati evitabili se fosse stata effettuata una precoce diagnosi.

- I migranti sono poco inclini a entrare in programmi di screening, quindi è importante lavorare sulla consapevolezza dell'importanza della prevenzione.

- Nei gruppi di lavoro che si occupano di prevenzione devono essere coinvolte molte professionalità con diverse competenze (personale sociosanitario filosofi, pedagoghi, mediatori culturali, laureati in lingue, educatori, assistenti sociali, personale della scuola), perché un'azione preventiva sul territorio che sia efficace è un'azione necessariamente complessa, progettata e letta da diversi punti di vista.

- La popolazione migrante in Italia è ancora giovane e questo giustificherebbe in parte lo scarso uso degli ospedali. Tuttavia questo incoraggia ancora di più ad agire sulla prevenzione.

- Il modello di prevenzione dovrebbe insistere su 3 ordini di fattori: predisponenti (le conoscenze, quindi le informazioni), abilitanti (i mezzi che ti permettono di applicare le conoscenze acquisite), rinforzanti (i rinforzi di gruppi di pari, autorità…)

ACCESSO AI SERVIZI

- Per paura, diffidenza, cattive abitudini o altro ancora che non si può stabilire, gli immigrati in Italia ricorrono poco alle strutture sanitarie pubbliche. Vanno in ospedale solo se ne hanno bisogno dopo un incidente, in occasione di una gravidanza, o di un evento acuto.

- Nel caso dei clandestini la quota dei ricoveri ordinari si abbassa ulteriormente, questi individui, più degli altri, chiedono cura quando lo stato di sofferenza è avanzato o acuto.

- Necessità di una "struttura a bassa soglia" (dove è semplice accedere).

[1] Cfr. http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf

- Accoglienza con personale che conosce diverse lingue.

- Orientamento post visita (al termine della visita, ad ogni paziente dovrebbero essere indicati i passi successivi da seguire, sia in termini di cure, sia in termini burocratico amministrativi).
- Documenti in diverse lingue (ogni documento informativo, compresa la carta dei servizi, dovrebbe essere disponibile in diverse lingue e usare immagini).

STILI DI VITA

- Gli stili di vita (tradizionali o acquisiti) di molti migranti causano malattie anche gravi. Bisogna indicare cosa fare, cosa mangiare, cosa bere, che tipo di attività fisica svolgere, gli effetti dannosi del tabacco ecc. e spiegare perché certi comportamenti possono essere dannosi. Messaggi che per molti cittadini sono conosciuti e scontati, per i migranti lo sono meno. Questi messaggi devono essere semplici, disponibili nelle lingue di provenienza, sintetici, convincenti. Inoltre non devono mettere in discussione le culture di origine.

- Negli immigrati cominciano a emergere problemi di salute presenti nella popolazione italiana di età più avanzata. Si tratterebbe di malattie cardiovascolari e tumori, o di malattie tipiche di gruppi che appartengono alle classi sociali più svantaggiate con stili di vita e alimentazione non salubre.

ALFABETIZZAZIONE SANITARIA/AMBIENTALE

- È necessaria un'alfabetizzazione sanitaria di base, sia sui comportamenti dannosi, sia sulle malattie che possono provocare, prima di una comunicazione sui comportamenti da mettere in atto.

- È necessaria un'alfabetizzazione ambientale di base, che dia consapevolezza sui fattori ambientali che possono provocare malattie sia sul posto di lavoro sia in ogni altra quotidiana attività.

CULTURA

- Vi sono differenze nel riconoscimento, esperienza e accettazione della malattia cronica da parte di persone di culture e tradizioni religiose diverse. Ma seppur abbia la cultura ha un ruolo determinate, nel modo di riconoscere-gestire-accettare la malattia (e ricondurla ad un senso), non va utilizzata come unica chiave di lettura, vanno prese inconsiderazione anche le condizioni sociali ed economiche. Il modello di acculturazione unilaterale e lineare "linear and unidimensional assessments (e.g., nativity, length of stay in the United States, and language use)", è messo in discussione a favore di "multidimensional acculturation measures and models" che includono più ampi fattori strutturali (es. difficoltà di accesso ai servizi, ecc.) e culturali (condizioni socio-culturali d'origini, condizioni socio-politiche del Paese ospitante, ecc.) (Jayaweera, 2013; Abraído-Lanza, Armbrister, Flórez, 2006).

– Va ricordato che per molti migranti il corpo è la prima e principale risorsa. Parliamo di vite sospese e subordinate alle logiche di un mercato del lavoro che relega parte della popolazione migrante a lavori esclusivamente di tipo manuale, con una capacità negoziale scarsa. Per un progetto migratorio incardinato sulla capacità economica, la perdita della salute può allora rappresentare una completa frattura non soltanto nella quotidianità, ma anche rispetto ai propri piani di vita.

TERAPIA

– È difficile far seguire la terapia continuativa ai pazienti stranieri in assenza di sintomi. Una fase di ascolto-negoziazione (in cui il paziente modifica l'intervento del medico e non il medico la vita del paziente) consente di definire interventi terapeutici su misura che hanno buoni esiti di *compliance*.

OPERATORI: INTEGRAZIONI DI COMPETENZE, GRUPPI DI LAVORO

– In ospedale è necessaria l'azione combinata di personale con qualifiche diverse, e fare tesoro delle esperienze passate e della dimensione del gruppo di lavoro, inteso come un gruppo di persone abituate a lavorare insieme, che condividono determinate prassi di azione, e possiedono una sorta di "memoria storica".

RAPPORTO PAZIENTE/OPERATORE

– Il problema della collaborazione fattiva ed informata del paziente al trattamento (la già citata ***compliance***) risulta essere di primaria importanza. Possono essere individuati come causa di una insufficiente *compliance* una serie di fattori: 1) la sottovalutazione della malattia da parte del paziente, che tende ad interrompere la terapia dopo il miglioramento iniziale dei sintomi; 2) le difficoltà relative al rapporto medico-paziente (in tale definizione sono riassunte le difficoltà di comunicazione linguistico-culturale, che ostacolano l'instaurarsi di un rapporto fiduciale tra mondi a volte così diversi; ciò si traduce spesso nella difficoltà di veder applicati i protocolli terapeutici prescritti, a volte anche per rivalsa verso figure istituzionali da parte di immigrati ai margini della società); 3) problematiche legate alla sopravvivenza, come spostamenti da una città all'altra per motivi di lavoro, prematura ripresa dell'attività lavorativa (a volte di notevole impegno fisico), con susseguenti difficoltà a reperire i farmaci prescritti e ripetute interruzioni della terapia (Geraci, Marceca, Mazzetti, 2000).

– **Nuova prospettiva nella relazione con il migrante**: sarebbe opportuno modificare l'approccio alla relazione (un cambio nella relazione in quanto tale). Non conta solo il linguaggio utilizzato, ma è anche necessario identificare i migliori punti di contatto (dove lo trovo?), impostare una relazione ottimale per il target (come posso parlargli?), utilizzare diversi canali (come posso coinvolgerlo?).

– **Relazione che si reinventa, empatica, calda e reale.** Nella relazione con il paziente, soprattutto nel caso delle NCD, si vive la dicotomia tra la necessità di reinventarsi ogni volta (ogni relazione è diversa, e per essere efficace deve essere

empatica, reale, non stereotipata) e la capacità di valorizzare le esperienze consolidate. Certamente la capacità di sviluppare una relazione empatica è alla base di una buona azione di accoglienza. Questa è un'abilità che può essere sviluppata ed appresa anche attraverso tecniche specifiche di apprendimento.

- **Le emozioni.** Compito del personale sanitario è capire in che fase emotiva si trova il paziente, e il messaggio da veicolare deve cambiare da fase in fase. Con una persona che non parla l'italiano capire che emozioni prova nei confronti della malattia è molto più difficile, ed è altrettanto difficile riuscire a tirare fuori i punti forti del paziente (resilienza), è per questo che una formazione ad hoc che unisca competenze culturali, relazionali e specifiche per questo tipo di malattie diventa l'unica strada percorribile.

- **Com-passione/con-divisione.** È necessario far percepire che ci si interessa al paziente, senza però cadere nella figura del "santone" esperto che può guarire ogni male. Bisogna instaurare una relazione reale, una delle scoperte più rilevanti nel tema della relazione con i pazienti affetti da NCD è che il paziente ascolta molto più facilmente qualcuno che ha il suo stesso problema piuttosto che il proprio dottore, e questo perché trova qualcuno con cui condivide l'esperienza della sua sofferenza.

- **Infermieri.** Un ruolo che invece riesce con più frequenza ad entrare in relazione con i pazienti migranti, almeno nei contesti ospedalieri, è quello degli infermieri che hanno un ruolo fondamentale, sono loro ad accompagnarli durante la giornata e a seguirli nella nuova routine comportamentale che dovranno mantenere anche al di fuori dell'ospedale.

- **Protocollo dell'incontro con il paziente.** È necessario seguire un iter strutturato nell'incontro: non è possibile che ogni iniziativa sia affidata alla buona volontà dell'operatore, è necessaria l'istituzione di un protocollo che faciliti il trasferimento delle informazioni dall'operatore all'utente.

- **Ascolto.** Per ricostruire e rimodulare le proprie informazioni, per risultare più efficaci, e quindi raggiungere i propri obiettivi. Abbandonare il modello biomedico del dottore come esperto, e della comunicazione a una via per passare a un modello biopsicosociale, che deve tenere conto degli schemi interpretativi dell'altro e delle sue mappe cognitive. Per capire come l'utente interpreta concetti quali, salute, malattia, disagio, è necessario partire dall'ascolto dell'altro, e nell'utente straniero questo è ancora più importante proprio perché il gap linguistico costringe l'operatore ad accentuare la fase di ascolto, aumentando lo sforzo di comprensione. Partire dall'ascolto permette di smontare stereotipi della nostra cultura, sia rispetto alle conoscenze del soggetto (anche, in alcuni casi, tecnico specialistiche, rispetto alle tipologie di malattie di cui il paziente è soggetto) sia rispetto alle sue competenze (ad esempio, alcuni utenti non parlano italiano, ma si scopre che parlano molto bene 4 o 5 lingue).

STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

- Dotarsi di strumenti progettati e costruiti ad hoc per l'utenza straniera. Va privilegiata: la comunicazione visuale, per immagini, analogica, che permette di superare diverse barriere linguistiche e cognitive dei soggetti (non solo stranieri, ma spesso anche italiani). Lo strumento deve sempre essere pensato a partire dal suo luogo di fruizione, e in rapporto ad esso. Una brochure anche perfetta non è utile se non si studia il modo di farla leggere. E la possibilità di utilizzare, ad esempio, video nelle sale d'aspetto degli ambulatori, con messaggi che passano in loop all'utenza, faciliterebbe di molto il compito degli operatori.

SPORTELLO DI ASCOLTO E INDIRIZZO PER IL MIGRANTE

- Bisogna lavorare in back office per semplificare in maniera drastica il percorso che lo straniero deve compiere per usufruire dei servizi. Si potrebbero istituire all'interno degli ospedali una sorta di "sportello di ascolto e indirizzo" specifico per utenti migranti, anche se una forma di iperadattamento al migrante non è sostenibile (oltre ad essere eticamente sbagliata), e non può di sicuro essere messa a sistema.

FORMAZIONE OPERATORE

- Il personale sanitario ha forti limiti nella gestione della relazione con gli utenti migranti. Nel trattamento delle NCD è fondamentale trasferire l'importanza di uno stile di vita corretto, insegnare al paziente ad autogestirsi, ma questo non si riesce a fare se non si tiene conto della base da cui parte il paziente (che alimentazione ha un pakistano? E un cinese?) e se non si tiene in considerazione il rapporto che vive il paziente nei confronti dell'operatore.

FORMAZIONE MEDIATORE CULTURALE

- Il mediatore oggi è principalmente un mediatore linguistico, al quale spesso mancano le competenze di lettura delle culture di provenienza, e sulle malattie croniche: non riesce ad agire sull'empowerment del paziente (non riesce a condividere col paziente i suoi vissuti, entrare nelle sue problematiche, utilizzare il suo linguaggio non verbale); tutti questi aspetti sono fondamentali nella malattia cronica. Si deve lavorare sulla formazione della mediazione culturale, in modo da rendere i mediatori più adatti a svolgere il loro compito anche in presenza di queste forme di patologie.

MEDIAZIONE TRAMITE UN PARENTE MAGGIORENNE

- Per far passare concetti quali "malattia cronica" e "responsabilizzazione dell'individuo" il problema non è solo di natura linguistica (e quindi risolvibile da un mediatore che svolge il ruolo di traduttore) ma è un problema relazionale, e un parente (ad esempio un figlio, o un nipote, meglio maggiorenne) può avere un ruolo di primo piano perché è in grado da una parte di capire le istanze dell'operatore, dall'altro è in grado di comprendere le perplessità e le resistenze dell'utente, e su queste basi è in grado di facilitare l'incontro tra i due.

CAPITOLO 2
ANALISI DELLA LETTERATURA SULLE MGF: AGGIORNAMENTI

Nel precedente lavoro sulle Mutilazioni Genitali Femminili ÉUPOLIS 2010B033 si era proceduto all'analisi dei dati di letteratura che in questa parte del lavoro intendiamo aggiornare con alcune riflessioni relative alle nuove pubblicazioni scientifiche sull'argomento e con una attenzione particolare alle attività ed esperienze di comunicazione e sensibilizzazione sulle MGF.

2.1 Africa

Da quanto si rileva dalla recente letteratura l'Africa è tuttora il contesto in cui la pratica delle mutilazioni genitali femminili è più diffusa. Le principali ricerche propongono studi finalizzati ad esaminare la situazione nei paesi dove tali pratiche sono ancora diffuse. La pratica delle mutilazioni genitali femminili è ancora molto diffusa in 28 paesi africani. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che oltre due milioni di donne subiscono una qualche forma di mutilazione genitale ogni anno.

La decisione di abbandonare questa pratica viene dalla comunità nel suo complesso e non dall'individuo. Si tratta di una decisione e scelta collettiva che può essere accelerata con l'istruzione delle donne (e anche degli uomini) e degli operatori sanitari, rafforzati da azioni e inviti dei leader locali e nazionali e delle organizzazioni di donne (Martinelli, Ollé-Goig 2012).

La Nigeria, anche a causa della sua ampia popolazione, ha il più alto numero assoluto di mutilazioni in tutto il mondo, rappresentando circa un quarto dei 115-130 milioni di donne circoncise. Il tasso di prevalenza delle MGF è del 41% tra le donne adulte. Le prove che le MGF sono in declino abbondano. Tuttavia, non c'è una legge che vieta le MGF in Nigeria. È necessario un approccio multidisciplinare che coinvolga i legislatori, l'assistenza sanitaria, le organizzazioni professionali, e favorisca l'empowerment delle donne nella società, e l'educazione del pubblico in generale a tutti i livelli con l'accento sui pericoli e l'inopportunità delle MGF (Okeke, Anyaehie, Ezenyeaku, 2012).

Anche la Sierra Leone ha uno dei più alti tassi di mutilazioni genitali femminili nel mondo, e tuttavia poco si sa circa le conseguenze sulla salute della pratica. Lo studio di Bjälkander et al. va ad esplorare le complicazioni di salute in Sierra Leone, e cerca di chiarire i comportamenti delle donne rispetto alle eventuali cure. Sono state intervistate 258 donne che avevano subito mutilazioni genitali femminili, la maggior parte tra i 10 e i 14 anni di età. Le complicanze sono state riportate da 218 intervistati (84,5%), le più comuni sono il sanguinamento eccessivo, ritardo o guarigione incompleta. Molte ragazze che hanno subito le mutilazioni prima dei 10 anni riferiscono di aver avuto la febbre dopo la pratica. Tra le ragazze che hanno riportato complicanze, 187 (85,8%) hanno cercato di farsi curare, con 89 di loro che si sono recate da un guaritore

tradizionale, 75 da un Sowei (circoncisore tradizionale), e 16, un professionista sanitario.

Il tasso di prevalenza elevata di MGF e la percentuale di complicazioni mediche mostrano che le MGF sono una questione di preoccupazione per la salute pubblica in Sierra Leone. Le ragazze che subiscono mutilazioni genitali femminili prima dei 10 anni di età sembrano essere più vulnerabili a gravi complicazioni rispetto a quelle più grandi al momento della MGF. È importante che il personale sanitario sia a conoscenza delle pratiche, sappia come trattarle, e incoraggi le ragazze e le donne a cercare cure mediche per i loro problemi (Bjälkander, Bangura, Leigh B, *et al.*, 2012).

Un ulteriore studio interessante di Owolabi Bjälkander *et al*. mira ad identificare chi sono i decisori della pratica delle MGF sulle bambine e se avviene una seria medicalizzazione in Sierra Leone. Sono state condotte interviste strutturate con 310 ragazze selezionate in modo casuale tra i 10 e 20 anni a Bombali e nei Distretti di Port Loko nel nord della Sierra Leone. L'età media delle ragazze in questo campione era 14 anni, il 61% aveva subito MGF ad un'età media di 7,7 anni (range 1-18). In generale, le decisioni di eseguire le mutilazioni genitali femminili sono state prese da donne, ma il padre era citato come colui che ha deciso per il 28% delle intervistate. Gli escissori tradizionali (Soweis) hanno eseguito l'80% di tutte le operazioni, il 13% da professionisti della salute, e il 6% assistenti al parto tradizionali.

Gli uomini possono svolgere un ruolo più importante nel processo decisionale. Sarebbe importante lavorare di più sul ruolo degli uomini nel processo decisionale, e tentare di coinvolgerli in future campagne contro le mutilazioni genitali. Le donne sono ancora tra gli attori dominanti a sostenere la pratica. Tuttavia, ulteriori studi sono necessari per comprendere il ruolo e l'influenza sul processo decisionale della comunità, degli altri membri della famiglia. Lo studio indica che ci potrebbe essere una crescente medicalizzazione della pratica, e ciò è un motivo di preoccupazione. Il personale sanitario trarrebbe beneficio da una formazione specifica volta a evidenziare i danni provocati dalle MGF (Bjälkander, Leigh, Harman, *et al.*, 2012).

La mutilazione genitale femminile (MGF) è stata bandita nello stato di Bayelsa, Nigeria, ma ci sono prove venga tuttora praticata da circoncisori tradizionali e operatori sanitari. Lo studio di Ibrahim *et al.* mira a determinare la conoscenza, l'atteggiamento e la pratica delle MGF tra medici e infermieri/ostetriche e negli ospedali a Bayelsa. È stato somministrato un questionario strutturato a 197 medici, infermieri e ostetriche negli ospedali. Tutti gli intervistati erano a conoscenza delle MGF. Una maggiore percentuale di infermiere/ostetriche rispetto ai medici avevano trattato pazienti con complicazioni di MGF. Più del 90% degli intervistati ha dichiarato che non è una buona pratica. Dei 70 intervistati di sesso femminile, 19 (27,1%) hanno dichiarato di essere circoncise. Solo un'infermiera/ostetrica ha ammesso di effettuare MGF ancora.

Lo studio ha rivelato un elevato livello di consapevolezza MGF tra medici e infermieri/ostetriche che lavorano in ospedali pubblici nello stato di Bayelsa. È inoltre emersa la loro avversione e la disposizione favorevole verso l'eliminazione di tale pratica dannosa. Gli operatori vanno continuamente informati con seminari e altri incontri. Questi professionisti formano un pool di agenti di cambiamento che può essere utilizzato per raggiungere le comunità (Ibrahim, Oyeyemi, Ekine, 2013).

Un altro studio svolto in Sudan (giugno-luglio 2012) ha coinvolto una selezione casuale di 154 ostetriche con l'obiettivo di valutare le conoscenze e gli atteggiamenti delle ostetriche nei confronti delle MGF in Sudan orientale. Più di due terzi di loro ha avuto a che fare con la pratica delle MGF più volte nella vita. Ma si evidenzia un basso livello di consapevolezza dei tipi di pratica MGF in quanto solo il 7% ha identificato i

quattro tipi correttamente. 30 (19,1%) delle ostetriche ha sostenuto che tutti i tipi di MGF sono dannose, il 76,4% (120/157) erano del parere che alcune forme non sono nocive e 7 (4,5%) ha riferito che tutti i tipi di MGF non sono dannose. Allo stesso modo mentre il 74,5% (117/157) delle ostetriche intervistate ha detto che la MGF è una pratica legale, solo il 25,5% (40/117) erano del parere che la MGF fosse una pratica illegale. La stragrande maggioranza delle intervistate (64,3%, 101/157) riteneva che le MGF riducessero il piacere sessuale. Più della metà (53,5%, 84/157) dei partecipanti hanno affermato che le MGF non aumentano il rischio di trasmissione dell'HIV. Un'alta percentuale di intervistati è a conoscenza delle possibili complicanze (71,3%, 112/157). Dovrebbe essere fatto uno sforzo notevole per scoraggiare il proseguimento della pratica MGF tra le ostetriche in Sudan. Questo risultato si potrebbe ottenere migliorando la conoscenza e la consapevolezza tra le ostetriche e le comunità (Abdel , 2012).

La prevalenza delle MGF in Gambia è del 76,3%. L'obiettivo del paper di Kaplan *et al.* è stato quello di ottenere informazioni precise sulle conseguenze per la salute a lungo termine, nonché sull'impatto sul parto e sulla salute dei neonati.

I dati sono stati raccolti su 588 pazienti di sesso femminile in cura prima della gravidanza o il parto in ospedali e centri sanitari. La prevalenza di pazienti che avevano subito MGF è stata del 75,6% (tipo I: 75,6%; tipo II: 24,4%). Le donne con diabete avevano una prevalenza significativamente più alta di problemi di salute a lungo termine (ad esempio, dismenorrea, dolore vulvare o vaginale), e problemi legati alla guarigione anomala (ad esempio, fibrosi, cheloidi, sinechie), e disfunzioni sessuali. Le donne con MGF avevano anche molte più probabilità di soffrire di complicazioni durante il parto (strappo perineale, travaglio, episiotomia, cesareo, nati morti) e le complicanze associate alla guarigione anomala la pratica. Allo stesso modo, i neonati avevano più probabilità di soffrire di complicazioni come sofferenza fetale e caput della testa fetale.

Questo studio dimostra che alle MGF è associata una varietà di conseguenze per la salute a lungo termine, che le donne con MGF hanno quattro volte più probabilità di soffrire di complicazioni durante il parto, e il neonato ha quattro volte più probabilità di avere complicazioni di salute se la partoriente ha subito MGF. Questi risultati evidenziano per la prima volta l'entità delle conseguenze durante il parto e per il neonato, associata a MGF in Gambia.

L'indagine mette in evidenza il fatto che le complicazioni durante il parto sono notevolmente aumentati per le donne con MGF rispetto alle donne che non le hanno subite, così come i tassi di nati morti e complicazioni di salute per i neonati. I dati sono stati raccolti dagli studenti di ostetricia in Gambia durante il loro praticantato al termine della specializzazione, contribuendo così a sensibilizzare e istruire gli studenti e i loro tutor sulle conseguenze delle MGF. I risultati, a prescindere dal loro valore scientifico intrinseco, sono anche molto utili per il trasferimento di conoscenze mediche per quanto riguarda la nocività delle MGF agli operatori sanitari del Gambia, e rafforzano la necessità di attuazione di un programma nazionale di formazione per gli operatori sanitari e studenti per quanto riguarda la questione, mettendo in evidenza le conseguenze sulla salute osservate in Gambia.

I risultati clinici hanno anche un alto valore sociale, come dimostrato nel 2011, quando sono stati presentati al Colloquium of West African Imams and Oulemas, in Mauritania, portando ad una risoluzione "Fatwa" che riconosce le MGF come una pratica dannosa e conferma l'impegno delle autorità musulmane per evitare la sua perpetuazione (Kaplan, Forbes, Bonhoure, *et al.*, 2013).

La Somalia è uno dei paesi dove la pratica è più diffusa. Un interessante studio ha esaminato gli atteggiamenti verso le MGF intervistando (attraverso un questionario strutturato) 215 persone selezionate casualmente, tra cui uomini e donne, a Hargeisa, in Somalia, dal luglio al settembre del 2011.

I risultati mostrano che il 97% delle partecipanti allo studio sono state circoncise. Di queste,
81% sono state sottoposte al tipo 3, mentre il 16% è stato sottoposto al tipo 1 o 2 e il 3. Circa l'85% degli intervistati ha intenzione di circoncidere le proprie figlie, con il 13% che pianificano la forma più radicale. Tra gli uomini, il 96% ha preferito sposare donne circoncise, e nel complesso, il 90% degli intervistati sono favorevoli alla prosecuzione della pratica. La stragrande maggioranza degli intervistati dello studio ha una buona conoscenza degli effetti negativi sulla salute della circoncisione femminile. Alcuni ritengono che la circoncisione femminile (la forma Sunna) sia un requisito religioso e in questa forma non sia nociva. Di conseguenza, dal momento che la religione è un fattore significativo dietro l'atteggiamento positivo verso la pratica, interventi religiosi dovrebbero essere la priorità.

Si nota inoltre che le donne erano meno propense a sostenere la prosecuzione della pratica rispetto alle loro controparti maschili. Le campagne di sensibilizzazione dovrebbero essere anche destinate agli uomini, com'è ampiamente noto senza il coinvolgimento degli uomini in programmi di eradicazione, gli sforzi verso l'abolizione della pratica hanno poca possibilità di successo.

Lo studio mostra che il sostegno verso la persistenza della pratica è profondamente alto in Somalia. Le persone sono consapevoli degli effetti della salute e dei diritti umani negati quando si praticano MGF, tuttavia sostengono il proseguimento della pratica. Pertanto, oltre 30 anni di campagne hanno prodotto progressi limitati e ciò richiede un approccio alternativo se si vuol e raggiungere il traguardo dell'eliminazione della circoncisione femminile in Somalia. Tale approccio volto alla eradicazione delle MGF in Somalia dovrebbe nascere e crescere nella comunità locale, e la sua attuazione dovrebbe essere la loro responsabilità (Gele A. A., Bø B.P., Sundby J., 2013).

Infine, la letteratura riporta diversi lavori che indagano la questione delle MGF rispetto alle leggi e ai diritti umani. Si riscontra un diffondersi sempre più ampio in Africa e nei paesi dove la pratica è diffusa di leggi che la vietano e che la inquadrano come crimine che lede i diritti umani di base (Cfr. Magied, 2013, Mujuzi, 2012).

I media occidentali hanno ampiamente trattato il tema delle MGF in Africa, anche se spesso solo da una posizione unilaterale e parziale, legata al proprio punto di vista, presentando le MGF in modo uniforme e ignorando le complessità culturali che sottendono queste pratiche. Anche se concordiamo che debbano essere abbandonate, il dibattito sulla questione deve essere fondato su una migliore esposizione dei fatti.

Paradossalmente, l'effetto di alcune campagne anti-mutilazione in Africa è quello di dare un maggiore controllo sul corpo e la vita delle donne ai governi locali, leader politici e ai religiosi, perlopiù maschi. Sarebbe auspicabile che le donne guidassero maggiormente i programmi di abbandono.

Lo studio del Public Policy Advisory Network on Female Genital Surgeries in Africa, (2012) illustra sette punti, che mettono in discussioni molte convinzioni sulle MGF che si dovrebbero tenere presenti nel tentativo di mettere fine alla pratica MGF.

1. Ricerche condotte da ginecologi e altri ricercatori hanno dimostrato che una elevata percentuale di donne che hanno subito mutilazioni hanno una vita sessuale soddisfacente, conservano desiderio, eccitazione, orgasmo, la loro frequenza di attività sessuale non è ridotta.

2. È molto pubblicizzato il fatto che le MGF abbiano effetti gravi sulla salute riproduttiva e determinino sensazionalismo complicanze mediche, ma si tratta di abbastanza rari in Africa che rappresentano l'eccezione piuttosto che la regola.

3. In molti centri medici in Africa le MGF sono viste come interventi estetici che migliorano il corpo e non nell'accezione negativa di mutilazioni.

4. La chirurgia ai genitali non è limitata alle donne.

5. Non c'è una vera associazione tra patriarcato e persistenza e volontà di praticare le MGF.

6. Le MGF sono tipicamente controllate e gestite dalle donne.

7. I risultati dello studio WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome e che non sono stati molto pubblicizzati non supportano la convinzione che le MGF sia causa di morte di madri e figli durante il parto.
(Public Policy Advisory Network on Female Genital Surgeries in Africa, 2012) .
Si tratta certo di una questione difficile da interpretare e che è alimentata da secoli di convinzioni errate e malintesi, ma come sempre è importante non criminalizzare e non forzare sensazionalismi.

2.2 Cambiamento

Dal 2008, il "Joint programme" (UNFPA-UNICEF, (2012), *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting Updated Proposal August 2012 --from the original November 2007)* è stato lo strumento privilegiato delle Nazioni Unite per la promozione dell'abbandono delle MGF, sfruttando le dinamiche sociali emergenti a livello comunitario, nazionale, livello regionale e globale, al fine di contribuire all'abbandono di questa pratica in una sola generazione. Il successo documentato del programma costituisce un risultato concreto di approccio culturalmente sensibile e olistico basato sui diritti umani e utilizzato per sostenere le comunità nel cambiare le norme sociali e per consentire ai governi di creare ambienti favorevoli ad un processo di cambiamento sociale che migliori la situazione delle ragazze attraverso il riconoscimento e il rispetto dei loro diritti.

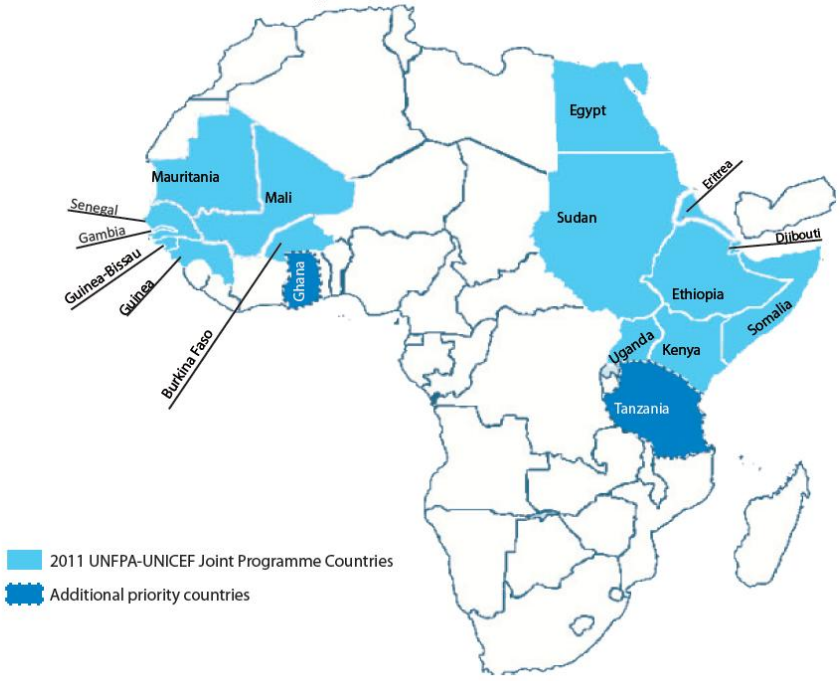
Basandosi sui successi dei primi tre anni, è stato deciso dal Comitato Direttivo di prorogare il termine del programma di un anno fino al 31 dicembre 2013. Questo ha dato al programma più tempo per proseguire il programma di ridurre la prevalenza delle MGF. Il programma comune è oggi il più grande sforzo programmatico al mondo per promuovere l'abbandono delle MGF, e attualmente è attivo in 15 paesi.

Tabella 2.1 - Paesi che sono entrati a far parte del Joint Programme

Country entry date in the FGM/C joint programme		
2008	**2009**	**2011**
1 - Djibouti	9 - Burkina Faso	13 - Eritrea
2 - Egypt	10 - Gambia	14 - Mali
3 - Ethiopia	11 - Uganda	15 - Mauritania
4 - Guinea	12 - Somalia	
5 - Guinea Bissau		
6 - Kenya		
7 - Senegal		
8 - Sudan		

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2011

Figura 2.1 - I paesi del Joint Programme



Fonte: UNFPA-UNICEF, 2011

Come parte di un approccio strategico innovativo, le due agenzie delle Nazioni Unite lavorano in sinergia con i governi nazionali, supportando attività community-based e nazionali. Il principale orientamento del programma è di sostenere e accelerare gli sforzi già intrapresi a livello nazionale e regionale. UNFPA e UNICEF continueranno a lavorare congiuntamente in collaborazione con i partner per contribuire all'abbandono della pratica. L'obiettivo della proposta congiunta è stato delineare le aree chiave su cui agire e redigere una valutazione finale congiunta del

programma comune che ne sintetizzi i risultati, le lezioni apprese e le decisioni strategiche per il futuro.

Le valutazioni di sforzi passati hanno fornito la base per la formulazione di un modello di programma olistico che comporta una comprensione delle MGF come norma sociale e fornisce supporto agli interventi con più interlocutori su più livelli (locale, nazionale e globale). Basandosi su nuovi sviluppi nelle scienze sociali e da evidenze empiriche, l'approccio prende come riferimento e punto di partenza e arrivo i diritti umani ed è utilizzato per migliorare misure complementari, quali una legislazione efficace, l'impegno della comunità, il rafforzamento dei servizi per la salute riproduttiva e iniziative di educazione dei giovani.

L'approccio programmatico è in vigore dal 2008 con la Dichiarazione Interagency: Eliminazione della Mutilazione genitale femminile, firmata da 10 agenzie delle Nazioni Unite ed è guidato dai seguenti principi:

- Le MGF sono un problema significativo per la salute sessuale e riproduttiva;
- Bisogna valorizzare le comunità, che devono essere in grado di fare delle scelte collettive;
- Dichiarazioni pubbliche di impegno ad abbandonare le MGF sono un potente mezzo di persuasione;
- È necessario coinvolgere i leader tradizionali e religiosi come agenti di cambiamento;
- È importante fermare la medicalizzazione delle MGF;
- Campagne mediatiche efficaci formano/modificano gli atteggiamenti;
- Un quadro giuridico basato sui diritti umani accelera l'abbandono.

Fin dall'inizio del programma, comunità e gruppi, in 14 dei 15 paesi hanno pubblicamente dichiarato la loro intenzione di abbandonare le MGF. Il numero di comunità coinvolte è aumentato da circa 3.200 nel 2008 a oltre 8.000 nel 2012, con un aumento del 30% all'anno. Questa è una forte indicazione del fatto che le norme sociali intorno alla pratica stanno cominciando a cambiare. A partire dal 2012, 12 dei 15 paesi del programma hanno promulgato leggi che vietano la pratica. L'impegno a lungo termine da parte dei governi africani è aumentato negli ultimi quattro anni e indica che gli interventi governativi continueranno (Cfr. UNFPA-UNICEF, 2012, *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting Updated Proposal August 2012* (*from the original November 2007*).

Tabella 2.2 - I sette goal stabiliti dal Joint Programme

GOAL ONE	Laws and Policies Against FGM/C
GOAL TWO	Local Commitment To FGM/C Abandonment
GOAL THREE	Media Campaigns and Other Forms of Communication
GOAL FOUR	Integration of Prevention and Care of FGM/C Into Reproductive Health Services
GOAL FIVE	New and Existing Partnerships with Religious and Traditional Leaders and other Institutions
GOAL SIX	Tracking of Programme Benchmarks
GOAL SEVEN	Strengthened Regional Dynamics for the Abandonment of FGM/C

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

Tabella 2.3 - Comunità che hanno annunciato il loro impegno ad abbandonare le MGF

Country	Communities in 2011
Burkina Faso	104
Djibouti	99
Egypt	-
Ethiopia	*200*
Eritrea	4
Gambia	586
Guinea	160
Guinea-Bissau	-
Kenya	15
Mali	*21*
Mauritania	78
Senegal	760
Somalia	211
Sudan	470
Uganda	36
Total	**2,744 Communities**

These achievements are a result of combined funds provided by several donors to UNICEF, UNFPA and NGOs partners

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

Tabella 2.4 - Media coinvolti nel Joint Programme contro le MGF

Country	2011
Burkina Faso	840
Djibouti	40
Egypt	75
Ethiopia	104
Eritrea	12
Gambia	333
Guinea	1
Guinea-Bissau	90
Kenya	122
Mali	504
Mauritania	22
Senegal	773
Somalia	175
Sudan	336
Uganda	58
Total	3,485

These achievements are a result of combined funds provided by several donors to UNICEF, UNFPA and NGOs partners

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

Tabella 2.5 - Numero di giornalisti addestrati dal Joint Programme

Country	2011
Burkina Faso	32
Egypt	265
Eritrea	45
Guinea	30
Mali	80
Mauritania	30
Uganda	30
Total	512

These achievements are a result of combined funds provided by several donors to UNICEF, UNFPA and NGOs partners

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

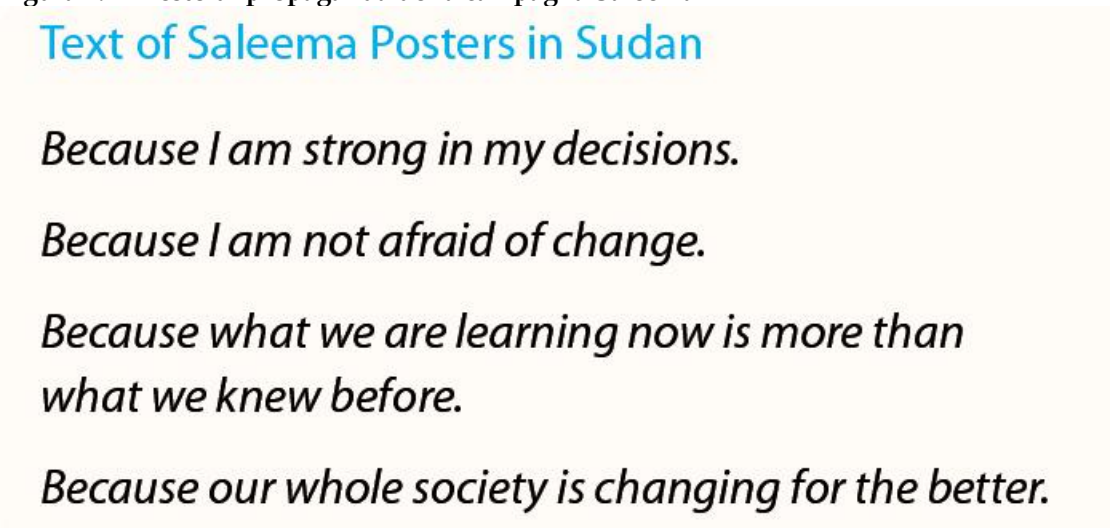
Nel 2008, il Sudan's National Council on Child Welfare (NCCW) e il National Strategic Planning Centre hanno approvato una strategia finalizzata a determinare l'abbandono delle MGF in tutto il paese in una generazione. La strategia si concentra sulla promozione del dialogo che stimola un cambiamento collettivo comportamentale all'interno della comunità. Si sono tenute consultazioni con attivisti, esperti di comunicazione, accademici, linguisti, poeti, studiosi, religiosi, membri delle comunità e il personale del Joint programme. La strategia che è emersa comporta la sostituzione ed

eliminazione delle idee e parole negative come *Ghalfa* in riferimento alle ragazze non mutilate, con altre parole, che descrivono il fatto di non essere mutilate come uno stato desiderabile e naturale. Ma la campagna cerca anche di non screditare una tradizione di lunga data. Crea una nuova norma sociale che prenda il posto di quella antica e che celebra le ragazze che sono *Saleema* - nome di femminile arabo che significa tutto, intatto, sano nel corpo e nella mente, illeso, incontaminato, nella condizione in cui Dio ci ha creato, perfetto.

Ma frenare le MGF richiede più che cambiare un'etichetta. A partire dal 2008, gli attivisti locali e coloro che si occupano dei media in tutti i 15 stati del Sudan sono stati addestrati a spiegare le conseguenze delle reti comunitarie che sostengono le MGF e sono stati ingaggiati per realizzare la campagna nazionale, lanciata ufficialmente nel gennaio 2010. L'idea è quella di posizionare il messaggio *Saleema* nella cultura locale attraverso le canzoni (c'è una canzone della campagna), la poesia e la TV di animazione. Vengono utilizzati abiti con colori tradizionali *Saleema* - soprattutto arancio, rosso, giallo e verde - e prodotti promozionali tra cui ceramiche, striscioni, tovaglie e manifesti contenenti cinque diversi messaggi. Ci sono quattro diversi script radio e un video animato.

Circa 640 comunità sudanesi sono coinvolte nella campagna *Saleema*, rispetto ai 450 nel 2009. Ogni comunità ha circa 30 reti attive - di giovani, donne, bambini, dirigenti, studiosi di religione, legislatori e rappresentanti dei media - che sono la chiave per diffondere il concetto *Saleema*. Il governo è impegnato sia a livello nazionale e statale, e attraverso il ministero del welfare. Si tratta di un programma ampio e importante che ha coinvolto diversi livelli della società promettendo ottimi risultati.

Figura 2.2 - Testo di propaganda della campagna Saleema



Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

In questa prospettiva all'inizio del 2011 lo Stato di Khartoum e il Ministero della Salute, in collaborazione con il NCCW e l'UNICEF, hanno lanciato un programma chiamato *Born Saleema* per proteggere i neonati e le bambine.

Figura 2.3 - Il giuramento Saleema

The Born Saleema Pledge

"I add my name to the growing number of those who pledge to protect their daughters by keeping them Saleema, the way God made them, and especially by keeping them safe from the lifelong harm caused by female genital mutilation/cutting."

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

Le donne che partoriscono bambine sono registrate e visitate da sanitari appositamente formati che spiegano i vantaggi di *Saleema* ai genitori e membri della famiglia che è invitata ad aderire alla campagna. Le famiglie che aderiscono firmano un impegno.

Una volta che madre e bambino lasciano l'ospedale, ogni famiglia *Saleema* è monitorata attraverso visite a domicilio da parte di operatori sanitari. I servizi sanitari, comprese le vaccinazioni, cibo, consulenza sono forniti gratuitamente. Si prevede che il successo della campagna a Khartoum aprirà la strada per l'integrazione del programma in tutti i servizi per la salute riproduttiva del Sudan.

Una serie di importanti lezioni sono emerse dagli ultimi quattro anni di lavoro del programma comune di collaborazione con i governi, le ONG partner, gruppi della società civile e le comunità locali. È diventato sempre più chiaro che mentre le leggi nazionali contro la MGF sono importanti, al fine di essere efficaci nel bloccare la pratica devono essere sostenute da politiche nazionali che conferiscono competenze chiave agli attori governativi per fornire sostegno alle comunità e per porre fine alla pratica. I funzionari della giustizia hanno anche bisogno di essere accuratamente addestrati e formati per applicare la legge e la polizia dovrebbe essere istruita in materia di diritti umani; inoltre, le norme della legislazione nazionale contro le MGF devono essere tradotte e distribuite in tutte le lingue locali in una forma facile da capire per tutti.

Purtroppo, quando un paese passa una legge contro le MGF, a volte la pratica viene eseguita clandestinamente o in un altro paese dove è ancora legale. Anche se l'applicazione della legge può essere un deterrente, in ultima analisi, l'unica cosa che spazzerà via la pratica è una comprensione da parte delle comunità le MGF non hanno alcuna utilità ed i loro effetti sono solo negativi.

È importante che le persone capiscano perché dovrebbero rifiutare tutte le forme di MGF, anche le più blande. La ragione è che tutte le forme sono una violazione dei diritti delle donne, della loro integrità, autonomia e dignità. Maggiore attenzione dovrebbe essere prestata alla emancipazione delle donne attraverso una comprensione dei loro diritti.

Alcuni leader religiosi continuano a collegare le MGF con l'Islam: questo equivoco va corretto. I leader religiosi hanno la responsabilità di fornire una guida che promuova la salute, il benessere e la dignità di tutti i membri della loro comunità in tutti gli aspetti della vita, comprese le MGF. I leader religiosi e gli operatori sanitari possono creare reti e rendere le campagne di comunicazione ancora più efficaci. Il coinvolgimento di importanti capi tradizionali nella campagna di sensibilizzazione è anche una strategia efficace che può portare ad abbandonare la pratica, e la partecipazione dei comunicatori tradizionali rafforza e modifica anche la cultura locale.

Utilizzando dei portavoce all'interno di una comunità si può meglio coinvolgere e ottenere il sostegno della stessa.

Sempre più i mezzi di comunicazione sono frequentati dai leader religiosi e dai rappresentanti delle comunità. Può essere molto efficace riprendere/proporre le voci degli stessi membri della comunità, che sono molto convincenti nel promuovere l'abbandono delle MGF tra i membri del proprio gruppo si appartenenza.

I giovani e gli uomini hanno bisogno di essere ancora più attivamente coinvolti. È importante dare vita ad un approccio partecipativo alla progettazione, e implementare i processi di valutazione dei risultati in modo da individuare le strategie migliori. I programmi dovrebbero estendersi per più anni in modo da poter garantire una continuità di contatto e presenza nelle comunità in grado di costruire relazioni di fiducia con le comunità a lungo termine.

La comprensione dei diritti e delle responsabilità umane è la chiave per la trasformazione sociale e può porre una base importante per tutte le attività di sviluppo. Al fine di non mostrarsi troppo giudicanti nei confronti di altre culture, bisogna valorizzare e supportare le tradizioni africane positive. Infine, vi è la necessità di istituire strutture e iniziative per fornire alle donne che hanno subito le mutilazioni un supporto legale, medico e psicologico.

Tabella 2.6 - Una selezione di risultati chiave del Joint Programme 2011-2012

Output	Indicator	2010	2011
Output 1	*1.2. Joint Programme Countries with laws (both national and regional) on FGM/C (out of 15)*	9	11
	1.3. Enforcement of legislation relevant to FGM/C.	198	141
	2.3. Number of communities that made public declarations to abandon FGM/C.	596	2,744
	Number of families in Sudan and Egypt who abandoned the practice	16,095	3,602 (Egypt only)
	Number of Inter-Community Meetings Held.	239	
Output 3	*Media events on FGM/C*	2,784	3,485
Output 4		In 2010, the Joint Programme analyzed, disseminated and applied research conducted in 2009 in Egypt, Djibouti and Somalia. Nine country case studies and five articles on FGM/C programming were produced.	In 2011, the Joint Programme applied leassons learned from 2010-2011 programme evaluations in Somalia, and Djibouti while new evaluations were undertaken in Ethiopia and Eritrea (under finalization). The Joint Programme implemented a revised logical framework for the programme, as well as a standard database for tracking of key indicators.
Output 5	*5.1. Existence of adequate health policies that address FGM/C.*		11 out of 15 countries report that there is an adequate health policy in place to address FGM/C.
	Health facilities integrating the management of complications of FGM/C in 2010	484	10 out of 15 countries reported training health care providers in health facilities at local and national levels. According to country reports, at least 86,954 health care providers were trained in 2011, and at least 216 facilities had integrated FGM/C-related treatments into their services.
	Health care providers trained	1,429	
	Women and girls who received services for complications from FGM/C	41,121	55,183
	Religious leaders publicly declaring that FGM/C should be abandoned	6,356	4,107

Output 6	*NGOs/government entities incorporating social norms approaches into policies and programmes*	233	
	NGOs/CBOs/management committees trained	678	
Output 7		In 2010, the target countries received regular and on-going capacity building through staff visits and on line. The 2010 country work plan was reviewed during the annual consultation in mid-2010; examples of targets and indicators were provided and countries received assistance in introducing result-based indicators. The Joint Programme collaborated with the Program on International Health and Human Rights (PIHHR), Harvard School of Public Health, in developing more human rights-based, culturally sensitive monitoring, evaluation and reporting indicators and tools to guide fieldwork and future analysis.	In 2011, the monitoring and reporting functions were supported with additional technical inputs from headquarters and regional offices. Annual workplanning benefitted from a revised worksheet that incorporated a tracking function. The revised programme indicators were circulated to country offices, accompanied by an Excel database and three trainings on its content (2 Webinars and 1 in-person training). Country offices reported that, by and large, the implementing partner reports were delivered in a timely manner, but with varying degrees of quality. All countries highlighted the need for increased capacity within all stakeholders (UNICEF, UNFPA, Government Agencies and implementing partners) to monitor, synthesize and report on programme outputs.
Output 8	*Functioning sub-regional coalitions*	73	
	Sub-Regional Declarations		33
Output 9	*Global advocacy events on FGM/C conducted*	8	9
Output 10		In 2010, 11 academic experts were invited to the fourth Academic Consultation on Social Conventions and Social Norms, organized by UNICEF. The Joint Programme also collaborated with the Program on International Health and Human Rights (PIHHR), Harvard School of Public Health, developed a literature review, guidance for integrating human rights into the intervention (the theoretical and analytical framework) as well as country context summary reports.	The Joint Programme embarked on a new data analysis, led by UNICEF, of existing household survey data from DHS and MICS to analyse trends in FGM/C prevalence and practice over the past 20 years. The publication, which will be out in late 2012 (due to data availability considerations) will examine programmatic theories in relation to the data. In addition, 2011 marked the implementation of the revised logical framework developed by Harvard University's Programme on International Health and Human Rights, reported in 2010.

*These achievements are a result of funds provided by the Joint Programme as well as other donors to the UNFPA, UNICEF, Government and NGO partners.

Fonte: UNFPA-UNICEF, 2012

La prevalenza delle mutilazioni genitali femminili (MGF) si sta riducendo in quasi tutti i paesi in cui la pratica è considerata una tradizione. Ci sono enormi differenze tra i paesi e le comunità, però, ci sono stati in generale molti abbandoni e in molti paesi e comunità la pratica è stata più che dimezzata da una generazione a quella successiva. Vari interventi attuati negli ultimi 30-40 anni sono stati fondamentali per stimolare questa riduzione, anche se nella maggior parte dei casi la diminuzione è stata lenta. Questo solleva interrogativi circa l'efficacia degli interventi per eliminare le mutilazioni genitali femminili e l'urgente necessità di incanalare le limitate risorse disponibili dove il terreno è più fecondo e l'abbandono più importante. Lo studio di Johansen *et al.* ha lo scopo di contribuire alla progettazione di interventi più efficaci per valutare meglio cosa funziona e cosa non funziona e discute alcune degli approcci più comuni che sono stati valutati: rischio per la salute, conversione di escissori, formazione di professionisti della salute come agenti di cambiamento, riti alternativi, approcci di comunità, dichiarazioni pubbliche e misure legali.

Nel tentativo di favorire l'abbandono completo delle MGF è necessario mettere in atto un programma che fornisca un approccio olistico che si estenda su diversi livelli e attività, gli autori ritengono che è altrettanto importante una pianificazione e un adattamento locale degli interventi. Prima di mettere in atto qualsiasi intervento va valutata la situazione di partenze e creato un approccio adatto alla comunità a cui ci si rivolge. Questo produrrà una disponibilità della comunità a cambiare, e permetterà di comprendere alcuni fattori relativi alla MGF, processi decisionali, dinamiche di potere, significati attribuiti alle MGF, fondamentali per un approccio corretto al problema. Bisognerebbe inoltre includere piani e procedure per il monitoraggio del processo. Ciò comporta una documentazione completa di ciascuna fase dell'intervento. Infine, un buon progetto dovrebbe includere la valutazione della produzione e risultati e confrontare la situazione prima e dopo e / o stabilire un luogo di confronto. Si deve tener conto che gli interventi richiedono tempo considerevole prima che possano

provocare cambiamento effettivo. Il tempo necessario può variare notevolmente tra le comunità, a seconda di vari fattori locali e contestuali (Johansen, Diop, Laverack, *et al.*, 2013).

L'UNICEF e il Governo della Gran Bretagna hanno inoltre organizzato per il mese di luglio del 2014 il primo vertice, *Girl Summit 2014*, volto mobilitare gli sforzi nazionali e internazionali per porre fine alla mutilazione genitale femminile e il matrimonio precoce e forzato (CEFM) nell'arco di una generazione.

Le ragazze e le donne hanno il diritto di vivere libere dalla violenza e dalla discriminazione e realizzare il loro potenziale, ma milioni non hanno potuto farlo a causa di pratiche dannose quali le MGF e CEFM, che sono illegali nel Regno Unito.

La buona notizia è che le cose stanno cambiando. Nel cuore delle comunità e delle famiglie nel Regno Unito e in tutta l'Africa, Asia meridionale, Medio Oriente e in Europa, sempre più persone stanno dicendo di no a queste pratiche. Il nostro ruolo è quello di andare oltre, sostenere e accelerare i loro sforzi per il loro fine.

Figura 2.4 - La pagina di presentazione del sito del vertice

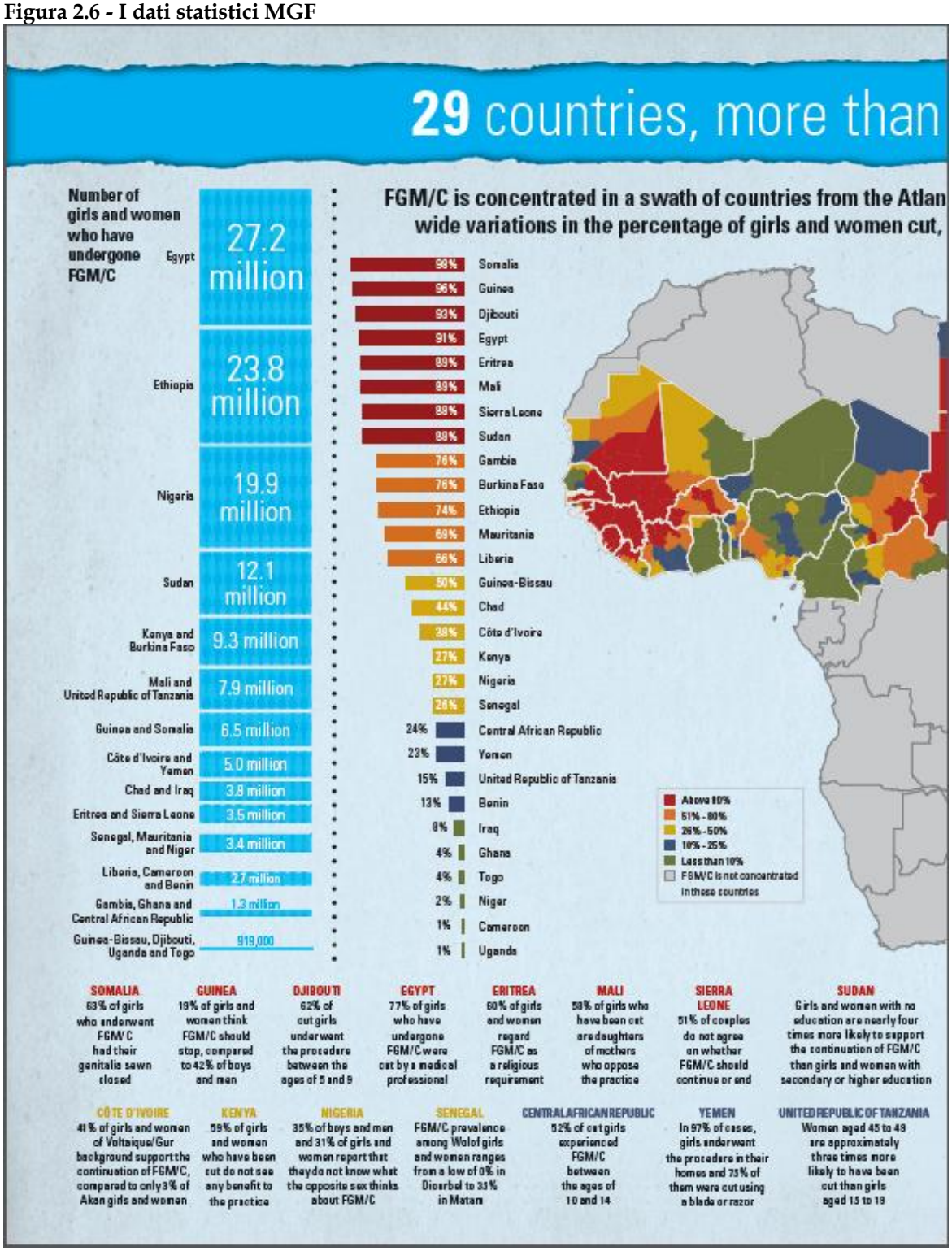
Fonte: http://www.girlsummitpledge.com/

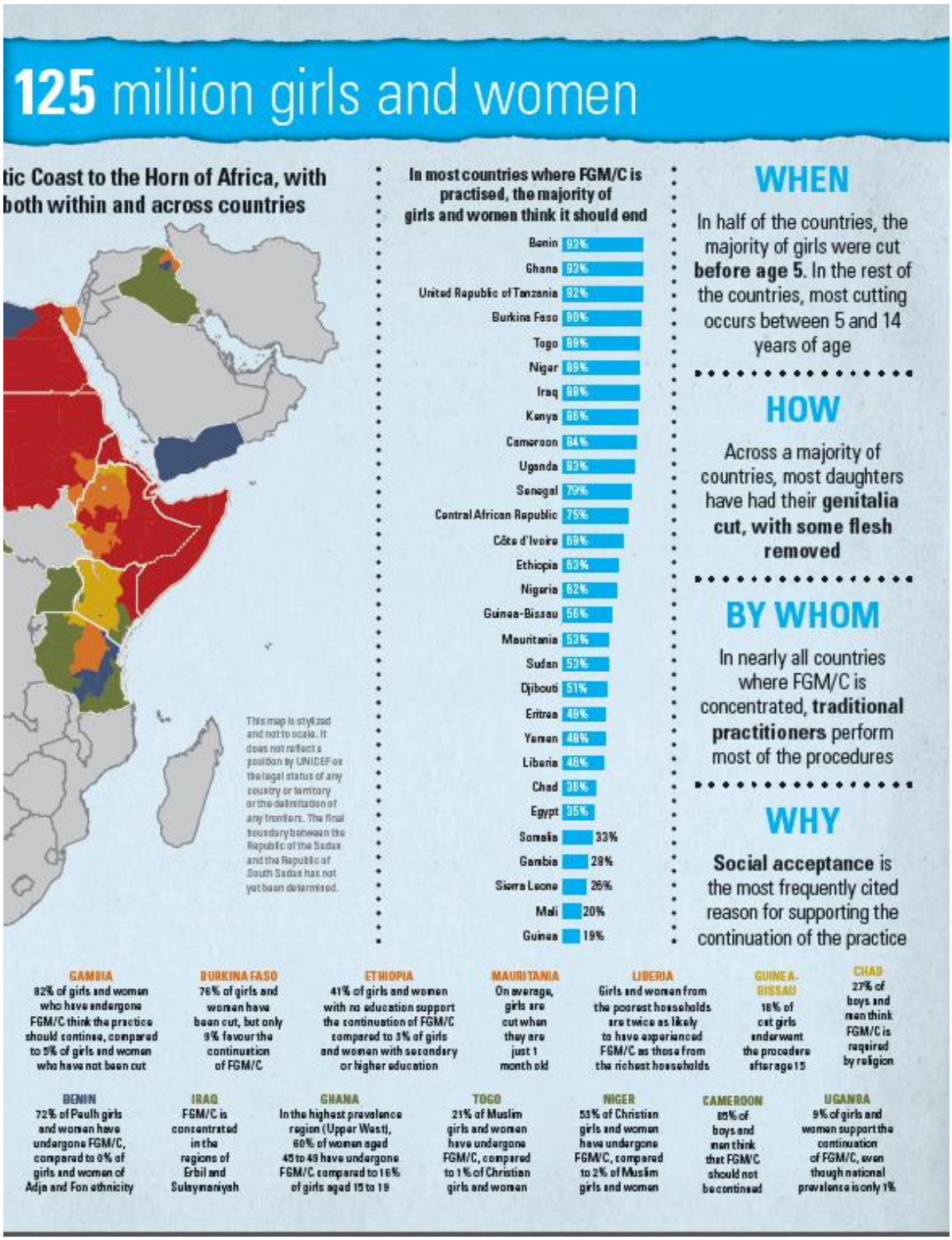
Figura 2.5 - Il vertice è pubblicizzato e promosso sui social network

Fonte: http://www.girlsummitpledge.com/

Il rapporto dell'Unicef *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change* (2013) è una panoramica statistica completa delle mutilazioni genitali femminili nei 29 paesi dove la pratica è concentrata. L'analisi dei dati riflette la situazione attuale e informa sulle ultime iniziative politiche. Lo scopo della relazione è di realizzare una comprensione approfondita delle MGF che può servire allo sviluppo di politiche e programmi, con l'obiettivo finale di eliminare la pratica.

Figura 2.6 - I dati statistici MGF





Fonte: Unicef: *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change* (2013)

Tabella 2.7 - Paesi dove la pratica persiste

Benin	DHS 2001, DHS 2006
Burkina Faso	DHS 1998-1999, DHS 2003, MICS 2006, DHS/MICS 2010
Cameroon	DHS 2004
Central African Republic	DHS 1994-1995, MICS 2000, MICS 2006, MICS 2010
Chad	MICS 2000, DHS 2004, MICS 2010
Côte d'Ivoire	DHS 1994, DHS 1998-1999, MICS 2006, DHS 2012
Djibouti	MICS 2006
Egypt	DHS 1995, DHS 2000, DHS 2003, DHS 2005, DHS 2008
Eritrea	DHS 1995, DHS 2002
Ethiopia	DHS 2000, DHS 2005
Gambia	MICS 2005-2006, MICS 2010
Ghana	DHS 2003, MICS 2006, MICS 2011
Guinea	DHS 1999, DHS 2005
Guinea-Bissau	MICS 2006, MICS/Reproductive Health Survey (RHS) 2010
Iraq	MICS 2011
Kenya	DHS 1998, DHS 2003, DHS 2008-2009
Liberia	DHS 2007
Mali	DHS 1995-1996, DHS 2001, DHS 2006, MICS 2010
Mauritania	DHS 2000-2001, MICS 2007, MICS 2011
Niger	DHS 1998, DHS/MICS 2006
Nigeria	DHS 1999, DHS 2003, MICS 2007, DHS 2008, MICS 2011
Senegal	DHS 2005, DHS/MICS 2010-2011
Sierra Leone	MICS 2005, DHS 2008, MICS 2010
Somalia	MICS 2006
Sudan	DHS 1989-1990, MICS 2000, Sudan Household Health Survey (SHHS) 2006, SHHS 2010
Togo	MICS 2006, MICS 2010
Uganda	DHS 2006, DHS 2011
United Republic of Tanzania	DHS 1996, DHS 2004-2005, DHS 2010
Yemen	DHS 1997

Fonte: Unicef: *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change* (2013)

Tabella 2.7 - 24 dei 29 paesi in cui la pratica è presente hanno emanato una legge contro le MGF

Benin	2003
Burkina Faso	1996
Central African Republic	1966, 1996*
Chad	2003
Côte d'Ivoire	1998
Djibouti	1995, 2009*
Egypt	2008
Eritrea	2007
Ethiopia	2004
Ghana	1994, 2007*
Guinea	1965, 2000*
Guinea-Bissau	2011
Iraq (Kurdistan region)	2011
Kenya	2001, 2011*
Mauritania	2005
Niger	2003
Nigeria (some states)	1999-2006
Senegal	1999
Somalia	2012
Sudan (some states)	2008-2009
Togo	1998
Uganda	2010
United Republic of Tanzania	1998
Yemen	2001

Fonte: Unicef: *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change* (2013)

Figura 2.7 - MGF nelle comunità di migranti in Europa e Nord America: difficile fare una stima della prosecuzione della pratica in terra di migrazione, anche se tendenzialmente la migrazione produce un effetto di mitigazione

Although no nationally representative data on FGM/C are available for countries including Colombia, Jordan, Oman, Saudi Arabia and parts of Indonesia and Malaysia, evidence suggests that the procedure is being performed.[63] It is also practised in pockets of Europe and North America, which, for the last several decades, have been destinations for migrants from countries where the cutting of girls is an age-old tradition.[64] Interest is growing in measuring the actual extent of the practice in migrant communities, motivated by awareness of the need to provide appropriate medical care to women who have been cut and social services to prevent FGM/C from being performed on their daughters.

For some destination countries, estimates of FGM/C prevalence have been generated by combining figures on the number of immigrant women above a particular age (15 or 18) and the national prevalence in their country of origin. The number of girls who are at risk of being cut is calculated by applying national FGM/C prevalence to the number of daughters of immigrants from these same countries. These are considered maximum estimates of the number of women who have undergone the procedure or girls at risk of being cut, and are problematic for a number of reasons.

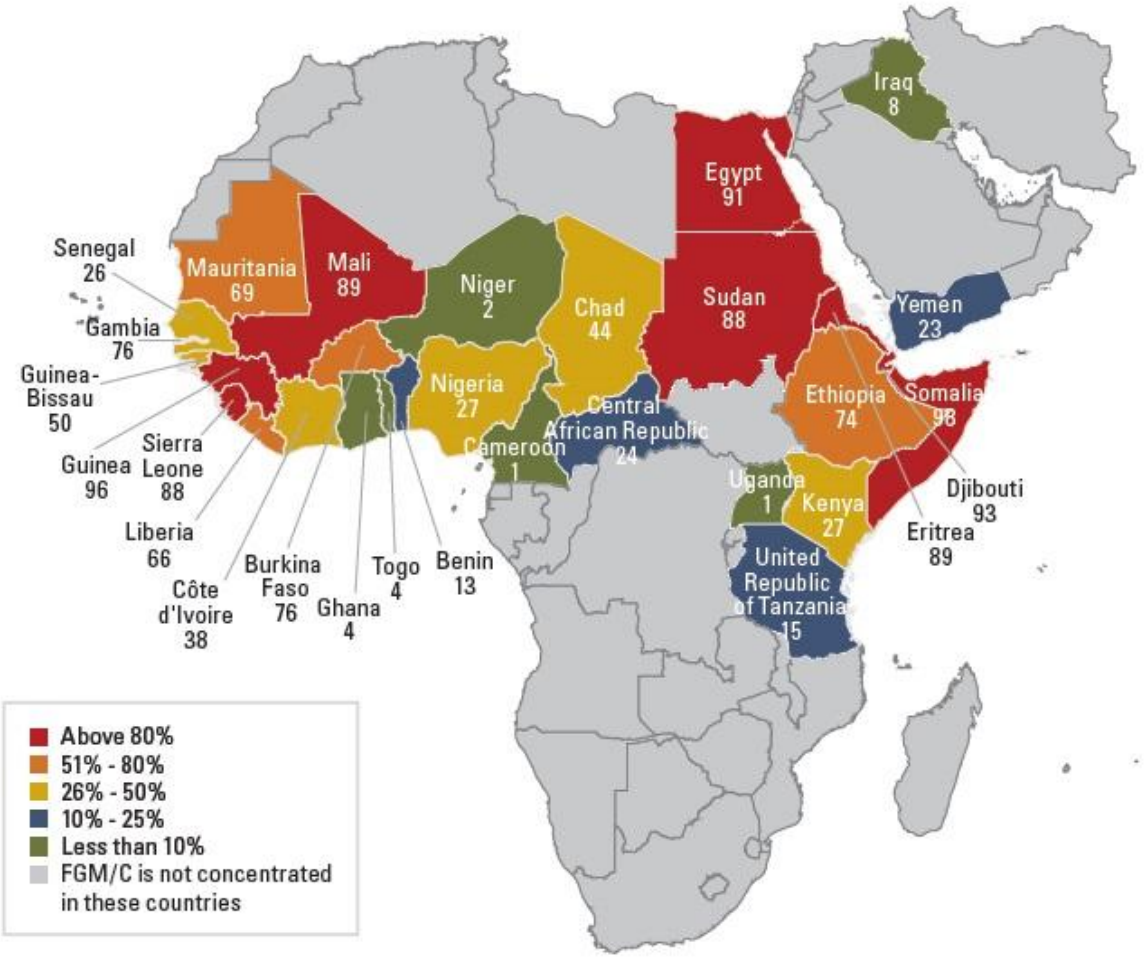
First, not all women who emigrate are equally likely to undergo FGM/C, particularly if they are from countries with moderate or low prevalence. The data presented in this chapter document variability in the prevalence of FGM/C along lines including ethnicity, urban/rural residence, education and wealth – factors that are often correlated with the likelihood of emigration. Estimates could be readily improved by knowing a woman's ethnicity and using estimates of FGM/C prevalence for that ethnic group.

Second, using national prevalence levels to estimate the number of girls at risk overestimates the true risk for girls from countries where there has been a decline in FGM/C prevalence. Using prevalence figures for women in the 15-19 age cohort in the country of origin can improve the accuracy of estimates.[65]

Finally, some studies have found that parents' intentions to have FGM/C performed on their daughters fades quickly in certain immigrant communities.[66] Much could be learned through a better understanding of how quickly interest in the practice wanes following immigration, and of factors influencing this decline.

Fonte: Unicef: *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change* (2013)

Figura 2.8 - Percentuali di ragazze e donne tra i 15 e i 49 anni che hanno subito MGF in base al paese di provenienza



Fonte: Unicef: *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change* (2013)

Nei paesi in cui le MGF sono concentrate, gli atteggiamenti che portano alla pratica possono essere sfruttati per promuovere la sua eliminazione. Per farlo, è essenziale per esplorare ciò che la gente pensa della pratica.

- Il sostegno offerto varia tra i gruppi con differenti background sociali ed economiche?
- Donne e uomini condividono le stesse opinioni?
- Quali sono i vantaggi percepiti delle MGF?
- Quali sono le ragioni per cui le donne e gli uomini credono di dover continuare?

Nella programmazione bisogna quindi….

- Tenere conto delle differenze tra gruppi di popolazione e tra i confini nazionali.
- Cercare di condurre al cambiamento di atteggiamenti individuali sulle MGF, ma

affrontare anche le aspettative che circondano la pratica all'interno del gruppo sociale più ampio.

- Trovare modi per mettere in luce gli atteggiamenti nascosti favorendo l'abbandono della pratica.
- Aumentare l'impegno di ragazzi e uomini sulle MGF e responsabilizzare le ragazze.
- Aumentare i contatti con i gruppi che non praticano le MGF.
- Promuovere l'abbandono delle MGF e insieme migliorare le condizioni e le opportunità per le ragazze, e non sostenere le forme più lievi della pratica.

2.3 Europa

Quasi cinque anni fa, dieci organizzazioni di varie dimensioni e approcci, che parlano lingue africane ed europee, si sono riunite a Bruxelles con la speranza di portare l'attenzione nei confronti di molte donne e ragazze che vivono o arrivano in Europa e rimangono invisibili. Il problema delle MGF è riconosciuto nelle dichiarazioni politiche chiave e in documenti politici del Parlamento europeo, della Commissione europea e del Consiglio europeo.

Ci sono sei commissari europei impegnati a dare priorità alla prevenzione delle MGF e che hanno lanciato una consultazione pubblica per elaborare misure comunitarie di lotta contro la MGF in Europa e oltre.

Il primo studio di mappatura sulle MGF in Europa redatto dall' European Institute of Gender Equality stabilisce la situazione in Europa, mette in evidenza le buone pratiche e offre raccomandazioni per colmare le lacune nelle conoscenze, nella politica e nelle azioni.

Esiste inoltre una direttiva sui diritti della vittima che offre meccanismi concreti di protezione e l'accesso alla giustizia e servizi di supporto alle donne e bambine sottoposte a MGF. Le direttive di asilo descrivono le MGF come una persecuzione basata sul genere e richiedono il supporto sanitario specifico per i richiedenti asilo perché vittime di MGF.

Ogni anno, circa 180.000 ragazze e donne in Europa sono a rischio di MGF. Posticipare la protezione di queste donne e ragazze significa limitare il loro futuro.

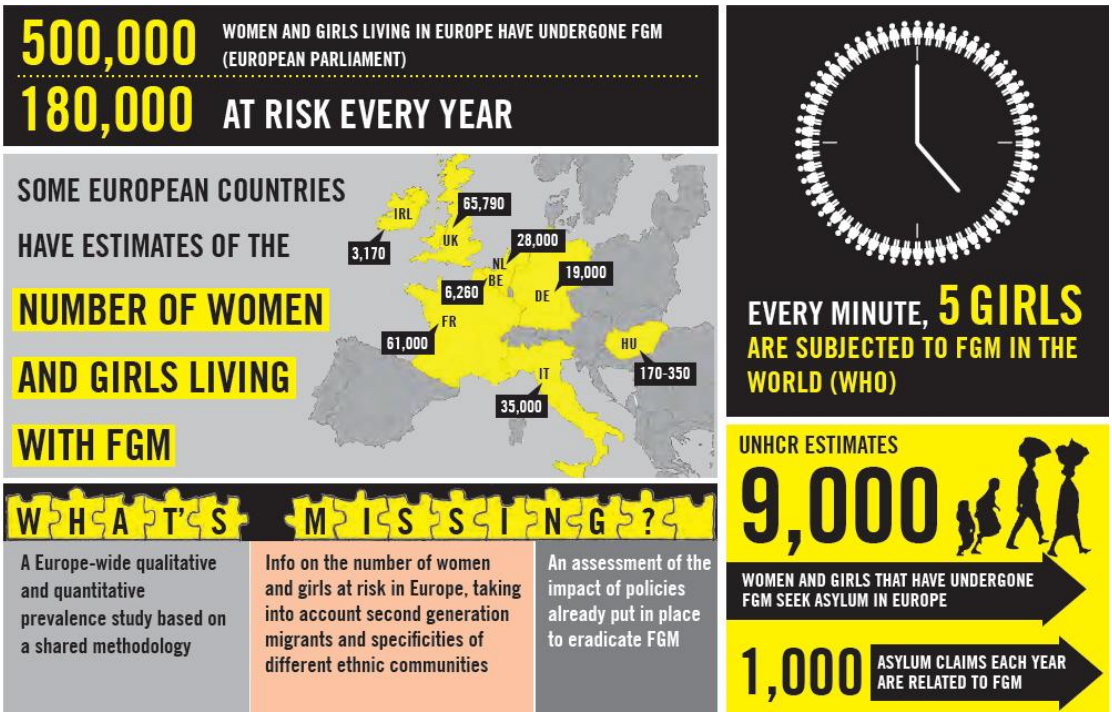
Il 27 febbraio 2013, la Campagna europea END FGM ha organizzato una giornata di mobilitazione a Bruxelles. La campagna offre uno spazio per le donne e le ragazze vittime di MGF per parlare direttamente con l'Unione europea. Le loro esperienze e le competenze delle nostre organizzazioni partner definiscono e guidano le richieste di azione politica europea per eliminare le MGF. Dopo oltre quattro anni di campagne, la questione delle mutilazioni genitali femminili è riconosciuta come un elemento di preoccupazione per l'Europa. Tutte le istituzioni dell'UE pubblicamente affermano che le MGF sono una violazione dei diritti umani e che le donne e le ragazze in Europa hanno il diritto di essere libere da questa violenza.

Il Parlamento Europeo ha emanato una risoluzione contro le MGF

Risoluzione (14 giugno 2012):
"Esorta la Commissione a prestare un'attenzione particolare alle mutilazioni genitali femminili come parte di una strategia globale di lotta alla violenza contro le donne, compresa un'azione comune contro le mutilazioni genitali femminili".

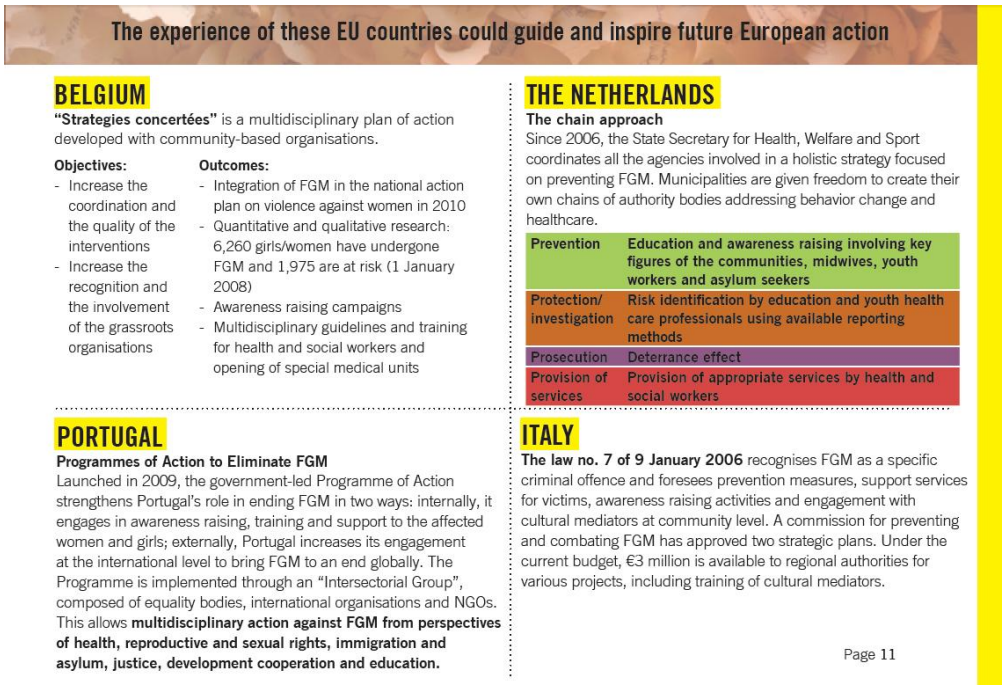
Tutti i paesi dell'UE hanno leggi o specifiche o generali volte alla criminalizzazione delle MGF, ma non bastano sempre per sradicare norma sociale, profondamente radicata. 8 paesi hanno piani d'azione nazionali specifici per MGF, anche se non tutti sono stati sostenuti dai governi.

Figura 2.9 - La situazione in Europa



Fonte: END FGM European Campaign, 2013

Figura 2.10 - Quattro paesi, tra cui l'Italia, hanno dei piani molto dettagliati e finanziamenti specifici



The experience of these EU countries could guide and inspire future European action

BELGIUM

"Strategies concertées" is a multidisciplinary plan of action developed with community-based organisations.

Objectives:
- Increase the coordination and the quality of the interventions
- Increase the recognition and the involvement of the grassroots organisations

Outcomes:
- Integration of FGM in the national action plan on violence against women in 2010
- Quantitative and qualitative research: 6,260 girls/women have undergone FGM and 1,975 are at risk (1 January 2008)
- Awareness raising campaigns
- Multidisciplinary guidelines and training for health and social workers and opening of special medical units

THE NETHERLANDS

The chain approach

Since 2006, the State Secretary for Health, Welfare and Sport coordinates all the agencies involved in a holistic strategy focused on preventing FGM. Municipalities are given freedom to create their own chains of authority bodies addressing behavior change and healthcare.

Prevention	Education and awareness raising involving key figures of the communities, midwives, youth workers and asylum seekers
Protection/ investigation	Risk identification by education and youth health care professionals using available reporting methods
Prosecution	Deterrance effect
Provision of services	Provision of appropriate services by health and social workers

PORTUGAL

Programmes of Action to Eliminate FGM

Launched in 2009, the government-led Programme of Action strengthens Portugal's role in ending FGM in two ways: internally, it engages in awareness raising, training and support to the affected women and girls; externally, Portugal increases its engagement at the international level to bring FGM to an end globally. The Programme is implemented through an "Intersectorial Group", composed of equality bodies, international organisations and NGOs. This allows **multidisciplinary action against FGM from perspectives of health, reproductive and sexual rights, immigration and asylum, justice, development cooperation and education.**

ITALY

The law no. 7 of 9 January 2006 recognises FGM as a specific criminal offence and foresees prevention measures, support services for victims, awareness raising activities and engagement with cultural mediators at community level. A commission for preventing and combating FGM has approved two strategic plans. Under the current budget, €3 million is available to regional authorities for various projects, including training of cultural mediators.

Page 11

Fonte: END FGM European Campaign, 2013

Figura 2.11 - L'approccio raccomandato dalla UE deve essere multidisciplinare e agire su più fronti

A SAFE FUTURE FOR ALL
WHAT CAN THE EU AND MEMBER STATES DO?

The Campaign recommends a multi-tiered approach for an effective and decisive end to the practice of female genital mutilation.

Data collection
A shared methodology for data collection is needed to build policies and compare progress within Europe

Health
Doctors and health professionals require tools, knowledge and training to deal with the consequences of FGM

FGM and violence against women and girls
While FGM is a particular form of harmful practice, it must be addressed through integrated policies on violence against women and children

International Protection
Women and girl asylum seekers living with or at risk of FGM are yet to be assured protection by the Common European Asylum System

External Relations of the EU
As a global actor, the EU should raise the issue of FGM in its relations with the rest of the world

EU action plan on FGM
In response to the consultation with stakeholders, the European Commission should develop an action plan on FGM incorporating these five key areas while ensuring the engagement of affected communities.

EU strategy on violence against women
There is yet to be comprehensive EU response to the various forms of violence against women in Europe. The European Commission must deliver on its promise to develop an EU strategy on violence against women.

Council of Europe Convention on violence against women and domestic violence
EU and member states should sign and ratify the Council of Europe Convention. It is a comprehensive legal instrument that would address not only FGM but all other forms of gender-based violence.

Page 15

Fonte: END FGM European Campaign, 2013

Figura 2.12 - Alcuni strumenti forniti dalla UE

Fonte: END FGM European Campaign, 2013

Non esistono molti studi recenti sulla dimensione del problema in Europa. Un articolo interessante proviene dalla Norvegia. Il processo di cambiamento attitudinale è stato analizzato su 46 persone (una rete di attivisti e un gruppo di donne del Gambia) che hanno descritto il loro cambiamento di atteggiamento nei confronti delle MGF. Si è dimostrato che interiorizzare un pacchetto di informazioni da adulti, che contraddice un vecchio schema di conoscenza interiorizzata come bambini, può essere un'esperienza molto dolorosa, ma anche positiva se percepita come un ampliamento della mente e uno stimolo al cambiamento. Gli attivisti in Norvegia che hanno cambiato il loro atteggiamento verso le MGF hanno ottenuto informazioni da diverse istituzioni educative, dai seminari e conferenze, dal lavoro come interpreti negli ospedali, e dalle discussioni tra le famiglie e gli amici.

Le informazioni, interiorizzate a livello superficiale dopo essere state ricevute e ascoltate, possono essere scartate. Di conseguenza al fine di progettare campagne che favoriscano l'abbandono delle MGF, l'importanza del processo di interiorizzazione che porta al cambiamento deve essere compreso, seguito e aiutato. Il cambiamento attitudinale può avvenire lentamente o in un istante. Processi psicologici interni e processi sociali sono interconnessi attraverso il flusso di informazioni. A livello sociale, è importante per il ricevitore di un messaggio accettare e rispettare il portatore del messaggio. La teoria della interiorizzazione deve quindi tener conto dei processi sociali nel contesto sociale di riferimento delle persone quando vi è un desiderio di raggiungere un pubblico più vasto e garantire che nuovi gruppi al di fuori della cerchia sociale di riferimento vengano ascoltati. La strategia più efficace per il cambiamento sembra essere quella di trasmettere le informazioni attraverso una persona di fiducia con autorità. A base comunitaria, le campagne di informazione sembrano essere utili soprattutto se vi è la possibilità di discutere e condividere le informazioni con altre persone.

I risultati di questo studio rendono difficile sostenere che il cambiamento attitudinale avverrà automaticamente come una semplice conseguenza del vivere in un ambiente dove le MGF non sono praticate, in cui la procedura è illegale e ha una bassa considerazione tra la maggioranza della popolazione. Bisogna fare campagne mirate,

in genere la maggior parte della popolazione è contro la MGF, ma ci sono minoranze che continuano la pratica, come il Bohras in Pakistan, la comunità Mandinga in Gambia. Il comunicatore, colui che è incaricato di relazionarsi con la comunità, deve essere considerato credibile e affidabile, e le informazioni devono essere considerate rilevanti.

Non solo informazioni verbali aiutano l'abbandono, ma anche altre forme di comunicazione come canzoni, diapositive e film che affrontano una vasta varietà di argomenti relativi alla procedura sono strumenti efficaci per raggiungere un livello più profondo di interiorizzazione, dove la motivazione a cambiare il comportamento sarà la più forte (Lien, Schultz, 2013).

Sempre dalla Norvegia un altro studio interessante che vuole promuovere la parità di genere anche attraverso l'abbandono delle MGF. Come molti altri paesi occidentali, la Norvegia ospita una grande percentuale di immigrati provenienti da paesi in cui la pratica è diffusa, anche se principalmente dalla Somalia, che è il paese con la più alta prevalenza mutilazioni nel mondo. Un cambiamento comportamentale da parte delle comunità offre le migliori possibilità di eliminare con successo e in modo definitivo questa pratica. Tuttavia, i programmi di prevenzione richiedono una sorveglianza sui comportamenti. Dallo studio di Gele *et al.* (214 intervistati, questionari strutturati) emerge che gli atteggiamenti degli immigrati somali verso la pratica sono migliorati a favore del suo abbandono.

I risultati mostrano che il 70% dei somali a Oslo sostiene l'interruzione di tutte le forme di mutilazione rispetto al 30% che sostengono la sua continuazione, e che sono principalmente gli immigrati appena arrivati. Ciò richiede un intervento mirato nella fase di arrivo degli immigrati.

Sebbene lo studio mostri risultati promettenti verso un cambiamento di atteggiamenti e verso l'abbandono della pratica tra gli immigrati somali a Oslo, è necessario un intervento rivolto al 30% delle persone che sono ancora in sintonia con il proseguimento della pratica. Di conseguenza, poiché la religione è stata un significativo fattore a sostegno di un atteggiamento positivo verso la pratica, un intervento religioso dovrebbe avere la priorità. Gli uomini hanno più probabilità di avere un atteggiamento positivo verso la pratica rispetto alle donne; quindi, le campagne di sensibilizzazione dovrebbe essere ugualmente destinati agli uomini. Come è ampiamente noto senza il coinvolgimento degli uomini in programmi di eradicazione, gli sforzi verso l'abolizione della pratica possono avere poche possibilità di successo. Gli sforzi a livello delle comunità hanno una fondamentale importanza per la definitiva eliminazione delle MGF. Le persone che hanno cambiato il loro comportamento e non mutilato le bambine dovrebbero essere aiutate e supportate in modo che reclutino altre persone, tra cui i loro connazionali a Oslo, così come i loro familiari e le reti in Somalia, per aiutare ad abbandonare questa pratica (Gele., Johansen, Sundby, *et al*., 2012).

CAPITOLO 3
MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI-PROGETTI, ATTIVITÀ, CAMPAGNE, NORMATIVA

3.1 Progetti, attività, campagne, normativa MGF

Il presente lavoro costituisce una raccolta schematica dei progetti, delle attività e delle campagne, passati e presenti, realizzati a livello nazionale italiano, europeo e internazionale in materia di mutilazioni genitali femminili (MGF) di cui si ha traccia nel web. Obiettivo, individuare progetti/attività/campagne con una valenza sul piano della comunicazione ai fini della sensibilizzazione, informazione, prevenzione e cura.

Di ogni progetto/attività/campagna, si riportano le informazione essenziali attraverso una schematizzazione che ne evidenzia i caratteri principali (il "dove, quando, come e perché", gli enti promotori, il target, ecc.). Si sono altresì raccolti i materiali collegati a tali iniziative (cfr. un CD allegato al report finale della ricerca) ritenuti di particolare interesse e qualità.

Per ogni livello geografico analizzato (nazionale, europeo, internazionale) si è voluto citare le principali fonti normative esistenti e i documenti più importanti redatti sul tema a cui, molti dei progetti, delle attività e delle campagne fanno riferimento.

In particolare, per quanto riguarda le MGF si sono censiti progetti a livello nazionale, europeo e internazionale.

A livello nazionale, la maggior parte dei progetti trovati sono progetti legati alla Commissione per la prevenzione e il contrasto delle pratiche di mutilazione genitale femminile del Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri realizzati in anni passati (soprattutto negli anni immediatamente successivi all'emanazione della legge 7/2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"). Gli altri progetti appartengono a organizzazioni della società civile italiana. Sono state volutamente escluse da tale raccolta le attività proposte dalle Regioni, impegnate nell'attività di formazione degli operatori del mondo sanitario come indicato dalla legge nazionale italiana.

Per quanto riguarda il livello europeo, invece, premesso che sul web è più facile reperire materiali informativi quali articoli, interviste, informative su politiche generali piuttosto che progetti in senso stretto, si sono censiti progetti promossi da organizzazioni della società civile e progetti realizzati da organi dell'UE, in particolare dalla Commissione.

Anche a livello internazionale, infine, si sono trovati sia progetti realizzati da enti della società civile, soprattutto grandi ONG internazionali o ONG operanti in rete, sia progetti e programmi dell'Organizzazione delle Nazioni Unite e dei suoi Uffici.

3.2 Italia

3.2.1 Progetti ammessi al finanziamento 2007 della commissione per la prevenzione e il contrasto delle pratiche di mutilazione genitale femminile del dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri

ENTE CAPOFILA	**Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà-INMP**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri
TITOLO DEL PROGETTO	**Ricerca Nazionale Incidenza, significati e percezioni delle Mutilazioni Genitali Femminili: dalla ricerca-azione a modelli d'intervento**
DURATA	Marzo 2008 – Gennaio 2009
ABSTRACT	La Ricerca è stata uno studio condotto su tutto il territorio nazionale che ha visto la partecipazione, in particolar modo, delle Regioni Lazio, Piemonte, Toscana, Sicilia e Puglia e ha avuto come obiettivo principale quello di indagare l'incidenza, la percezione e il significato che viene attribuito alle MGF da parte degli operatori socio-sanitari e dai mediatori culturali presenti nelle strutture socio-sanitarie. La Ricerca, inoltre, soprattutto grazie all'istituzione di un Osservatorio sulle MGF, ha mirato anche al coinvolgimento delle donne e delle bambine che hanno subito MGF o ne sono a rischio, delle loro famiglie, della popolazione maschile e delle comunità di appartenenza al fine di migliorare la conoscenza scientifica su queste pratiche, promuovere la salute delle donne e creare una rete di informazione e formazione sul tema.
FONTI	http://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/LIBRI/Sessualita-e-culture-Mutilazioni-genitali-femminili-risultati-di-una-ricerca-in-contesti-socio-sanitari Aldo Morrone, Alessandra Sannella (a cura) Sessualità e culture Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari Franco Angeli, Milano 2010

ENTE CAPOFILA	**Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà-INMP**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri

TITOLO DEL PROGETTO	**Alta formazione e aggiornamento dei mediatori interculturali per la prevenzione ed il contrasto alle mutilazioni genitali femminili**
DURATA	2008 – 2009
ABSTRACT	Il progetto ha avuto come obiettivo la formazione di mediatori culturali specializzati che fossero adeguatamente informati sul tema delle MGF, sulla loro incidenza, sulle percezioni e i significati culturali che ne stanno alla base, sulle più recenti normative in materia affinché sapessero operare al meglio per la tutela delle donne e dei loro diritti.
FONTI	https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDsQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.inmp.it%2Findex.php%2Fita%2Fcontent%2Fdownload%2F454%2F3742%2Ffile%2F6.2%2520Morrone-Sannella%2520Formazione.pdf&ei=p3uPUo-WAqjB7Aa5tIGYBQ&usg=AFQjCNHuljAhZFdfjhm_IuLqoZHm4W_3OA&sig2=MOUJqlXsMgZcHJvnf0rDLQ&bvm=bv.56988011,d.ZGU

ENTE CAPOFILA	**Associazione No.Di.** **Parsec - Associazione Ricerca e interventi sociali**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri Cnr Irpps Ospedale San Camillo Forlanini
TITOLO DEL PROGETTO	**Stop MGF - Ricerca Azione**
DURATA	2007 – 2009
ABSTRACT	Incentrato sulla realtà laziale, il progetto, si è composto di tre parti essenziali: - una di ricerca sociale, realizzata da Associazione Parsec, Cnr Irpps, Associazione Nodi e Ospedale San Camillo Forlanini; - una di formazione diretta agli operatori sociali e delle scuole, realizzata da Ospedale San Camillo Forlanini e Cooperativa Sociale Parsec; - una di sensibilizzazione/comunicazione presso le comunità immigrate interessate, realizzata dall'Associazione Nodi. In particolare, l'associazione NoDi ha realizzato una serie d'incontri con gruppi di donne delle comunità interessate nelle cinque province laziali per un totale di 800 donne e ha realizzato il sito di informazione www.stop-mgf.org.
FONTI	http://stopmgf.altervista.org/index.html
ENTE CAPOFILA	**Comune di Pescara**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO-PARTECIPATO	Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri Regione Abruzzo

	Provincia dell'Aquila, Provincia di Teramo CTP Pescara Comune di Chieti Centro studi sociale focolare Maria Regina, Caritas diocesana Penna-Pescara Associazione ACA, Associazione ALIS, Associazione CENA
TITOLO DEL PROGETTO	**D.A.D.A - Diritti e Autonomia per le Donne Africane**
DURATA	2008 – 2009
ABSTRACT	Il progetto si è composto di due parti fondamentali: D.AD.A. - Map e D.A.D.A. - Form. D.A.D.A. - Map è stato un progetto di ricerca che ha previsto la raccolta, l'elaborazione e l'analisi di dati e informazioni; ha previsto una ricerca-obiettivo sull'incidenza del fenomeno in Abruzzo, un'indagine campionaria sulla conoscenza delle MGF da parte del personale scolastico, degli educatori, dei mediatori, degli operatori sociali e sanitari sul territorio regionale e una mappatura territoriale per lo sviluppo di una rete di sensibilizzazione e di presa in carico. D.A.D.A. - Form ha avuto come obiettivo la creazione di un sistema di formazione per la qualificazione degli interventi di prevenzione e contrasto delle MGF in Abruzzo e la realizzazione degli strumenti operativi per l'azione integrata degli operatori sanitari, sociali, scolastici e della mediazione culturale del territorio.
FONTI	http://www.mgfabruzzo.it/dada/site/mgf/page/tag/home

ENTE CAPOFILA	**Ismu – Istituto per lo Studio della Multietnicità**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri
TITOLO DEL PROGETTO	**Ricerca Mutilazioni genitali femminili e dinamiche di mutamento: prospettive socio-antropologiche**
DURATA	2008 – 2009
ABSTRACT	La ricerca ha avuto come obiettivo principale quello di ricostruire l'orizzonte di senso e il punto di vista delle donne sottoposte a escissione, degli uomini che le hanno scelte come spose, così come dei genitori che hanno rifiutato la pratica e di tutti gli altri attori coinvolti.
FONTI	http://provveditorato.provincia.so.it/public/editor/progettiedeventi/convegnoIsmu-Mgf%202009.pdf

ENTE CAPOFILA	**AIDOS - Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo**

ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri ADUSU – Associazione diritti umani e sviluppo umano Associazione Culture Aperte
TITOLO DEL PROGETTO	**Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti. Percorso integrato di ricerca, formazione e sensibilizzazione per la prevenzione ed il contrasto di una pratica tradizionale da abbandonare**
DURATA	2008 – 2009
ABSTRACT	Il progetto si è posto come obiettivo la costruzione di un ambiente socio-culturale che favorisse il cambiamento dei comportamenti dei/delle migranti di origine africana rispetto alla pratica delle MGF. In particolare, ritenendo di fondamentale importanza il coinvolgimento diretto delle donne interessate, il progetto si poneva come obiettivi specifici: - la costruzione di un ampio Tavolo di coordinamento regionale per permettere il coinvolgimento attivo dei rappresentanti delle istituzioni e organizzazioni che a vario titolo hanno contatto con le persone migranti; - la mappatura degli attori istituzionali e professionali, che a vario titolo hanno contatto con le persone migranti (personale sanitario, mediatori culturali, rappresentanti di associazioni di immigrati e di donne, funzionari di enti locali, forze dell'ordine, insegnanti, media….) e la mappatura dei valori culturali di riferimento che sostengono la continuazione della pratica - l'individuazione dei bisogni di formazione-informazione dei diversi destinatari del progetto
FONTI	http://www.aidos.it/ita/progetti/index.php?idPagina=408

ENTE CAPOFILA	**ISTISSS**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri
TITOLO DEL PROGETTO	**Corpi consapevoli: mutilazioni genitali femminili ed integrazione nello stato di diritto**
DURATA	2008 – 2009
ABSTRACT	Il progetto prevedeva, principalmente, la creazione di spazi di confronto tra donne africane migranti e donne italiane sul tema delle MGF e del corpo della donna in generale con l'obiettivo di superare i numerosi pregiudizi esistenti e tracciare una conoscenza più approfondita del tema.
FONTI	http://www.istisss.it/it/news.aspx?n=119 http://www.noidonne.org/articolo.php?ID=02806

ENTE CAPOFILA	**LILA, Lega Italiana per la Lotta contro l'Aids (sezione di Lecce)**

ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri
TITOLO DEL PROGETTO	**Bikaloro. La scelta consapevole**
DURATA	2008 – 2009
ABSTRACT	Il progetto si è concretizzato in attività di informazione-formazione sui rischi delle MGF rivolte ai migranti e, in particolar modo, ai genitori.
FONTI	http://www.lila.it/it/progetti/prevenzione/248-lila-lecce-%E2%80%9Cbikaloro-la-scelta-consapevole%E2%80%9D-intervento-di-informazione-dei-rischi-delle-m-g-f-rivolto-alle-donne-migranti.html

ENTE CAPOFILA	**ARCI** **Associazione Nosotras**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri
TITOLO DEL PROGETTO	**No MGF!**
DURATA	2008 – 2009
ABSTRACT	All'interno del progetto GEMMA - Rete di Tutela dei Diritti delle Donne, le due Associazioni promotrici si sono impegnate in una campagna di sensibilizzazione sul tema delle MGF che, tra l'altro, ha visto la realizzazione di una mostra dal titolo "Corpo Negato", di una campagna di affissione di manifesti sugli autobus di tre città italiane e di un convegno internazionale sul tema.
FONTI	http://www.arci.it/Immigrazione/gemma_rete_di_tutela_dei_diritti_delle_donne/index.html http://www.arci.it/immigrazione/arci/no_mgf/index.html

ENTE CAPOFILA	**Associazione Alma Terra – centro interculturale per la donna**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri Provincia di Alessandria
TITOLO DEL PROGETTO	**AURORA: percorsi positivi di cittadinanza. Strumenti per contrastare e prevenire le MGF**
DURATA	2008 – 2009
ABSTRACT	Il progetto è stato volto alla prevenzione e al contrasto delle pratiche di mutilazione genitale femminile al fine di contribuire alla loro eliminazione nelle comunità che provengono da paesi con tradizioni e pratiche escissorie, creando una coscienza collettiva sulla violazione dei diritti umani e la discriminazione di genere che esse comportano.

	Il progetto, proponendo un approccio partecipativo al problema, attraverso il coinvolgimento di tutti i componenti delle Comunità interessate, ha portato alla realizzazione di uno spettacolo teatrale, di video, spot e pubblicazioni.
FONTI	http://www.almaterratorino.org/it/progetti/progetti-di-rilievo-realizzati http://pariopportunita.al.it/new/index.php/iniziative-assessore/187-la-provincia-di-alessandria-dice-mgf-io-no

3.2.2 Progetti nazionali vari

ENTE CAPOFILA	**ONG NPSG - Non c'è pace senza giustizia**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	CIAF - Comitato inter-africano sulle pratiche tradizionali che incidono sulla salute di donne e bambini Euronet-FGM - Rete Europea per la prevenzione e l'eliminazione di pratiche tradizionali nocive Associazione La Palabre
TITOLO DEL PROGETTO	**Campagna Ban FGM – sezione Italia**
DURATA	2010 – in corso
ABSTRACT	Dal 2010 la sezione italiana dell'ONG No justice without peace si è impegnata a diffondere e sostenere la sua campagna internazionale contro le MGF anche in Italia. In particolare NPSG ha organizzato una serie di tavole rotonde con parlamentari, rappresentanti del governo ed esponenti della società civile, con lo scopo di informare i cittadini sui progressi della campagna, l'impegno del Governo e la posizione dei vari paesi all'ONU. L'azione alle Nazioni Unite é stata anche oggetto di una campagna stampa specifica sui media nazionali Dal 2011, poi NPSG ha avviato un partnerariato con Regioni e Enti Locali al fine di organizzare a livello locale iniziative di sensibilizzazione ed informazione sulla campagna MGF e, più in generale, sulle mutilazioni genitali femminili, coinvolgendo anche le comunità di immigrati dai paesi nei quali è diffusa la pratica. Infine, NPSG si é impegnata con tutte le forze politiche nel Parlamento italiano perché diano grande rilevanza al tema delle MGF nell'agenda politica europea e delle Nazioni Unite.
FONTI	http://www.npwj.org/it/FGM/Campagna-2010.html-2 http://www.npwj.org/it/FGM/Campagna-Ban-FGM.html-3 http://www.npwj.org/it/FGM/Tavola-Rotonda-La-messa-al-bando-universale-delle-Mutilazioni-Genitali-Femminili-un-obiettivo-a-

3.2.3 Progetti, attività e servizi della commissione per la prevenzione e il contrasto delle pratiche di mutilazione genitale femminile del Dipartimento delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri

RICERCA SUL FENOMENO MGF (2009)
Ricerca qualitativa e quantitativa effettuata con lo scopo di pervenire ad una stima attendibile delle donne presenti in Italia che potrebbero aver subito una qualche forma di mutilazione genitale, in Italia o nel proprio Paese di origine, cercando di quantificare anche il numero di bambine e/o ragazze interessate da questa pratica.

Fonte: http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/organismi-collegiali/commissione-per-la-prevenzione-e-il-contrasto-delle-pratiche-di-mutilazione-genitale-femminile

MGF, INCONTRO CON ATTIVISTE AFRICANE (febbraio 2011)
Il Ministero degli Esteri e il Dipartimento per le Pari Opportunità sono impegnati da tempo in una campagna di educazione e sensibilizzazione contro le MGF, una pratica che colpisce almeno ottomila bambine al giorno nel mondo. In occasione della visita a Roma di 7 attiviste africane impegnate contro le Mutilazioni Genitali Femminili, in collaborazione con l'ONG Non C'è Pace Senza Giustizia, il Ministero degli Esteri ha organizzato un incontro al quale ha partecipato anche il Dipartimento per le Pari Opportunità per illustrare le diverse attività ed i progetti sul tema, tra i quali, da ultimo, e il side event organizzato insieme ad Egitto, Senegal e Burkina Faso nel corso dell'annuale Commission on the status of woman all'Onu, in programma per fine mese.

All'incontro erano presenti: Morissanda Kouyate, Guinea - Direttore Generale del Comitato Inter-Africano contro le pratiche tradizionali nefaste; Khady Koita, Senegal - Una delle più attive militanti del movimento anti-MGF, autrice del libro "Mutilata" edito in tre lingue; Allieu Kanu, Sierra Leone - Ex Ambasciatore; Rahim Kamara, Sierra Leone - Direttore dell'Associazione Manifesto 99; Comfort Effiom, Cameroon - Direttore del Comitato Inter-Africano in Cameroon, anche Tesoriera del CIAF; Khadija Sidibe, Mali - presidente dell'AMSOPT, si batte da sempre contro le MGF in Mali ed ha avuto un ruolo di leadership nella battaglia per la ratifica e l'implementazione del Protocollo di Maputo a livello continentale; Mariam Lamizana, CIAF Burkina - Presidente del Comitato Inter-Africano sulle pratiche tradizionali nefaste (CIAF),ex Ministro dell'Azione Sociale e della Solidarietà Nazionale del Burkina Faso. Attivista, da decenni impegnata nella lotta alle MGF.

Fonte: http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/archivio-notizie/1944-mgf-incontro-con-attiviste-africane

SERVIZIO DEL NUMERO VERDE 800 300 558 CONTRO LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI
Contro le pratiche di mutilazione genitale femminile (MGF) è attivo il Numero Verde Gratuito 800 300 558. Il servizio, disponibile dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 14.00 e

dalle 15.00 alla 20.00, si inserisce all'interno di un progetto più ampio di politiche e azioni di contrasto delle MGF.
Il servizio è gestito dalla Direzione Centrale Anticrimine del Dipartimento della pubblica sicurezza del Ministero dell'Interno; le telefonate sono ricevute da personale specializzato del Servizio Centrale Operativo della Polizia di Stato che, oltre all'assistenza, ha il compito di comunicare le eventuali notizie di reato alle Squadre Mobili territorialmente competenti.
Al Dipartimento per le Pari Opportunità spetta il coordinamento delle attività messe in campo dai vari Ministeri, secondo le competenze di ciascuno, in uno sforzo comune per contrastare queste pratiche violente.
Uno studio commissionato dal Ministro per le Pari Opportunità, evidenzia come il fenomeno sia presente anche nel nostro Paese, seppure in modo sommerso. Si calcola, ad esempio, che in Italia su 110 mila donne africane residenti, provenienti dai paesi "a tradizione escissoria", circa 35 mila hanno subito una forma di mutilazione genitale femminile.
L'attivazione del Numero Verde rappresenta uno degli strumenti principali per sensibilizzare e far conoscere tale fenomeno, da molti ancora ignorato, per prevenire, contrastare e reprimere pratiche che violano i diritti fondamentali dell'integrità della persona e della salute di donne e bambine (Dichiarazione e Programma di Pechino - IV Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sulle donne, 1995).

Fonte: http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/numeri-di-pubblica-utilita-sezione/1297-800-300-558-contro-le-mutilazioni-genitali-femminili

3.2.4 Normativa nazionale di riferimento

Legge 7/2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile"
http://www.camera.it/parlam/leggi/06007l.htm

Legge 172/2012 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro lo sfruttamento e l'abuso sessuale, fatta a Lanzarote il 25 ottobre 2007, nonché norme di adeguamento dell'ordinamento interno"
http://gazzette.comune.jesi.an.it/2012/235/1.htm

Linee guida del Ministero della Salute
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf

3.3 Europa

3.3.1 Progetti

ENTE CAPOFILA	**Amnesty International Irlanda**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	FGM- Hilfe (Austria) GAMS (Belgio e Francia) MIGS (Cipro) MAISHA (Germania) AIDOS (Italia) FORWARD (Regno Unito) Lebendige Kommunikation mit Frauen in ihren Kulturen e.V. (Germania) Foundation for the Women of Hungary (Ungheria) Akina Dada Wa Africa (Irlanda) Moteru informacijos centras (Lituania) FSAN (Olanda) APF (Portogallo) Kvinnointegritet (Female Integrity) (Svezia)
TITOLO DEL PROGETTO	**END FGM**
DURATA	In corso
ABSTRACT	END FGM è una campagna a livello europeo condotta da Amnesty International Irlanda che, operando in collaborazione con diverse ONG, Unione europea (UE), istituzioni e governi, cerca di definire e adottare una strategia definitiva per porre fine alle mutilazioni dei genitali femminili e per proteggere le donne e le ragazze colpite che richiedono asilo nell'UE. La Campagna invita gli Stati membri dell'UE a firmare e ratificare la Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (2011) e prevede, inoltre, una cooperazione tra gli Stati membri dell'UE per migliorare la salute e la qualità della vita delle donne e delle ragazze che vivono con MGF, anche attraverso lo scambio di informazioni e di buone prassi, lavorando per sviluppare capacità nel settore attraverso formazione e sostegno di raccolta fondi.
FONTI	http://www.endfgm.eu/en/

ENTE CAPOFILA	**Campagna Europea END FGM condotta da Amnesty International Irlanda**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Human Dignity Foundation National Machinery for Women's Rights United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) Cyprus University of Technology, School of Health Sciences, Department of Nursing Advisory Committee for the Prevention and Combating of Domestic Violence

	Mediterranean Institute of Gender Studies (MIGS) Aidos – Associazione italiana donne per lo sviluppo Akina Dada Wa Africa (AKIDWA) Family Planning Association Portugal
TITOLO DEL PROGETTO	**UEFGM – United to End Female Genital Mutiation**
DURATA	In corso
ABSTRACT	UEFGM è un corso online che si propone come uno strumento gratuito e di autoapprendimento, che offre informazioni e consigli pratici sulle mutilazioni dei genitali femminili (MGF). Progettato principalmente per personale sanitario e per chi si occupa di richiedenti asilo in Europa, il corso utile anche per le ONG, le associazioni e le case rifugio per le donne. Il corso UEFGM ha tre obiettivi principali: - migliorare l'aiuto e la cura offerto a donne e ragazze in Europa che vivono con/o sono a rischio di MGF, favorendo un approccio specializzato più attento e sensibile al fattore culturale e di genere nei servizi sanitari; - rafforzare le competenze necessarie per mantenere uno standard elevato nel processo di protezione di donne e ragazze richiedenti asilo vittime o a rischio di MGF; - garantire una maggiore armonizzazione del sistema di asilo europeo, evidenziando i trattati e la legislazione europea di riferimento per la protezione di donne e ragazze vittime o a rischio di MGF.
FONTI	http://www.uefgm.org/Index.aspx?Language=IT

ENTE CAPOFILA	EIGE – European Insitute for Genders Equality
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTE CIPATO	Eurofound European Union Agency for Fundamental Rigths Commissione Europea
TITOLO DEL PROGETTO	**Study to map the current situation and trends of female genital mutilation in 27 EU Member States and Croatia**
DURATA	2012-2013
ABSTRACT	Lo studio, iniziato su richiesta del Commissario Europeo V. Reding, ha avuto come obiettivo quello di analizzare la situazione delle MGF nell'Unione Europea e in Croazia. Il progetto ha portato alla pubblicazione di un rapporto che, descrivendo risorse, metodi, strumenti e buone pratiche in tema di MGF, vuole porsi come aiuto per gli attori politici nella lotta per l'eliminazione delle MGF.
FONTI	http://eige.europa.eu/content/female-genital-mutilation

ENTE CAPOFILA	Commissione Europea
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PART	

ECIPATO	
TITOLO DEL PROGETTO	**Consultazione pubblica per combattere le MGF nell'Unione Europea**
DURATA	Maggio 2013
ABSTRACT	La consultazione ha coinvolto i cittadini dell'UE con l'obiettivo di comprendere quale sia, secondo il loro punto di vista, il modo migliore di combattere le MGF.
FONTI	http://ec.europa.eu/justice/newsroom/gender-equality/opinion/130306_en.htm

ENTE CAPOFILA	Commissione Europea
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTE CIPATO	
TITOLO DEL PROGETTO	**Strategia per la parità tra donne e uomini**
DURATA	2010 – 2015
ABSTRACT	Strategia ad ampio raggio per favorire la promozione della donna, il rispetto dei suoi diritti e la sua effettiva parità con gli uomini che individua una serie di priorità per l'eguaglianza di genere tra cui l'eliminazione della violenza contro le donne comprese le MGF.
FONTI	http://www.retepariopportunita.it/DefaultDesktop.aspx?doc=3923

3.3.2 Normativa europea di riferimento

Risoluzione del Parlamento europeo del 14 giugno 2012 sull'abolizione delle mutilazioni genitali femminili - 2012/2684(RSP)
http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2012-0261+0+DOC+XML+V0//IT

Comunicazione del 25 novembre 2013 della Commissione al Paramento Europeo e al Consiglio Europeo "Verso l'eliminazione delle mutilazioni genitali femminili"
http://www.retepariopportunita.it/Rete_Pari_Opportunita/UserFiles/Commissione_europea/131125_fgm_communication_en.pdf

3.4 Internazionale

3.4.1 Progetti

ENTE CAPOFILA	**UNFPA** **UNICEF**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	
TITOLO DEL PROGETTO	**JOINT PROGRAMME ON FGM/C**
DURATA	2008 – 2013
ABSTRACT	L'obiettivo principale del progetto è quello di fare in modo che le comunità che ad oggi perpetrano la pratica delle MGF la abbandonino nel giro di una generazione. Lo strumento chiave del progetto è un approccio basato sui diritti umani che incoraggi le comunità ad agire collettivamente affinché le donne e le ragazze che si rifiutano di subire mutilazioni non siano discriminate. In particolare, il programma cerca di: - consentire alle comunità di discutere e riaffermare i propri valori positivi condivisi, tra cui il desiderio che le ragazze possano avere il meglio e possano godere dei propri diritti; - coinvolgere tutti i gruppi della comunità nella discussione , tra cui i capi tradizionali e religiosi , le donne, i ragazzi, gli uomini e le giovani ragazze; - diffondere la conoscenza dei danni provocati dalle MGF e facilitare l'integrazione del trattamento delle MGF nelle cure sanitarie; - facilitare manifestazioni pubbliche dell'impegno di abbandonare la pratica, anche per rendere visibile l'impegno comune; - assicurare un ambiente nazionale adeguato dove i vari poteri siano a servizio dei diritti della persona - sostenere gli sforzi delle comunità sull'informazione riguardo la legislazione e le politiche esistenti contro la pratica
FONTI	http://www.unfpa.org/topics/genderissues/fgm http://www.unfpa.org/topics/genderissues/fgm/resources

ENTE CAPOFILA	**INTACT NETWORK**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	**UNFPA – UNICEF** **Wallace global fund** **Population Council**
TITOLO DEL PROGETTO	

DURATA	In corso
ABSTRACT	Le principali attività del network sono: - la pubblicazione periodica una newsletter in inglese che riporta le notizie aggiornate e gli eventi nel campo delle MGF - la gestione di un sito in inglese, francese e arabo che fornisce informazioni e aggiornamenti sulle MGF - l'organizzazione di seminari sia locali che internazionali volti alla presentazione di ricerche sulle MGF e alla diffusione delle migliori pratiche in materia di abbandono delle MGF - la realizzazione di attività di capacity building per le ONG per migliorare i loro programmi contro le MGF - la pubblicazione trimestrale di una newsletter in arabo che si rivolge ai ricercatori e agli attivisti di lingua araba e/o impegnati in Africa e Medio Oriente
FONTI	http://intact-network.net/intact/index.php

ENTE CAPOFILA	**Desert Flower Foundation**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	
TITOLO DEL PROGETTO	STOP FGM NOW
DURATA	2010 – in corso
ABSTRACT	La campagna coordina l'impegno di varie associazioni, aziende e privati contro le MGF. La campagna realizza, sia in Europa che in Africa, progetti di educazione per la popolazione che coinvolgono gli enti locali, i capi villaggio, gli imam, i sacerdoti feticisti e gli insegnanti; progetti di sostegno alle donne e alle ragazze vittime o a rischio e promuove attività a favore delle persone che per lavoro praticano le mutilazioni affinché possano trovare fonti di reddito alternative.
FONTI	http://www.stop-fgm-now.com/it/la-campagna

ENTE CAPOFILA	**NPWJ – No peace without justice**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	UNOPS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNIFEM AIDOS (Italy) AMPSFE - IAC Mauritania AMSOPT (Mali) AMWIK, Association of Media Women (Kenya) CRR -Center for Reproductive Rights Entishar Charity Society (Sudan) Equality Now ESPHP (Egypt) EURONET (European Network against Harmful Traditional

	Practices) GAMCOTRAP (Gambia) IAC-CIAF - Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children Kembatta Women's Self Help Centre (Ethiopia) La Palabre (Senegal) Mauritanian Network of Parliamentarians on Population and Development (Mauritania) Ministère chargé de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille du Mali, Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale du Burkina Faso Ministère de la Famille, de la Sécurité Alimentaire, de l'Entreprenariat Féminin, de la Micro Finance et de la Petite Enfance de la République du Sénégal National Union of Djibouti Women, National Union of Eritrean Women NCCM (Egypt) RAINBO, Research Action and Information for the Bodily Integrity of Women TAMWA (Tanzania) Voix de Femme (Burkina Faso) Government of Italy through the Italian Cooperation, European Union See more at: http://www.npwj.org/FGM/Partners-and-Donors.html#sthash.NPsYDJyz.dpuf
TITOLO DEL PROGETTO	**Female Genital Mutilation program**
DURATA	2002- in corso
ABSTRACT	L'obiettivo principale del FGM program è quello di sviluppare un ambiente politico, legale e sociale che si contrapponga alla pratica delle MGF e lavori per la sua eliminazione. Il programma si basa sulle capacità di quanti lavorano a favore dei diritti delle donne e dei professionisti in materia e promuove la riforma del diritto come uno strumento efficace per il cambiamento comportamentale al fine di invertire la tenenza delle norme sociali contro le MGF. Negli ultimi anni, il programma si è incentrato su una campagna per l'adozione di una risoluzione per vietare esplicitamente le MGF da parte dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (adottata nel 2012). A tal fine, l'associazione ha promosso conferenze internazionali, workshop e attività di lobbying a livello nazionale, europeo e internazionale. Attualmente il programma riguarda principalmente l'applicazione della risoluzione attraverso attività di monitoraggio e sostegno ai vari attori coinvolti.
FONTI	http://www.npwj.org/FGM/Overview.html

ENTE CAPOFILA	**AIDOS (Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo)**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Associazione AMWIK – Association of Media Women in Kenya Associazione TAMWA – Tanzania Media Women Association Associazione EMWA – Ethiopian Media Women Association Associazione professionale di radio-giornalisti Audiodoc Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA) Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF)
TITOLO DEL PROGETTO	**Abbandonare le MGF in modulazione di frequenza! Dare voce alle emozioni per promuovere l'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili !**
DURATA	2010 – 2011
ABSTRACT	Il progetto è stato finalizzato a rafforzare il ruolo della radio per la promozione dell'abbandono delle mutilazioni dei genitali femminili in Africa. In particolare, il progetto incentrandosi sull'utilizzo dell'audio-documentario, ha realizzato le seguenti attività: - un corso di formazione teorico-pratico, realizzato a Nairobi, Kenya e rivolto ai/lle giornalisti/e radiofonici e a rappresentanti di organizzazioni non governative locali, sulla produzione di audio-documentari; - 2 audio-documentari e 2 spot sulle mutilazioni dei genitali femminili trasmessi da diversi circuiti radiofonici locali; - un cortometraggio che documenta la realizzazione degli audio-documentari e il suo impatto rispetto alla promozione dell'abbandono delle MGF; - numerose attività di informazione e formazione sul tema delle MGF legato all'uso della radio e di internet
FONTI	http://www.aidos.it/ita/progetti/index.php?idPagina=848 http://www.audiodoc.it/archivio_scheda.php?id_scheda=153

3.4.2 Normativa internazionale di riferimento

Resolution 67/146 adopted by the General Assembly of the United Nations on 20 December 2012
"Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations"
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/67/146

3.4.3 Conferenze internazionali

Data	10-12 dicembre 2002
Luogo	Brussels
Titolo	International Conference "Stop Female Genital Mutilation"
Promotori	NPWJ e promotori campagna END FGM
Fonte	http://www.npwj.org/FGM/Stop-Female-Genital-Mutilation.html

Data	21-23 giugno 2003
Luogo	Il Cairo

Titolo	Afro-Arab Expert Consultation on legal tools for the prevention of female genital mutilation
Promotori	NPWJ e promotori campagna END FGM
Fonte	http://www.npwj.org/FGM/Afro-Arab-Expert-Consultation-Legal-Tools-PREVENTION-FEMALE-GENITAL-MUTILATION.html

Data	16-18 settembre 2004
Luogo	Nairobi
Titolo	International Conference on Female Genital Mutilation: "Developing a political, legal and social environment to implement the Maputo Protocol"
Promotori	Governo del Kenya, NPWJ e promotori campagna END FGM
Fonte	http://www.npwj.org/FGM/International-Conference-Female-Genital-Mutilation-Developing-a-political-legal-and-social-envir

Data	21-23 ottobre 2013

Data	2-3 febbraio 2005
Luogo	Djibouti
Titolo	Sub-Regional Conference on Female Genital Mutilation, "Towards a political and religious consensus against FGM"
Promotori	Promotori campagna "Stop FGM!"
Fonte	http://www.npwj.org/FGM/Sub-Regional-Conference-Female-Genital-Mutilation-Towards-a-political-and-religious-consensus-ag

Data	21-22 febbraio 2006
Luogo	Bamako
Titolo	Sub-Regional Conference on FGM and on the implementation of the Maputo Protocol
Promotori	
Fonte	http://www.npwj.org/FGM/Bamako-Sub-Regional-Conference-FGM-and-implementation-Maputo-Protocol.html

Data	8-11 febbraio 2007
Luogo	Brussels
Titolo	Conferenza internazionale sulle Mutilazioni Genitali Femminili ed i matrimoni forzati/precoci
Promotori	EuroNet-FGM
Fonte	http://www.npwj.org/node/5935

Data	27-28 marzo 2008
Luogo	Asmara
Titolo	Regional Conference on the Elimination of FGM
Promotori	National Union of Eritrean Women e NPWJ
Fonte	http://www.npwj.org/FGM/Regional-Conference-Elimination-FGM-Asmara-Eritrea.html

Data	3-4 maggio 2010
Luogo	Dakar
Titolo	Inter-parliamentary Conference on FGM: "Towards the ban of the practice at the United Nations
Promotori	Governo del Senegal e NPWJ
Fonte	http://www.npwj.org/FGM/Dakar-Inter-parliamentary-Conference-FGM-%E2%80%9CTowards-ban-practice-United-Nations%E2%80%9D.html

Luogo	Roma
Titolo	International conference on female genital mutilation/cutting
Promotori	UNICEF e UNFPA
Fonte	http://www.unfpa.org/public/home/news/events/pid/14781

Data	3-5 febbraio 2013
Luogo	Roma
Titolo	Conferenza internazionale sulla messa al bando delle mutilazioni genitali femminili
Promotori	NPWJ
Fonte	http://www.pariopportunita.gov.it/index.php/primo-piano/2256-conferenza-internazionale-sulla-messa-al-bando-delle-mutilazioni-genitali-femminili

CAPITOLO 4
NON-COMMUNICABLE DISEASES - PROGETTI, ATTIVITÀ, CAMPAGNE, NORMATIVA

4.1 Progetti, attività, campagne, normativa NCDs

Il presente lavoro costituisce una raccolta schematica dei progetti, delle attività e delle campagne, passati e presenti, realizzati a livello europeo e internazionale in materia di NCDs, ovvero le malattie non trasmissibili (MNT) di cui si ha traccia nel web. Obiettivo, individuare progetti/attività/campagne con una valenza sul piano della comunicazione ai fini della sensibilizzazione, informazione, prevenzione e cura.
Di ogni progetto/attività/campagna, si riportano le informazione essenziali attraverso una schematizzazione che ne evidenzia i caratteri principali (il "dove, quando, come e perché", gli enti promotori, il target, ecc.).
Per ogni livello geografico analizzato (europeo, internazionale) si è voluto citare le principali fonti normative esistenti e i documenti più importanti redatti sul tema a cui, molti dei progetti, delle attività e delle campagne fanno riferimento.
Si sono censiti progetti a livello europeo e internazionale.
Nello specifico, relativamente al primo si sono trovati soprattutto ricerche e studi condotti da Università e Scuole tendenti in particolare alla mappatura delle MNT e al miglioramento della loro prevenzione, mentre per quanto riguarda il secondo si sono rilevati progetti sia della società civile che degli organismi internazionali (soprattutto l'OMS), molti dei quali legati agli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e, ancora di più, agli Obiettivi di Sviluppo sostenibile del post-2015.

4.2 Europa

4.2.1 Progetti

ENTE CAPOFILA	**Universtiy of Newcastle Upon Tyne**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	St George's hospital medical school (Regno Unito) Dokuz eylul universitesi (Turchia) Birzeit university (Striscia di Gaza) The provost, fellows, foundation scholars & the other members of board of the college of the holy & undivided trinity of Queen Elizabeth (Irlanda) World Health Organization (Svizzera) Jordan University of science and technology (Giordania) The University of Liverpool (Regno Unito) American University of Beirut (Libano)

	Faculte de medicine de Tunis (Tunisia) Syrian society against cancer (Siria) Institut national de la sante publique (Tunisia)
TITOLO DEL PROGETTO	**RESCAP-MED** **NCDs and their social determinants in Mediterranean partner countries: building sustainable research capacity for effective policy intervention**
DURATA	2012 – 2014
ABSTRACT	L'obiettivo del progetto è quello di migliorare la ricerca sulle MNT nei paesi del Mediterraneo orientale e meridionale attraverso il rafforzamento delle capacità in alcune delle discipline più importanti per migliorare la salute pubblica e la riduzione delle disuguaglianze sanitarie e la creazione di reti di valorizzazione, cooperazione e collaborazione tra i ricercatori nella regione del Mediterraneo. In particolare il progetto mira alla creazione di una rete regionale di ricercatori sulle MNT la creazione di un programma di borse di studio competitive.
FONTI	http://research.ncl.ac.uk/rescap-med/

ENTE CAPOFILA	**London School of economics and political science**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	King's college London (United Kingdom) Università commerciale Luigi Bocconi (Italia) Université de Paris XII Val de Marne (Francia) Sihtasutus Eesti Teadusagentuur (Estonia) Technische Universitat Berlin (Germania) Escuela Andaluza de Salud Publica SA (Spagna)
TITOLO DEL PROGETTO	**Mapping NCD** **Mapping Chronic Non-Communicable Diseases Research Activities and their Impact**
DURATA	2014 – 2015
ABSTRACT	Il progetto ha come obiettivo quello di aiutare l'UE in una valutazione sui fondi e sulle energie spesi nella ricerca sulle MNT, al fine di individuarne criticità, lacune, punti di forza e l'impatto complessivo. In particolare, il progetto vuole fornire: - una mappatura accurata delle attività di finanziamento per la ricerca a livello nazionale e europeo; - una mappatura bibliometrica e un'analisi delle ricerche effettuate a livello nazionale ed europeo rilevanti per le MNT.
FONTI	http://cordis.europa.eu/projects/rcn/109468_en.html

ENTE CAPOFILA	**Institut Pasteur de Tunis**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Synbea Sarl (Francia) Institut Pasteur (Francia)
TITOLO DEL PROGETTO	**GM_NCD_IN_CO** **Reinforcing IPT capacities in Genomic Medicine, Non Communicable Diseases Investigation and international cooperation**
DURATA	2011 – 2014
ABSTRACT	Il progetto ha lo scopo di rafforzare le capacità dell'IPT in medicina genomica (anche per quanto riguarda l'indagine sulle MNT), migliorare le competenze dell'IPT nella cooperazione internazionale e di facilitare la ricerca congiunta tra ricercatori tunisini ed europei. Per raggiungere questo scopo, il progetto prevede l'organizzazione di moduli di formazione, corsi di formazione, workshop teorici e pratici, scambi di visite tra IPT, IP Parigi e altri laboratori europei e la realizzazione di due progetti pilota volti, sempre, a favorire la collaborazione Tunisia-UE e a sviluppare migliori competenze nel campo della medicina genomica in relazione alle MNT.
FONTI	http://www.pasteur.tn/index.php?option=com_content&view=article&id=399:formation-sur-le-montage-de-projets-collaboratifs&catid=41:actualites&Itemid=147 http://cordis.europa.eu/projects/rcn/101345_en.html

ENTE CAPOFILA	**Stichting Dienst Landbouwkundig Onderzoek**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Institute Of Food Research (Regno Unito) European Food Information Resource Aisblbelgique (Belgio) Wageningen Universiteit (Olanda) Danmarks Tekniske Universitet Danimarca) European Food Information Council Aisblbelgique (Belgio) Centre international de recherche sur le cancer (Francia) University of Surrey (Regno Unito) Vereniging European Nutrigenomics Organisation (Olanda) Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (Italia) Université Lyon 1 Claude Bernard (Francia) Lunds Universitet (Svezia) International life sciences institute european branch aisblbelgique (Belgio) Universite Paris 13 (Francia) Rijksinstituut voor volksgezondheiden milieu*national institutefor public health and the environmenten (Olanda)
TITOLO DEL PROGETTO	**EURO DISH** **Study on the need for food and health research infrastructures in Europe**

DURATA	2012 – 2015
ABSTRACT	Partendo dal presupposto che per promuovere la salute e ridurre i fattori di rischio delle MNT sono essenziali la collaborazione, l'innovazione e la capacity building a livello europeo, il progetto mira a individuare quali sono i RIs (infrastrutture di ricerca a livello europeo) più importanti da migliorare o costruire. In particolare, il progetto, anche utilizzando la tecnologia ESRI, effettuerà una mappatura dei RIs esistenti e, incrociandola con altri dati (es: governance, aree di ricerca meno sviluppate, esigenze sanitarie, fattibilità, coinvolgimenti di attori vari), definirà un design concettuale e una tabella di marcia per l'attuazione dei RIs più importanti.
FONTI	http://cordis.europa.eu/projects/rcn/104246_en.html

ENTE CAPOFILA	**University Of Newcastle Upon Tyne**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	Dokuz Eylul Universitesi (Turchia) The Glasgow Caledonian University (Regno Unito) Birzeit University (Striscia di Gaza) The Provost, Fellows, Foundation Scholars & The Other Members Of Board Of The College Of The Holy & Undivided Trinity Of Queen Elizabeth (Irlanda) The University Of Liverpool (Regno Unito) Syrian Society Against Cancer (Siria) Institut National De La Sante Publique (Tunisia)
TITOLO DEL PROGETTO	**MEDCHAMPS** **Mediterranean studies of cardiovascular disease and hyperglycaemia: analytical modelling of population socio-economic transitions**
DURATA	2009 – 2013
ABSTRACT	L'obiettivo del progetto è quello di individuare l'efficacia e la sostenibilità economica delle politiche contro le MNT nei paesi più poveri. A questo scopo, il progetto, analizzando 4 paesi-studio, ha realizzato un modello per valutare l'impatto delle politiche contro le MNT sulla cui base ha prodotto delle raccomandazioni utili alla riduzione degli oneri e delle spese dovuti alla lotta contro queste malattie.
FONTI	http://cordis.europa.eu/projects/rcn/90085_en.html

ENTE CAPOFILA	**ECDA – European Chronic Disease Alliance**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	ECCO - European Cancer Organisation EKHA - European Kidney Health Alliance ESMO - European Society for Medical Oncology

	International Diabets Foundation EHN - European Heart Network ECC - European COPD Coalition ESH - European Society of Hypertension European Society of Cardiology ERS - European Respiratory Society EASL - European Association for the Study of the Liver
TITOLO DEL PROGETTO	
DURATA	
ABSTRACT	La missione di questa Alleanza è quella di invertire l'allarmante aumento delle MNT attraverso l'elaborazione e la diffusione di raccomandazioni politiche e strategie d'azione. In particolare, l'Alleanza è impegnata a livello europeo perché venga adottata una strategia comunitaria incentrata sulla prevenzione primaria e secondaria delle MNT.
FONTI	http://www.alliancechronicdiseases.org/

4.2.2 Conferenze

Data	4-5 luglio 2013
Luogo	Vienna
Titolo	**Conferenza ministeriale europea sulla nutrizione e le malattie non trasmissibili**
Promotori	OMS Europa
Fonte	http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/07/vienna-conference-on-nutrition-and-noncommunicable-diseases

Data	3-4 dicembre 2013
Luogo	Ashgabat (Turkmenistan)
Titolo	**Conferenza ministeriale europea sulla prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili nel contesto di Health 2020**
Promotori	OMS Europa
Fonte	http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/12/ashgabat-conference-on-noncommunicable-diseases

4.2.3 Normativa e documenti di riferimento

Dichiarazione di Vienna sulla Nutrizione e le Malattie non Trasmissibili nel contesto di Health 2020
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/234381/Vienna-Declaration-on-Nutrition-and-Noncommunicable-Diseases-in-the-Context-of-Health-2020-Eng.pdf

Dichiarazione di Ashgabat sulla prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili nel contesto di Health 2020
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/236188/Ashgabat-Declaration-4-December-2013-Eng.pdf

4.3. Internazionale

4.3.1 Progetti

ENTE CAPOFILA	**OMS**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	
TITOLO DEL PROGETTO	**Piano d'azione per la strategia globale per la prevenzione e il controllo delle NCDs**
DURATA	2008 – 2013
ABSTRACT	Il piano d'azione ha previsto una partnership di molti soggetti a favore della prevenzione e del controllo delle 4 MNT e dei 4 fattori di rischio condivisi. I principali obiettivi del piano sono stati: - innalzare il livello di priorità dato alle MNT a livello nazionale e globale - promuovere la ricerca per la prevenzione e il controllo delle MNT - stabilire e rafforzare politiche nazionali per la prevenzione e il controllo delle MNT - promuovere interventi per ridurre i principali fattori di rischio modificabili delle MNT - promuovere partnership per la prevenzione e il controllo delle MNT - monitorare le MNT e valutare i progressi compiuti a livello nazionale, regionale e globale
FONTI	http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html

ENTE CAPOFILA	**OMS**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	
TITOLO DEL PROGETTO	**Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle NCDs**
DURATA	2013 – 2020
ABSTRACT	L'obiettivo del piano d'azione è quello di fornire una "mappa stradale" e un menù di opzioni politiche agli Stati membri, all'OMS, all'ONU in generale, alle ONG, alle organizzazioni intergovernative e al settore privato per aiutarli nella prevenzione e nel contrasto delle MNT e perché siano raggiunti i seguenti obiettivi: - innalzare il livello di priorità dato alle MNT a livello nazionale e globale - rafforzare la capacità nazionale, la leadership, la governance, l'azione multisettoriale e la partnership per accelerare la risposta degli Stati nella prevenzione e nel controllo delle MNT - ridurre i fattori di rischio modificabili e promuovere stili di vita salutari - rafforzare e orientare i sistemi sanitari per affrontare la prevenzione e il controllo delle MNT e le determinanti sociali sottostanti attraverso un'assistenza sanitaria incentrata sulla persona e la copertura sanitaria universale - promuovere e sostenere gli Stati perché compiano ricerche di alto livello - monitorare i trend e gli sviluppi in materia
FONTI	http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/index.html

ENTE CAPOFILA	**NCD Alliance**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	International Diabets Federation World Heart Federation UICC International Union Against Tuberculosis and Lung Disease per altri vedere: http://www.ncdalliance.org/network/africa
TITOLO DEL PROGETTO	**Global Development Campaign**

DURATA	In corso
ABSTRACT	NCD Alliance riunisce numerosissimi attori della società civile in tutto il mondo impegnati nella lotta contro le MNT. Da anni l'Alleanza promuove, coordina e segue attività di lobbying e di monitoraggio a livello internazionale finalizzate all'implementazione delle strategie e delle politiche internazionali e nazionali fino ad oggi adottate e all'adozione di nuovi più efficaci strumenti. Nello specifico, la Global Development Campaign è una campagna internazionale orientata al post-2015 che ha come obiettivo principale l'inserimento della lotta contro le MNT tra gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (la continuazione degli attuali Obiettivi di Sviluppo del Millennio).
FONTI	http://www.ncdalliance.org/

ENTE CAPOFILA	**CNCD – Africa – Consortium for NCDs Prevention and Control in Sub-Saharan Africa**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	
TITOLO DEL PROGETTO	
DURATA	
ABSTRACT	Il Consorzio lavora per coordinare le attività sulle MNT svolte nei vari paesi africani e per creare sinergie e strategie comuni. In particolare, CNCD vuole creare una piattaforma permanente che elabori politiche, linee guida, protocolli e che fornisca agli Stati aiuto politico, tecnico ed economico. Inoltre il CNDC ha effettuato degli studi e delle mappature sulle MNT e i relativi progetti attivi nella zona sub-sahariana.
FONTI	http://www.aihdint.org/cncd/

ENTE CAPOFILA	**InterAmerican Heart Foundation**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	

TITOLO DEL PROGETTO	
DURATA	
ABSTRACT	La Fondazione è impegnata a livello regionale (America Latina) nella lotta contro le MNT e, in particolare, nella loro prevenzione attraverso studi e attività che incidono sulla riduzione dei fattori di rischio legati alle MNT.
FONTI	http://www.interamericanheart.org/

ENTE CAPOFILA	**GAPA – Global Advocacy For Physical Activity**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	International Union For Health Promotion and Education Loughborough University
TITOLO DEL PROGETTO	
DURATA	
ABSTRACT	Questa Advocacy è impegnata a livello internazionale nell'elaborazione di strategie e attività che promuovono l'attività fisica anche come prevenzione delle MNT.
FONTI	http://www.globalpa.org.uk/

ENTE CAPOFILA	**HCC – Healty Caribbean Coalition** **ACT - Alliance for Control of Tobacco Use Brazil** **SA NCDA – South African NCD Alliance**
ENTI CHE HANNO CONTRIBUITO/PARTECIPATO	NCD Alliance
TITOLO DEL PROGETTO	
DURATA	In corso
ABSTRACT	Queste tre organizzazioni agiscono come partner regionali dell'Alleanza internazionale contro le MNT con l'obiettivo primario di monitorare l'implementazione degli standard e delle strategie globali a livello nazionale.
FONTI	http://www.healthycaribbean.org/newsletters/sept-2013/ncda.html

4.3.2 Conferenze

Data	Maggio 2009
Luogo	Ginevra
Titolo	**United Nations High-Level Summit on "Health and Development: Held Back by Non-Communicable Diseases"**
Promotori	NCD Alliance
Fonte	http://www.ncdalliance.org/node/51

Data	27 aprile 2011
Luogo	Mosca
Titolo	**WHO global forum: Addressing the challenge of non communicable diseases**
Promotori	OMS
Fonte	http://www.who.int/nmh/events/global_forum_ncd/en/

Data	20-22 settembre 2010
Luogo	New York
Titolo	**High-Level Plenary Meeting of the General Assembly**
Promotori	ONU
Fonte	http://www.un.org/en/mdg/summit2010/

Data	28-29 aprile 2011
Luogo	Mosca
Titolo	**First global ministerial conference on healthy lifestyles and non communicable disease control**
Promotori	OMS
Fonte	http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/en/

Data	19-20 settembre 2011
Luogo	New York
Titolo	**United Nations High-Level meeting NCDs prevention and control**
Promotori	OMS
Fonte	http://www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/

Data	20-22 giugno 2012
Luogo	Rio de Janeiro
Titolo	**Rio+20 United Nations Conference on Sustainable Development**
Promotori	ONU
Fonte	http://www.uncsd2012.org/index.html

Data	22 luglio 2012
Luogo	Washington
Titolo	**Beyond 2015: HIV and Chronic NCDs: Integrating Health Systems Towards Universal Health Coverage**
Promotori	MSH – Management Sciences for Health
Fonte	http://www.msh.org/blog/2012/07/25/aids-2012-the-vision-for-success-beyond-mdg-6-chronic-ncds-health-system

4.3.3 Normativa e documenti di riferimento

Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 Maggio 2010 (64/265)
"Prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili"
http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/64/265&Lang=E

Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 22 settembre 2010 (65/1)
"Mantenere le promesse: uniti per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio"
http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/512/60/PDF/N1051260.pdf?OpenElement

Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 9 Dicembre 2010 (65/95)
"Salute globale e politica estera"
http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/518/24/PDF/N1051824.pdf?OpenElement

Risoluzione adottata dall'ECOSOC 2010/8
"Consumo di tabacco e salute materna e infantile"
http://www.un.org/en/ecosoc/docs/2010/res%202010-8.pdf

Dichiarazione di Mosca sullo stile di vita salutare e le malattie non trasmissibili
http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/moscow_declaration_en.pdf

CAPITOLO 5
SALUTE E MIGRANTI

5.1 Aree critiche e problematiche legate alla salute dei migranti

Da un'analisi della letteratura sulle condizioni sociali e sanitarie dell'immigrato, si possono determinare alcune aree critiche che necessitano di particolare attenzione soprattutto in termini di programmazione e di pianificazione di politica e di comunicazione socio-sanitaria. Possiamo suddividere queste aree in tre
ambiti sommariamente delimitati da alcune condizioni patologiche, fisiologiche e sociali.

- condizioni patologiche: malattie infettive (tb, mst, ...), malattie dermatologiche, disagio/malattie psichiatriche, traumi e incidenti, NCD;
- condizioni fisiologiche: maternità, infanzia, vecchiaia;
- condizioni sociali: prostituzione e tratta, abuso, detenzione;
- aggravanti: disagio sociale, immigrazione "forzata" o "non selezionata", irregolarità giuridica, mancanza/difficoltà accesso ordinario strutture sanitarie.

A queste vanno associate le problematiche socio-sanitarie dell'immigrazione:

- legate allo status giuridico: accesso ordinario al SSN *(diversificato o negato);* pregiudizi e paure *(da parte dell'immigrato e da parte del sanitario);* diritti nascosti;
- legate alla marginalità sociale, fisica-ambientale *(fattori di rischio per la salute fisica),* psicologico-sociale *(fattori di rischio per la salute psichica);*
- legate alla marginalizzazione culturale e ai diversi sistemi biomedici di riferimento.

(Geraci, Marceca, Mazzetti, 2000; Jayaweera, 2013).

Su questo terreno fertile si innestano molto facilmente una serie di patologie. Ad oggi ci si molto soffermati sulle malattie trasmissibili tra i migranti, ma si osserva una crescita importante anche tra le non trasmissibili che merita una analisi approfondita e la pianificazione di interventi mirati.

5.2 Salute e migranti nel Pool Passi 2008-11[2]

In base ai dati del periodo 2008-2011 del sistema di sorveglianza Passi, gli stranieri[3] tra 18 e 69 anni rappresentano il 3% della popolazione residente; alla rilevazione fugge la quota di stranieri meno integrata, perché gli stranieri intervistati sono i residenti, che parlano l'italiano.

[2] Cfr http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp

[3] Passi classifica come "stranieri" gli intervistati che riferiscono una cittadinanza diversa da quella italiana.

Gli intervistati percepiscono in modo migliore la propria salute rispetto agli italiani e espongono meno sintomi depressivi. Non ci sono differenze significative fra italiani e stranieri per il fumo, il consumo di alcol e l'inattività fisica, mentre fra gli stranieri è molto più bassa la prevalenza di persone in sovrappeso e obese.

Inoltre gli stranieri partecipano meno frequentemente degli italiani ai programmi di screening per la diagnosi dei tumori (cervice, mammella e colon-retto), ma sono più attenti alla sicurezza sulla strada: guidano con meno frequenza sotto l'effetto dell'alcol e utilizzano i dispositivi di sicurezza stradale (cintura anteriore e posteriore). Come gli italiani hanno una bassa percezione del rischio di incidenti in casa e di contrarre una malattia legata al loro lavoro, ma sono più consapevoli del rischio di infortunio sul lavoro.

Tabella 5.1 – Passi 2008-2011

Pool di Asl Passi – 2008-11	italiani	stranieri
	% (IC95%)	% (IC95%)
Benessere		
Stato di salute percepito positivamente	67,1 (66,8-67,4)	76,6 (75,2-77,9)
Sintomi di depressione	6,9/ (6,7-7,1)	5,5/ (4,9-6,3)
Guadagnare salute		
Sedentarietà	30,0 (29,7-30,4)	31,3 (29,9-32,8)
Obesità	10,57 (10,4-10,8)	8,35 (7,5-9,2)
Sovrappeso	31,54 (31,2-31,9)	29,0 (27,6-30,5)
Consumo di alcol a maggior rischio*	17,1 (16,7-17,4)	16,3 (14,8-17,9)
Fumo	28,8 (28,5-29,1)	30,2 (28,8-31,6)
Programmi di prevenzione individuale		
Test di screening per neoplasia cervicale (in donne 25-64enni, eseguito negli ultimi 3 anni)	75,7 (75,2-76,1)	68,1 (66,0-70,2)
Mammografia (in donne 50-69enni, eseguita negli ultimi 2 anni)	70,0 (69,3-70,7)	58,5 (53,2-63,6)
Ricerca del sangue occulto nelle feci (in persone 50-69enni, eseguita negli ultimi 2 anni)	27,8 (27,4-28,2)	20,7 (17,5-24,3)
Sicurezza		
Guida sotto l'effetto dell'alcol	10,4 (10,2-10,7)	6,8 (5,7-8,1)
Utilizzo del casco	94,3 (93,9-94,6)	93,8 (91,5-95,6)
Utilizzo della cintura anteriore	82,9 (82,6-83,1)	90,7 (89,7-91,6)

Utilizzo della cintura posteriore	18,7 (18,5-19,0)	30,2 (28,6-31,7)
Consapevolezza del rischio di:		
- infortunio domestico	6,9 (6,7-7,1)	6,2 (5,5-7,0)
- infortunio sul lavoro**	26,3 (25,7-26,8)	32,3 (29,8-34,8)
- malattia dovuta al lavoro**	19,7 (19,2-20,3)	21,4 (19,3-23,6)

* 2010-11
** Modulo opzionale, a cui hanno aderito 17 Regioni/Provincie Autonome: nel 2010 Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Campania e Puglia, a cui si sono aggiunte, nel 2011, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Molise, Basilicata, Calabria e Sardegna.
Fonte: Pool Passi 2008-11

5.3 Salute e migranti nell'indagine 2008-2012 Oec/Hes

Anche nell'ambito dell'indagine 2008-2012 condotta dall'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health Examination Survey[4] in collaborazione con l'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (Anmco) è stato possibile raccogliere alcune informazioni sulla salute dei migranti. Secondo i dati, la popolazione di migranti risulta mediamente giovane; la prevalenza dei fumatori sia tra gli uomini che tra le donne è più elevata, mentre l'obesità ha una prevalenza più bassa, come è minore l'inattività fisica lavorativa rispetto al campione italiano per entrambi i generi; queste caratteristiche si riscontrano anche nel confronto specifico per età.

Sono state esaminate 9107 persone di età compresa fra 35 e 79 anni, di cui 459 migranti, 195 uomini e 264 donne. Per la definizione di "migranti" sono state adottate le indicazioni del progetto Meho (Migrant and Ethnic Health Observatory) che ha mappato la disponibilità e la qualità dei dati di mortalità in Europa per alcune malattie tra cui le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie infettive; sono stati poi considerati "migranti" i soggetti con Paese di nascita diverso dall'Italia: 172 sono nati in Paesi dell'Est Europa, 110 in altri Paesi europei, 74 in Paesi dell'Africa, 60 in Paesi del Sud America, 31 Paesi dell'Asia, 12 in Australia, Usa e Canada.

Rispetto al campione esaminato i migranti rappresentano il 5,3%; la distribuzione per area geografica rispetto al campione Oec/Hes è riportata di seguito. Il campione era costituito da residenti, integrati nelle attività locali/sociali.

[4] Cfr. http://www.cuore.iss.it/fattori/progetto.asp

Tabella 5.2 – Distribuzione dei migranti per area geografica, rispetto al campione Oec/Hes

	UOMINI		DONNE	
	n	%	n	%
Nord	138	7,3	175	9,2
Centro	25	3,3	59	7,9
Sud	32	1,9	30	1,8
	195		264	

Fonte: Oec/Hes 2008-2012

Il limite dell'indagine è la generalizzazione sulla salute dei migranti che hanno abitudini e caratteristiche diverse, tuttavia fornire alcune informazioni sui fattori di rischio comunque è utile, visto che sono poche le fonti disponibili con questi indicatori.

Le tabelle riportano i principali fattori di rischio cardiovascolari rilevati nel campione di migranti e il corrispondente valore del campione generale, anche se non è appropriato fare confronti fra i due, in quanto la popolazione di migranti è in media più giovane; ma va notato che la prevalenza dei fumatori sia negli uomini che nella donne è più elevata, mentre l'obesità ha prevalenza minore, come del resto minore è l'inattività fisica lavorativa rispetto al campione italiano; queste caratteristiche si rilevano anche nel confronto per età.

Tabella 5.3 – Osservatorio epidemiologico cardiovascolare (Oec)/Health Examination Survey (Hes): caratteristiche della popolazione migrante e del campione di popolazione nata in Italia

	Uomini italiani		Uomini migranti		Donne italiane		Donne migranti	
	media	*dev st*	*media*	*dev st*	*media*	*dev st*	*media*	*dev st*
Eta (anni)	57	13	49	11	57	12	50	10
Pressione arteriosa sitolica (mmHg)	134	18	129	17	129	20	123	17
Pressione arteriosa diastolica (mmHg)	84	10	85	10	79	10	79	9
Colesterolemia totale (mg/dl)	209	44	213	42	218	44	215	44
Colesterolemia HDL (mg/dl)	51	13	50	12	62	15	64	16
Glicemia (mg/dl)	103	25	97	18	95	23	93	22
LDL (mg/dl)	131	38	132	37	134	38	130	38
Indice di Massa Corporea (kg/m^2)	28	4	27	4	27	6	26	5
Circonferenza vita (cm)	97	12	96	11	88	13	86	12
Numero di sigarette (solo per fumatori)	16	9	15	8	12	8	11	6
Anni di studio	11	5	12	4	10	5	12	4

	Uomini italiani	Uomini migranti	Donne italiane	Donne migranti
	%	%	%	%
Titolo di studio conseguito				
Laurea o diploma universitario	15	19	16	21
Diploma scuola media superiore	35	41	32	47
Licenza media inferiore	29	34	26	25
Licenza elementare o altre classi elementari	20	6	26	7
Abitudine al fumo				
Fumo corrente	21	27	18	21
Ex fumatori	40	32	19	14
Mai fumatore	39	41	63	65
Sovrappeso (25≤IMC<30kg/m^2)	48	53	33	34
Obesi (IMC≥30kg/m^2)	25	20	27	22
Inattività fisica al lavoro	39	16	32	20

Fonte: Oec/Hes 2008-2012

Analisi più approfondite sui diversi gruppi etnici sono necessarie insieme a dati provenienti; tuttavia indagini di questo tipo generano informazioni di particolare

interesse per gli interventi di sanità pubblica rivolti alla prevenzione e alla pianificazione dei servizi. I migranti tendono con il passare del tempo a modificare le proprie abitudini alimentari e gli stili di vita e ad assumere le caratteristiche del Paese di immigrazione.

5.4 Farmaci e migranti[5]

Anche la disponibilità di flussi informativi stabili sulle prescrizioni farmaceutiche può fornire indicazioni pratiche per rappresentare le condizioni di salute e l'accesso alle prestazioni sanitarie tra i migranti. Le differenze che si osservano fra migranti e italiani possono raffigurare bisogni non convenientemente coperti o segnalare una differente prevalenza di patologia. I dati disponibili indicano che il Ssn garantisce buon accesso all'uso dei farmaci, con un livello di spesa che, tenuto conto dell'età giovane della popolazione immigrata, è contenuto.

Una particolare attenzione va riservata alle popolazioni "fragili", ad esempio gli anziani con pluripatologie, per i maggiori rischi di inappropriatezza e di mancato accesso alle terapie. Anche la popolazione immigrata, più giovane di quella italiana, mostra fragilità, a causa del reddito, delle difficoltà di inserimento e di una rete di sostegno non sempre adeguata.

Istituzioni e società scientifiche (Società italiana di farmacia ospedaliera, Società italiana di medicina delle migrazioni, Cineca, Consorzio Mario Negri Sud e Istituto superiore di sanità) lavorano ad un'analisi della prescrizione farmaceutica nella popolazione immigrata. È stata fondata una banca dati delle prescrizioni farmaceutiche, nella quale sono raccolti i dati relativi alla popolazione di 32 Asl italiane (le Asl afferenti al progetto Arno coordinato dal Cineca e le Asl della Regione Umbria).[6]

La popolazione immigrata (residente nelle Asl selezionate) è stata identificata sulla base delle informazioni sulla cittadinanza e il Paese di nascita (derivato dal codice fiscale) e, sono stati identificati i cittadini di Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) nati all'estero o in Italia. Per ciascun individuo assistibile di questa coorte è stato selezionato, in modo casuale, un cittadino italiano appaiato per età, sesso e comune di residenza.

Una prima analisi di queste informazioni è stata pubblicata all'interno del Rapporto sull'uso dei farmaci in Italia nel 2011 a cura dell'OsMed.[7] Nel rapporto sono stati esposti i primi risultati riferiti a una popolazione di circa 600 mila assistibili. Il 50% della popolazione immigrata e il 58% di quella italiana hanno ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno, con un'età mediana degli utilizzatori (35 anni) e un rapporto maschi/femmine (0,84) sovrapponibili. Nelle fascia d'età tra 15 e 65 anni le donne immigrate hanno un maggior consumo di farmaci rispetto agli uomini. Nei bambini la prevalenza d'uso è di circa il 60% per entrambe le coorti.

I farmaci antibatterici sono la categoria terapeutica con i maggiori livelli di esposizione (la prevalenza d'uso è rispettivamente 33% e 38% negli immigrati e negli italiani). In categorie terapeutiche con un utilizzo cronico, come ad esempio i farmaci cardiovascolari, la prevalenza e l'intensità d'uso sono simili nelle due coorti

[5] Cfr http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/farmaciIntro.asp
[6] Cfr. http://www.cineca.it/it/progetti/osservatorio-arno
[7] Cfr. http://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/OsMed/OSMED%202011.pdf

(rispettivamente 7% negli immigrati e 8% negli italiani; 435 dosi per utilizzatore negli immigrati e 474 dosi negli italiani). Questi dati dimostrano che una volta riconosciuto il problema, le modalità di prescrizione non sono, come desiderabile, influenzate dalla cittadinanza.

Il 4 marzo 2013, nel corso del convegno "Prescrizione farmaceutica nella popolazione immigrata"[8], ospitato dall'Istituto superiore di sanità, sono state presentate le analisi effettuate sull'uso dei farmaci negli immigrati.

5.5 Migranti e accesso ai servizi sanitari

La tutela della salute in Italia è sancita dall'articolo 32 della Costituzione che, identificando la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" non la limita alla cittadinanza italiana o allo *status* (regolare o irregolare) di residenza. Da qui il diritto di qualunque straniero in Italia di usufruire dei servizi sanitari pubblici (Titolo V della legge 40 del 1998 attuata con norme nazionali, regionali e locali).

L'assistenza sanitaria allo straniero in Italia è regolata da norme nazionali e politiche locali. Il testo di riferimento giuridico sull'immigrazione è il Decreto Legislativo n. 286 del 1998 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" che, con il Regolamento d'attuazione (D.P.R n. 394/1999) garantisce il diritto di inclusione ordinaria dei migranti nel sistema di tutela della salute. L'articolo 34 si occupa della questione "assistenza agli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale (Ssn)". L'articolo 35 riguarda le condizioni di assistibilità degli stranieri non iscritti al Ssn o perché migranti a breve termine (studenti, turisti, ecc) o perché non in regola. Alcune modifiche sono state introdotte con il D.P.R. 334/2004 che stabilisce per esempio che l'iscrizione non decade nella fase di rinnovo del permesso di soggiorno. Il Testo unico ha influito sui Piani sanitari nazionali e ha dato un input alle politiche regionali e locali che, nella realtà quotidiana.[9]

Per dare uniformità di risposta rispetto alle cure nelle Regioni e nelle Province autonome e per raccogliere in un unico strumento le norme nazionali e regionali sull'assistenza sanitaria agli immigrati, il 20 dicembre 2012, la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ha definito un Accordo sul documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane".[10]

---

[8] Cfr. http://www.epicentro.iss.it/farmaci/Convegno2013.asp

[9] Approfondimenti nel documento
"La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali"(http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/DIRITTO_ALLA_SALUTE.pdf),
a cura della Caritas Diocesana di Roma (luglio 2010) e l'approfondimento dedicato sul sito salute internazionale.info (http://www.saluteinternazionale.info/2011/04/la-salute-degli-immigrati-nelle-politiche-sanitarie-regionali/)

[10] Per dettagli sulla normativa italiana sul tema, si vedano anche le pagine dedicate sul sito della Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm).
(http://www.simmweb.it/index.php?id=303&no_cache=1)

Le norme non bastano per garantire l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie. La "paura" e la diffidenza nei confronti del Ssn da parte degli "irregolari" rimangono un problema.

Si aggiungono a questo le difficoltà linguistiche e le differenze culturali. Diventa cruciale la formazione degli operatori, per una efficace presa in carico dei migranti e necessaria l'informazione-mediazione verso gli stranieri e la comunicazione verso la società ospitante. L'Organizzazione internazionale per le migrazioni ha pubblicato il "World Migration Report 2011 - Communicating Effectively about Migration"[11] che affronta il tema dell'importanza di una comunicazione efficace sul tema dei migranti per evitare disinformazione e percezione negativa.[12]

5.6 Salute delle donne e dei bambini migranti[13]

Nelle migrazioni un ruolo importantissimo è delle donne. La femminilizzazione dei flussi migratori, e la concentrazione di donne in età fertile, solleva il problema della salute riproduttiva e materno-infantile, e del contributo dei figli dell'immigrazione.

Attraverso i dati annuali del Dossier Statistico Caritas/Migrantes 2012[14] è possibile valutare questa situazione: all'inizio degli anni '90 le donne straniere presenti in Italia non raggiungevano le 300 mila unità, all'inizio del 2000 avevano superato il milione di unità. Alla fine del 2010, le donne sono oltre 2 milioni e 300 mila e costituiscono il 51,8% del totale degli stranieri (nel 2011 la presenza femminile tra i soli soggiornanti non comunitari è del 49,5%).

La componente femminile è molto maggiore tra gli immigrati provenienti dall'Europa Orientale rispetto a quelli di origine africana o asiatica, con oltre il 70% per molti Paesi dell'Est Europa, dell'Ex-Unione Sovietica e del Brasile.

La distribuzione territoriale è simile a quella di tutta la popolazione migrante: 37% risiede nelle Regioni del Nord-Ovest, 29% in quelle del Nord-Est, 22% nel Centro, il 9% al Sud e il 3% nelle Isole.

Esiste una varietà anche nei profili e nei percorsi di integrazione delle donne che, sebbene sia ancora molto determinata dai ricongiungimenti familiari, in particolare per alcune nazionalità (Pakistan, Bangladesh, Egitto, Macedonia, Tunisia, Giordania, Algeria), prende molte forme. Sono moltissime le donne "primomigranti" (breadwinner o "apripista") – storicamente arrivano dalle Filippine e più di recente del Sud America e dell'Europa orientale. Importante anche la presenza delle donne rifugiate o richiedenti asilo o delle vittime della tratta e dello sfruttamento della prostituzione.

Una ricaduta della presenza femminile straniera, di giovane età, è visibile rispetto alle nascite. Nel 1986 i nati da genitori entrambi stranieri erano l'1% dei nati in Italia, nel 1996 il 4,5%, nel 2010 circa 2 nuovi nati su 10 sono stranieri e, esaminando solo le Regioni del Nord le nascite da madri stranieri arrivano al 30% del totale. Con una

---

[11] Cfr. http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf

[12] Sul sito del ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/assistenzaSanitaria/assistenzaSanitaria.jsp) è disponibile una sezione dedicata a informare i cittadini (italiani all'estero e stranieri in Italia) sulle modalità di accesso ai servizi.

[13] Cfr. http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/DonneBambiniIntro.asp

[14] Cfr. http://www.dossierimmigrazione.it/docnews/file/2012_Dossier_Scheda.pdf

media di 2,13 figli ciascuna, le donne straniere contribuiscono alla fecondità nazionale e a invertire il calo demografico italiano.

Cresce l'attenzione per la tutela della maternità tra le immigrate che partoriscono in Italia. Si osserva una maggiore difficoltà nella fruizione dei servizi[15] e nel raccogliere le opportunità di assistenza nel periodo della gravidanza e del post, sebbene le donne straniere facciano riferimento al consultorio maggiormente rispetto alle italiane.

Il maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) tra le donne immigrate evidenzia la necessità di promuovere informazioni e servizi, data le difficoltà che le straniere incontrano nelle terapie di contraccezione.

I servizi e le politiche sono chiamati a impegnarsi a rafforzare l'intero ambito della salute riproduttiva e della prevenzione, attraverso strategie di empowement e offerta attiva per una effettiva inclusione sociale delle immigrate.

5.7 Dati Istat 2013: Migranti e salute

L'indagine dell'Istat rileva che gli stranieri godono, in media, di migliori condizioni di salute rispetto agli italiani, tuttavia si trovano spesso a dover affrontare problemi di accesso ai servizi sanitari, a causa di ostacoli linguistici e burocratici. Vediamo alcuni dettagli emersi dalla ricerca su temi centrali rispetto alla questione paziente migrante e salute.

5.7.1 Salute percepita

La percezione dello stato di salute permette di cogliere la multidimensionalità del concetto di salute inteso, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale". L 'Istat misura la percezione con il quesito: Come va in generale la sua salute? Le risposte sono: molto bene, bene, ne bene ne male, male e molto male.

L'87,5% degli stranieri e l'83,5% degli italiani ha dato una valutazione positiva ("molto bene" o "bene"). La percentuale si riduce con l'età, risultando superiore alla media fino ai 34 anni e con più bassi della media dopo i 45 anni.

Gli stranieri dichiarano percentuali di "buona salute" più alte degli italiani e il gap aumenta con il crescere dell'età. Nella classe 55 anni ed oltre, il 59,9% degli stranieri dice di stare bene o molto bene, rispetto al 42,4% degli italiani.

Le donne hanno una peggiore percezione, sia tra gli stranieri sia tra gli italiani. Nelle età più avanzate (55 anni ed oltre) gli uomini stranieri dicono di essere in buona salute sono il 57,6% contro il 61,9% delle donne straniere, mentre tra gli italiani lo svantaggio femminile è sempre alto (48,2% negli uomini versus 36,9% nelle donne).

I filippini dichiarano nel 90,2% dei casi di stare bene o molto bene, sia gli uomini che le donne. Percentuali superiori al 90% sono riportate tra le donne cinesi (92,4%) e tra gli

[15] Cfr. http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/aggiornamenti.asp

uomini albanesi (90,3%). I valori più bassi si notano nei cittadini marocchini (in entrambi i generi) e nelle donne moldave. I valori sono più alti di per gli italiani.

Rispetto all'area geografica, c'è uno svantaggio degli stranieri residenti nel Mezzogiorno: l'85,3% ha dichiarato buone condizioni di salute rispetto all'88% circa dei residenti al Centro-Nord. Lo svantaggio non si nota tra gli italiani.

Nella popolazione di 25 anni ed oltre si rileva che la quota di stranieri che afferma di sentirsi "molto bene" o "bene" si alza all'aumentare del titolo di studio.

Lo stesso vale per gli italiani, per i quali, il gap tra chi non ha titolo o ha la licenza elementare e chi possiede il diploma o la laurea è maggiore: la differenza è del 42,4% negli italiani e del 13,3% tra gli stranieri, forse anche per l'effetto over education.

5.7.2 Benessere fisico, mentale e psicologico

Si confermerebbero le migliori condizioni di salute, sia fisica che psicologica, degli stranieri rispetto alla media della popolazione. L'indice PCS degli stranieri assume valori simili nei due generi fino ai 34 anni, mentre nelle classi di età successive si evidenzia un vantaggio degli uomini rispetto alle donne. Le differenze di genere risultano, invece, meno evidenti per l'indice MCS.

Il punteggio medio dell'indice MH degli stranieri di 14 anni ed oltre è 78; sale oltre gli 80 punti nei giovani tra 14-24 anni e scende a circa 75 dopo i 44 anni. Negli uomini l'indice ha un valore pari a 78,4, mentre nelle donne è 77,6. Per l'indice PCS e l'indice MCS non ci sono differenze significative a livello territoriale, mentre in relazione all'indice MH gli stranieri nel Nord-Ovest e nel Mezzogiorno hanno punteggi medi inferiori a quelli della totalità della popolazione. In queste ripartizioni l'indice MH è inferiore nelle donne.

Rispetto alle cittadinanze degli stranieri, non ci sono grandi differenze nello stato di benessere fisico e psicologico: i valori sono vicini alla media degli stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) (54,6 per l'indice PCS e 53,8 per l'indice MCS).

Invece a fronte di un punteggio medio pari a 77,8 per il totale degli stranieri provenienti dai PFPM, si nota uno svantaggio per i cittadini provenienti dalla Tunisia (75,3) e dal Marocco (76,0). Di contro, gli stranieri per i quali l'indice MH ha valori più alti sono gli indiani (82,4, con valore più elevato nel genere femminile e pari a 84,4) e i filippini (80,4, con valore più alto nel genere maschile e pari a 82).

5.7.3 Consultorio Familiare

Gli stranieri che si sono rivolti al Consultorio Familiare nei 3 mesi precedenti l'intervista sono stati 21,6 per 1.000. Al servizio si orientano più spesso le donne rispetto agli uomini (33,7 per 1.000 versus 7,8 per 1.000) ed il ricorso è più ampio nell'età riproduttiva (18-44 anni).

Nel confronto tra paesi, si rileva che al consultorio vanno di più le donne di nazionalità polacca (52 per 1.000) o moldava (46,3 per 1.000), al terzo posto ci sono le filippine (39,2 per 1.000), mentre solo 11 donne cinesi su 1.000 vi si recano.

5.7.4 Barriere linguistiche per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari

Le difficoltà linguistiche sono state ricavate con due domande, in modo da separare, nella comunicazione orale, l'espressione e l'ascolto nella relazione con il medico. Le domande sono state: "In Italia, andando da un medico (italiano) ti è capitato di avere difficoltà a spiegargli in italiano i tuoi sintomi o disturbi?", e "In Italia, andando da un medico (italiano) ti è capitato di avere difficoltà a capire quello che ti diceva?".

Gli stranieri di 14 anni e oltre, il 13,8%, dichiarano di essere in difficoltà a spiegare in italiano i propri disturbi e/o sintomi e il 14,9% dice di avere difficoltà a comprendere ciò che dice il medico; il problema è più frequente tra le donne (16,6% delle donne ha difficoltà ad esprimersi e il 17,3% a comprendere) che tra gli uomini (12,7% degli uomini ha difficolta ad esprimersi e il 14,3% a comprendere) e, a parte la classe 35-44 anni, tende a interessare una quota più ampia di individui con l'aumentare dell'età, ed essere un impedimento per circa il 24,4% degli stranieri di 55 anni e oltre (26,4% sul piano della comprensione).

Le difficoltà ad esprimersi in italiano sono basse per i cittadini polacchi (il 3,5% delle persone di 14 anni ed oltre), della Moldavia (4,4%) e della Romania (5,4%), mentre sono alte tra i cinesi (46,3%), indiani (39,4%) e filippini (28,9%). Le difficoltà diminuiscono con la permanenza in Italia, e riguardano il 18,5% degli stranieri giunti in Italia tra il 2006 e il 2008 e il 12,1% di coloro che sono in Italia da almeno 7 anni. A distanza di più di 10 anni dall'arrivo nel nostro paese, persiste una quota pari al 10,7% di cittadini stranieri che hanno ancora difficoltà linguistiche con il medico.

Lo svantaggio linguistico si evidenzia in maggior misura tra gli stranieri più indifesi sul piano socio-economico: circa un terzo degli stranieri di 25 anni ed oltre che hanno solo un titolo di studio elementare. Lo svantaggio di un basso titolo di studio è visibile in tutte le fasce di età, ma è importante tra gli adulti di 45 anni e oltre, tra i quali la percentuale di chi ha problemi a rapportarsi in italiano con il medico giunge al 38,4%.

5.7.5 Barriere organizzative per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari

I problemi di organizzazione nell'accesso ai servizi sono state testate con due domande: "In Italia, quando hai necessità di fare visite o esami medici hai difficoltà dovute a orari incompatibili con i tuoi impegni familiari/personali (esclusi impegni di lavoro)?", e "In Italia, quando hai necessità di fare visite o esami medici hai difficoltà dovute a orari incompatibili con il tuo lavoro?").

L'8,6% degli stranieri di 14 anni e oltre dice di avere delle difficoltà nel fare visite o esami medici per gli orari incompatibili con gli impegni familiari e personali, soprattutto tra gli uomini (9,6%), e in particolare tra i 25-34 anni (12,5%). Più degli impegni personali sono quelli di lavoro a creare un problema di accesso alle cure sanitarie: il 16% degli stranieri di 14 anni e oltre afferma che visite e esami medici sono incompatibili con gli orari di lavoro e questo vale di più per gli uomini (19,3%) che per le donne (12,6%) e soprattutto nelle fascia di età 25-34 anni.

5.7.6 Barriere burocratiche amministrative per gli stranieri nell'accesso ai servizi sanitari

Le difficoltà burocratiche amministrative sono misurate tramite la domanda: "In Italia, quando hai necessità di fare visite o esami medici hai difficoltà a svolgere le pratiche amministrative/burocratiche?". Circa il 13% degli stranieri di 14 anni e oltre ha dichiarato di aver avuto problemi nello svolgimento delle pratiche amministrative e burocratiche necessarie per accedere a prestazioni mediche. Maggiori difficoltà si notano tra i cinesi (21,0%), indiani (19,0%), marocchini (17,9%) e filippini (15,3%). Questo tipo di difficoltà è maggiore per gli stranieri che vivono nel Mezzogiorno (19,4%).

5.7.7 In sintesi

I risultati confermano che, allo stato attuale, i cittadini stranieri sono un collettivo "selezionato" sia rispetto al Paese di origine, sia rispetto agli italiani: sono mediamente giovani e in buona salute e anche eliminando il vantaggio derivante dalla struttura per età più giovane, gli indicatori di salute percepita confermano migliori condizioni di salute rispetto agli italiani. Il sistema sanitario deve preservare questo patrimonio di salute ed evitare che il processo di integrazione della popolazione straniera si accompagni al peggioramento delle condizioni di salute.

Nell'accesso ai servizi, la fruibilità delle prestazioni è centrale per il mantenimento ed il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati. La popolazione immigrata si trova spesso di fronte a ostacoli linguistici e burocratici che possono renderla vulnerabile, intralciare i percorsi sanitari e favorire complicanze delle malattie.

CAPITOLO 6
DIABETE COME ESEMPIO PROTITIPICO DI NCD

6.1 Premessa: caratteristiche cliniche ed epidemiologiche del diabete

Al fine di avere un ulteriore chiarimento rispetto alle specificità del tema e per un approfondimento di uno specifico ambito si è focalizzata l'attenzione su una delle diverse patologie NCD, il diabete. Il diabete mellito è una malattia cronica caratterizzata da alti livelli di glucosio nel sangue. Tutte le cellule del corpo hanno bisogno di zucchero per poter funzionare in modo corretto. Lo zucchero può penetrare nelle cellule grazie all'intervento di un ormone che si chiama insulina. Se l'insulina non viene prodotta dal corpo in quantità sufficienti o se il corpo non risponde all'insulina in modo adeguato, lo zucchero si accumula nel sangue e non raggiunge le cellule che ne necessitano.
Ci si aspetta che la prevalenza mondiale del diabete cresca dall'8,3% (366 milioni di persone) del 2011, al 9.9% (552 milioni di persone) nel 2030, il che si traduce in circa 3 nuovi casi di diabete ogni 10 secondi (Choudhary, Genovese, Reach, 2013). Si è stimato che il diabete sia stato responsabile dell'11% della spesa mondiale per la salute nel 2010, esercitando la maggior parte del suo impatto attraverso la disabilità e la mortalità associate alla malattia e alle sue complicanze (International Diabetes Federation atlas, 2013)

Esistono due tipi di diabete:

- Il diabete di tipo 1, è una malattia autoimmune che causa la distruzione delle cellule del pancreas deputate alla produzione di insulina che per questo è presente a livelli troppo bassi. Anche in questo caso, è importante mantenere nella norma il peso corporeo per non aggravare la situazione con l'insulino-resistenza dovuta ai tessuti adiposi. Di là dall'importanza di alcuni stili di vita rilevanti per la malattia, tuttavia, per definizione i pazienti con diabete di tipo 1 sono sottoposti a terapia sostitutiva con insulina (ovvero si somministra l'ormone che questi pazienti non sono più in grado di produrre autonomamente). Questa tipologia di diabete insorge in età precoce con due picchi: il primo tra i 4-6 e i secondo tra 10-14 anni.
- il diabete di tipo 2 (90% dei casi di diabete nella popolazione adulta) è causato da un'azione insufficiente dell'insulina dovuta al fatto che le cellule del corpo non rispondono in modo adeguato all'insulina e/o al fatto che il corpo non produce una quantità sufficiente di insulina; in questo senso, sovrappeso e obesità costituiscono fattori di rischio perché i tessuti adiposi causano l'insulino-resistenza, l'innalzamento del glucosio nel sangue e quindi l'instaurarsi e/o l'aggravarsi di questa tipologia di diabete. Questa tipologia di diabete insorge mediamente in età più avanzata, generalmente dopo i 40 anni, con una latenza della diagnosi stimata fino ai 10 anni, anche se sono sempre più frequenti forme di insorgenza precoce strettamente correlate alla problematica dell'obesità infantile.

Avere alti livelli di zuccheri nel sangue (iperglicemia) può causare gravi problemi secondari nel tempo (complicanze). I sintomi acuti della malattia, invece, connessi alla marcata iperglicemia (sete intensa, sensazione di forte stanchezza, minzioni frequenti,

perdita di peso, vista annebbiata, fino al coma) sono più evidenti nel diabete di tipo 1 nelle fasi di esordio e/o scompenso della malattia, mentre in quello di tipo 2 possono essere anche molto sfumati a causa del lento e graduale peggioramento. Questo rappresenta un grave rischio perché porta il paziente con diabete di tipo 2 a sottovalutare l'importanza della gestione degli stili di vita associati e a sviluppare più facilmente le complicanze a lungo termine (DCCT Research Group, 1996; UK Prospective Diabetes Study Group, 1999), le quali rappresentano di fatto il fattore di mortalità, morbidità e di conseguenza i costi sociosanitari associati al diabete di maggior rilevanza.

Questa breve premessa chiarisce che per le persone con diabete, sia di tipo 1 sia di tipo 2, alcune abitudini di vita (sia in termini di stili di vita, sia in termini di comportamenti di cura) sono di fondamentale importanza al fine di regolarizzare i livelli di zucchero nel sangue. Nel diabete di tipo 1 sempre e comunque in associazione alla terapia insulinica, mentre nel diabete di tipo 2 adeguati stili di vita (attività fisica e dieta) costituiscono la prima linea della terapia, in grado anche di sostituire o ritardare la terapia farmacologica. Risulta anche chiaro che l'obesità, la cui diffusione epidemica è citata altrove in questo rapporto, sia uno dei maggiori fattori di rischio del diabete, rendendo il controllo del peso corporeo, fondamentale sia in termini di prevenzione sia in termini di cura (DeFronzo, 2004), tanto da arrivare a parlare di diabesità (McNaughton, 2013).

6.2 Diabete, comportamenti di cura e stili di vita

Come sopra accennato, le persone con diabete presentano una serie di problemi associati: ridotta funzionalità delle cellule pancreatiche a fronte dell'assunzione di zuccheri e carboidrati con la dieta, ipoglicemie associate alla terapia con insulina, ipertensione, problemi cardio-circolatori, problemi di vista, ecc.

Uno dei comportamenti di cura più rilevanti per le persone con diabete riguarda il controllo dei livelli di glicemia nel sangue. Infatti, un controllo intensivo e regolare dei livelli di glicemia è stato associato a tassi inferiori di complicazioni microcircolatorie (es. nefropatie, retinopatie, neuropatie) in entrambi i tipi di diabete (The Writing Team for the Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes, 2002). Tuttavia, questo beneficio è accompagnato dal costo di incorrere in un maggior rischio di episodi di ipoglicemia (Choudhary, Genovese, Reach, 2013). Uno dei principali ostacoli all'incremento del controllo glicemico nei pazienti è rappresentato dalla paura degli episodi ipoglicemici che sono accompagnati da una sintomatologia molto fastidiosa di debolezza e perdita di controllo: stordimento, nausea, debolezza agli arti inferiori, confusione, difficoltà di concentrazione, tachicardia, irritabilità, intorpidimento e formicolio a lingua e labbra, ecc. Questa paura può portare i pazienti, e anche alcuni operatori addetti alle cure, a essere troppo conservativi nel trattare l'iperglicemia e a non mirare a livelli glicemici ideali, con il risultato di uno scarso controllo dei livelli di zucchero nel sangue e di maggiori complicanze future (Cryer, 2008).

Alcuni stili di vita relativi alla dieta, alla moderazione o interruzione del consumo di sostanze dannose (es. fumo di sigaretta), e all'attività fisica possono modulare in senso positivo il problema metabolico. Nel caso di diabete di tipo 2, aiutando il paziente a regolare i propri livelli di glicemia in modo da poter rimandare di molto tempo l'inizio

di un'eventuale terapia con insulina; o regolarizzando i livelli di glicemia nel sangue e gli episodi di ipoglicemia nel caso la terapia insulinica sia già in corso (come nei pazienti con diabete di tipo 1). Viceversa, stili di vita caratterizzati da sedentarietà, dieta ipercalorica e assunzione di alcol e fumo di sigarette portano ad avere elevati e irregolari livelli di zucchero nel sangue e, nel tempo, a sviluppare le eventuali complicanze associate al diabete: calo progressivo e perdita della vista, insufficienza renale, degenerazione dei vasi arteriosi di cuore (infarto) e cervello (ictus), formicolio e dolore agli arti (neuropatia) e problemi di circolazione agli arti inferiori (piede diabetico/amputazione).

6.3 Diabete, qualità di vita e variabili psicologiche

La qualità di vita nei pazienti con diabete è spesso compromessa ed è stato ampiamente dimostrato come gli aspetti emotivi legati alla diagnosi, al bisogno di cure quotidiane e alle complicanze acute e croniche abbiano un forte impatto sul benessere fisico, psicologico e sociale del paziente (van Son et al., 2011). Tali difficoltà si presentano in entrambe le forme di diabete, che richiedono continua assistenza medica e un livello di autogestione della terapia superiore a qualsiasi altra malattia cronica non trasmissibile (Saatci et al., 2010; Mc Cracken, 2011). Infatti, a dispetto della relazione che un individuo sviluppa con il diabete, il diabete è diverso dalla maggior parte delle malattie che comportano una gestione a lungo termine. Ciò che caratterizza principalmente questa differenza è la grande quantità di azioni e responsabilità personali che il paziente deve mettere in campo quotidianamente per la propria cura: il diabete non è una di quelle malattie la cui gestione può essere in buona parte delegata al medico e, come affermato nel paragrafo precedente, richiede trasformazioni profonde rispetto a ciò che si mangia, all'attività fisica, a come si viaggia, a come si comunica con i propri cari e amici e a come ci sente nel fare tutto ciò, fino a condizionare anche i momenti più intimi della propria esistenza. Inoltre, la differenza è caratterizzata dalla distanza temporale in cui possono insorgere le complicanze secondarie al diabete, causate da alti e irregolari livelli di zucchero nel sangue. La persona può convivere per intere decadi con il diabete senza avvertire quelle che possono anche essere conseguenze gravi, invalidanti e in alcuni casi mortali. Questo, porta a convivere con un'aspettativa negativa non ancora presente ma fonte di stress e paura intensi. Infine, la peculiarità del diabete è caratterizzata dal fatto che i livelli di zucchero nel sangue sono influenzati dal modo in cui il paziente affronta lo stress, sia quello legato alla malattia, sia quello connesso alle generiche esperienze di vita (Gregg, Callaghan e Hayes, 2007).

La difficoltà che il paziente incontra nella gestione continua dei vari aspetti della malattia è ben evidente se si pensa che circa il 20-40% dei pazienti presenta difficoltà psicologiche come disturbi emotivi legati alla malattia (es. paura di incorrere in ipoglicemia, in complicanze future) o preoccupazioni più generali quali sintomi di stress, ansia e depressione (van Son et al., 2011). Questi problemi di natura psicologica connessi o concomitanti alla malattia non sono solo spiacevoli per la persona che ne fa esperienza ma studi empirici dimostrano anche che lo stress emotivo nei pazienti con diabete mellito è associato a ridotta qualità di vita (Grigsby et al., 2002; Ali et al., 2006; Nouwen et al., 2010), modesti comportamenti di cura (Egede, 2005), percezione più negativa della terapia insulinica (Lustman e Clouse, 2005), peggiore controllo glicemico

e conseguenti risultati negativi in termini di complicazioni cardiovascolari (Makine et al., 2005) e addirittura livelli di mortalità (Egede, 2005 ;Bogner et al., 2007).
Quindi, ricapitolando la situazione, una persona con diabete: 1) ha una malattia cronica per la cui gestione deve personalmente compiere una grande quantità di azioni di cui deve prendersi piena e principale responsabilità, 2) questa gestione risulta molto impegnativa e complessa, 3) se la gestione non viene portata avanti in modo costante e corretto si incorre nel rischio di sviluppare gravi e potenzialmente fatali complicazioni future e 4) anche se questa situazione è per definizione stressante, la persona dovrebbe essere in grado di non sviluppare eccessivi livelli di stress psicofisico perché questo può peggiorare le cose da un punto di vista clinico.

6.4 Diabete e aderenza alle cure

Il diabete è considerata una delle malattie mediche croniche più impegnative sia da un punto di vista comportamentale, sia da un punto di vista psicologico (Ciechanowski et al., 2001). Nelle terapie a lungo termine l'aderenza, definita come grado in cui il comportamento di una persona corrisponde alle raccomandazioni concordate con un operatore sanitario (World Health Organization, 2003), è ormai riconosciuto come un fenomeno articolato e non lineare, caratterizzato da fattori che intervengono a diversi livelli e che interagiscono in modi non sempre prevedibili (Majani, 2013). Sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS; World Health Organization, 2003) sono cinque gli ordini di fattori che intervengono come cause della non aderenza: fattori connessi alla terapia, alla condizione clinica, alla condizione socio-anagrafica ed economica, al rapporto con le figure sanitarie e all'organizzazione dell'assistenza sanitaria e fattori legati al paziente. Per quanto riguarda i primi due punti, regimi farmacologici e di cura complessi (Calxton, Cramer e Pierce, 2001) e la presenza di ampie comorbidità o complicanze (compresi disturbi i disturbi emotivi come la depressione) hanno un impatto negativo sui comportamenti di self-care (Morgan et al., 2006). Per quanto riguarda il terzo fattore, solitudine e scarse risorse economiche ostacolano l'aderenza, soprattutto alle prescrizioni che necessitano di un sostegno finanziario e famigliare come alimentazione, attività fisica e regolari controlli periodici (Majani, 2013), centrali nel trattamento del diabete. Anche gli aspetti legati alla qualità della comunicazione e della relazione con l'operatore sanitario, così come a un'efficiente organizzazione del servizio (es. presenza dello stesso specialista ai controlli, tempi di attesa brevi, lungaggini burocratiche) risultano centrali nel favorire una buona aderenza da parte del paziente (Majani, 2013).

In sintesi, anche se le prescrizioni concordate sono le migliori da un punto di vista prettamente clinico, non è affatto scontato che un paziente vi sia aderente. Anzi, l'aderenza è un fenomeno complesso, articolato che deve essere avviato, corretto e mantenuto nel tempo dall'operatore sanitario che deve anche prendere in considerazione dove risiede l'eventuale bisogno di non-aderenza del paziente per poterlo superare.

6.5 Interventi psicoeducativi tradizionali per i pazienti diabetici

Nonostante la chiarezza di questi dati che dimostrano l'elevata presenza e l'impatto negativo del distress emotivo nei pazienti con diabete, i livelli di attenzione a questi aspetti sia a livello di pratica clinica (formazione degli operatori per riconoscerne la presenza e per inviare correttamente il paziente, inserimento di strumenti per la misurazione specifici nelle routine ospedaliere, integrazione di moduli specifici negli interventi psicoeducativi, ecc.), sia a livello di ricerca empirica (es. studi sull'impatto di interventi psicologici nei pazienti con diabete o studi sull'impatto di una specifica formazione in merito per gli operatori sanitari) sono ancora limitati (van Son et al., 2011).

Nelle raccomandazioni contenute nelle linee guida dell'American Diabetes Association, l'educazione per l'autogestione del diabete (Diabetes Self-management Education, DSME) è considerata un elemento essenziale della terapia. La cronicità della malattia fa sì che tale processo di self-management debba essere continuo e volto alla facilitazione dell'acquisizione di conoscenze, competenze e abilità che costituiscono per la persona con diabete bisogni, obiettivi ed esperienze di vita (American Diabetes Association, 2011). L'American Diabetes Association ha stabilito che gli obiettivi generali della DSME debbano sostenere il processo decisionale, i comportamenti volti alla cura di sé, il problem-solving, la collaborazione attiva con il team medico per il miglioramento degli esiti clinici, dello stato di salute e della qualità di vita in una maniera efficace dal punto di vista dei costi-benefici. Queste linee guida si giovano di recenti studi che hanno mostrato che gli interventi educativi associati al miglioramento delle conoscenze relative alla malattia e dei comportamenti volti alla cura di sé (Norris et al., 2001), portano a migliori risultati clinici come, solo per indicare alcuni dei benefici, la riduzione dell'emoglobina glicosilata (HbA1c; Warsi et al., 2004), la diminuzione del peso riferito (Norris et al., 2001), il miglioramento della qualità di vita (Cochran e Conn, 2008). Secondo Cochran e Conn (2008), interventi educativi tradizionali che riguardano dieta, attività fisica, i livelli di glucosio nel sangue, comportamenti di auto-monitoraggio, gestione dei farmaci e dell'insulina sono componenti essenziali degli interventi psicoeducativi rivolti ai pazienti con diabete perché aiutano le persone con diabete a iniziare efficaci comportamenti di auto gestione della malattia nel momento in cui ricevono la diagnosi. Tuttavia, secondo questi autori, questi percorsi dovrebbero anche comprendere aspetti più specificamente mirati alle componenti psicologiche di accettazione della malattia, perchè il benessere emotivo è associato con migliori esiti nella gestione della malattia e, viceversa, i pazienti in distress emotivo hanno una scarsa aderenza alle cure che a sua volta riduce il controllo glicemico (es. Anderson et al., 2001).

Per questo, gli interventi educativi hanno recentemente subito una svolta da un approccio meramente didattico-informativo a uno fondato su modelli teorici basati sull'empowerment centrati sulla persona e sul paziente.

6.5.1 Sapere non basta

Si è visto che un mero miglioramento della conoscenza in merito a temi e comportamenti di rilevanza medica non sembrava portare sempre a una adeguata auto-gestione della malattia (Norris et al., 2001). Soprattutto, interventi mirati a modificare direttamente e unicamente abilità e comportamenti (es. goal setting, problem solving, ecc.) sono efficaci ma piuttosto onerosi, considerando che una meta-analisi ha evidenziato la durata del contatto operatore-paziente come un importante fattore predittivo, indicando le 24 ore di contatto come un tempo che porta a decrementi significativi dei livelli di emoglobina glicata (Norris et al., 2002).

Di fatto, prendersi cura di se stessi nella quotidiana gestione terapeutica della malattia cronica può di per sé evocare pensieri ed emozioni negative legate alla malattia, al fatto di essere malati e alle difficoltà e alle complicanze che ne possono derivare (rabbia, tristezza, paura connesse alle rinunce, alla visione di se stessi come "malati", ecc). Per evitare il continuo e giornaliero confronto con questi pensieri ed emozioni (es. paura di scoprire che i valori di zucchero nel sangue non sono adeguati, imbarazzo o fastidio a provare la glicemia in contesti pubblici, ecc.) l'individuo può trovarsi a rimandare, evitare e non emettere i corretti comportamenti di gestione della malattia, arrivando paradossalmente a peggiorare proprio quella condizione di salute che lo preoccupa (Gregg, Callaghan e Hayes, 2007; Forman et al., 2008). Inoltre, anche chi non è ancora malato ma adotta stili di vita poco sani (es. fumare, bere, mangiare troppo e male, sedentarietà), che portano a maggior rischio di sovrappeso/obesità, diabete e malattie cardio-vascolari, li mantiene nel tempo perché hanno l'immediata funzione di aiutare la persona a gestire pensieri ed emozioni negativi legati alla vita quotidiana (es. stress, ansia, preoccupazioni, umore depresso, difficoltà economiche, scarso supporto sociale). Infatti, mentre il sollievo legato a questi comportamenti (es. bere qualche birra, fumare, abbuffarsi, eccessiva sedentarietà) è immediatamente percepito dalla persona che sente l'ansia calare e la mente placarsi per qualche momento, i costi in termini di danni fisici non vengono percepiti se non a medio/lungo termine.

Inoltre, modificare abitudini consolidate e automatiche (anche se dannose) è difficile per l'essere umano. La mente umana non ama l'incertezza (Wilson e DuFrene, 2012) e il cambiamento di per sé porta a confrontarsi con l'ignoto e, soprattutto, con la concreta possibilità di fallire. Il fatto di non iniziare neanche a modificare i propri stili di vita comporta anche il fatto di non incorrere nel rischio di fallire in questo tentativo e di non doversi confrontare con la paura di non farcela e con le emozioni e le sensazioni fisiche negative tipicamente associate alle modificazioni comportamentali richieste (Forman et al., 2008): fame, fatica, dolore muscolare e articolare, ecc. Per questo, l'essere umano tende a perpetuare comportamenti che sa essere potenzialmente dannosi grazie al fatto che sono fonte di immediato sollievo e anche di certezza.

Infine, ma non meno importante, recenti studi nel campo della psicologia del pensiero e del linguaggio, hanno mostrato come l'essere umano sia spesso portato a seguire eccessivamente le regole proposte e sostenute dal proprio contesto culturale e sociale di appartenenza (Hayes, 2004) anche a dispetto di comportamenti inefficaci. Soprattutto, si è visto che chi soffre di disturbi psicologici (es. ansia, depressione, ecc.) o fisici (es. dolore cronico, obesità, ecc.) ha la tendenza a mettere in atto comportamenti inflessibili che tendono cioè a essere stereotipati, sempre uguali, rigidi. Questi comportamenti non sarebbero mantenuti perché effettivamente funzionano ma perché sostenuti dal sistema di regole della persona, perpetuato in modo cieco e fideistico

(Presti, 2010). Se, per esempio, all'interno di una cultura, l'eccesso di alimentazione ipercalorica e il sovrappeso sono considerati simboli di potere, benessere, salute e status socio-economico elevato, sarà fondamentale prendere in considerazione che l'eventuale rigida adesione al sistema di regole della cultura di appartenenza potrà fungere da ostacolo alla modificazione di stili comportamentali scorretti.

6.5.2 Il potere dei modelli e dell'imitazione

La psicologia del comportamento ha dimostrato in moltissimi studi dal laboratorio fino ai naturali contesti educativi che i comportamenti a cui siamo esposti in qualità di osservatori costituiscono una potentissima fonte di apprendimento. Inoltre, la stessa corrente di ricerca ha ampiamente mostrato che l'apprendimento basato su conseguenze avversive e penalizzanti sia più debole, contesto dipendente e sostenuto da emozioni quali la paura e non dall'acquisizione di repertori comportamentali ricchi e funzionali (Moderato, 2010). Per questo, mirare alla prevenzione di comportamenti negativi e dannosi per la salute attraverso campagne educative e di comunicazione che mirano a spaventare o giudicare moralmente i riceventi, non è stata una strategia efficace. Se viviamo in contesti culturali, sociali, familiari, personali dove abbiamo imparato alcune condotte attraverso il comportamento stesso delle figure di riferimento (genitori, insegnanti, familiari, ecc.) questi comportamenti tenderanno a essere mantenuti in questi contesti (casa, famiglia, scuola) anche se vengo informato dei danni che provocano. Per esempio, il fatto di essere esposto da sempre a una famiglia di persone in sovrappeso che investono il cibo di una funzione di gestione delle emozioni negative (mangio quando sono preoccupato, annoiato, arrabbiato ecc.) rischia di avere un peso molto maggiore di qualsiasi programma educativo-informativo che mi espone ai rischi di sovrappeso e dell'obesità (Forman et al., 2008). Oppure, un genitore che non svolge attività fisica e che fuma come strategia di gestione dello stress lavorativo accumulato, influenza molto il rapporto che un bambino instaura con l'attività fisica e con il movimento e il valore che vi attribuisce. Infine, l'appartenenza a un gruppo di pari che sposa l'utilizzo di alcol e fumo per la gestione del divertimento e delle relazioni sociali tenderà a mantenere tali comportamenti e a essere da ostacolo alla loro modificazione. Viceversa modelli genitoriali, familiari, sociali e culturali che mostrano di dare valore alle emozioni anche negative e di poterne parlare e di adottare molteplici strategie comportamentali per affrontarle, sono capaci di promuovere corretti e sani stili comportamentali legati a benessere e salute, anche in presenza delle reali difficoltà della vita di tutti i giorni.

6.6 Nuovi interventi psicosociali per i pazienti diabetici: accettazione vs evitamento - valori versus paura

Al momento attuale, l'intervento terapeutico rivolto alle malattie croniche quali stroke, cancro, malattie cardiache e respiratorie croniche, artrosi, diabete e così via, rappresenta la spesa più grande che i sistemi sanitari nazionali dei paesi occidentali devono affrontare (Prevedini et al, 2011). Inoltre, queste malattie costituiscono la principale causa di morte, rappresentando il 60% dei decessi nel mondo. Ogni

intervento mirato al trattamento delle malattie croniche coinvolge la persona per gran parte della sua vita, così che i fattori personali e ambientali rivestono un ruolo cruciale nel modulare la qualità di vita e il funzionamento della persona, al di là della compromissione clinica e delle cure mediche (Prevedini et al., 2011).

Ansia, depressione e stress, come abbiamo visto, sono piuttosto frequenti in questo tipo di pazienti. Perciò, negli ultimi decenni la ricerca di stampo cognitivo-comportamentale ha contribuito ampiamente a identificare e programmare interventi mirati a quegli aspetti, quali il supporto sociale e familiare reale e percepito, le abilità di coping, il locus of control, l'autoefficacia, che possano aiutare i pazienti a convivere con la propria condizione di salute cronica.

I più recenti sviluppi delle scienze contestualiste del comportamento applicate alla salute, e in particolare a diabete e obesità, comprendo approcci e strategie basate sui processi di accettazione mindfulness, che hanno l'obiettivo di produrre modificazioni comportamentali in presenza di esperienze di vita e psicologiche dolorose (Gregg, Almada e Schmidt, 2011). Questi approcci sono particolarmente utili per quelle persone che a causa di una malattia cronica non possono mirare a eliminare, ridurre o gestire il distress emotivo che è indissociabile dalla presenza stessa della malattia e delle cure a questa connesse. In questo modo, le persone con diabete che sono esposte quotidianamente a continui "promemoria" della fragilità della propria salute, ogni volta che si impegnano in comportamenti di self-care (misurarsi i livelli di glucosio nel sangue, assumere la terapia necessaria in base ai risultati ottenuti, monitorare attentamente il proprio regime alimentare, ecc.), possono imparare come continuare a metterli in atto in modo costante, indipendentemente dalla presenza dell'inevitabile distress emotivo suscitato dall'emissione di questi comportamenti e dal fatto stesso di convivere con una malattia a rischio di vita (Gregg, Almada e Schmidt, 2011).

Questi sono elementi centrali di alcuni modelli di terapia comportale e, in particolare dell'Acceptance and Commitment therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). L'obiettivo principale degli interventi basati su questo modello, infatti, è quello di promuovere la flessibilità psicologica, senza mirare a ridurre la frequenza delle esperienze psicologiche negative di per sé, ma promuovendo la disponibilità ad avere queste esperienze interne potenzialmente avversive quando questo sia al servizio di comportamenti in linea con obiettivi di vita desiderati e valori personali (Forman e Herbert, 2011; Hayes, et al., 1999). Un breve intervento basato su strategie di mindfulness e accettazione per affrontare le emozioni e i pensieri dolorosi relativi al diabete, di esplorazione dei valori personali associati alla malattia e di focalizzazione sull'abilità di agire nelle direzioni di valore identificate seppur in presenza di esperienze personali dolorose, hanno evidenziato effetti positivi e significativi sui comportamenti di cura e sui livelli di zucchero nel sangue (Gregg, Callaghan, et al., 2007).

Per tutti questi motivi, la comunicazione e gli interventi educativi mirati alla modificazione dei comportamenti nella direzione di prevenire le malattie croniche non trasmissibili, dovrebbero anche includere il riconoscimento e la consapevolezza del ruolo che hanno alcuni elementi psicologici nel mantenimento di comportamenti dannosi: modelli comportamentali di riferimento negativi, adesione rigida alle regole socioculturali di riferimento, mancanza di contatto con i valori personali, e importanti difficoltà a essere in contatto prolungato con emozioni, pensieri e sensazioni fisiche negative e sgradite legate alla normale esperienza del vivere (delusioni, paure, malattie, problemi famigliari e/o lavorativi, abbandoni, ecc.). Tutti questi elementi possono essere potenti ostacoli al cambiamento, anche quando la persona sia ben consapevole di quanto alcuni comportamenti siano dannosi al perseguimento della propria salute.

PARTE 2

ANALISI FIELD

CAPITOLO 1
INTERVISTE A OPINION LEADER

1.1 Modelli di comunicazione con il paziente migrante con un focus sulle non-communicable diaseses. Indagine qualitativa

Come previsto nel progetto la prima fase di indagine field ha previsto la realizzazione di una prima indagine qualitativa, di natura prettamente esplorativa, finalizzata alla realizzazione e all'analisi del materiale derivante da un piccolo numero di interviste ad operatori sociosanitari ed educativi esperti rispetto ai temi oggetto della ricerca, e in particolare:

1. è stata realizzata la traccia dell'intervista semi-strutturata, che ha una durata di circa 30 minuti ed è stata somministrata prevalentemente in modalità face-to-face, per garantire un approfondimento maggiore delle tematiche trattate;
2. è stata realizzata una griglia di lettura per l'analisi delle interviste, allo scopo di poter rileggere tutte le interviste secondo la stessa chiave di lettura interpretativa;
3. sono stati selezionati e contattati i primi 6 nominativi per le interviste, e si sta procedendo al primo contatto con altri possibili candidati, alcuni selezionati dal team di lavoro, e altri suggeriti dai contatti stessi.

Le interviste sono state condotte a partire dal 9 dicembre 2013 da un unico intervistatore con anni di esperienza nelle indagini qualitative, e i risultati delle interviste sono poi stati rielaborati dall'intervistatore stesso con la collaborazione di un team di lavoro interdisciplinare.

Gli obiettivi di questa prima fase di ricerca sul campo sono stati prima di tutto quello di avere indicazioni esaustive rispetto all'attuale approccio con il quale viene gestito l'utente migrante che richiede di fruire dei servizi sociosanitari in riferimento alle NCD, e approfondire quindi quali siano le criticità più rilevanti (in termini di ricadute sulla relazione medico-paziente) e più comuni (in termini di frequenza) rispetto alla gestione di questa relazione, con un'attenzione particolare alle criticità legate alle specificità culturali dell'utenza migrante. È importante sottolineare che l'interesse rispetto a questa analisi non si è limitata alle differenze culturali che emergono nella relazione tra l'utente migrante e gli operatori sociosanitari, ma ha compreso e si focalizzata sull'utente nella relazione con gli operatori, con la sua comunità di appartenenza, e in ultima istanza con se stesso, le proprie abitudini comportamentali e il proprio stile di vita.

Stante questi obiettivi di carattere più generale, l'intervista ha cercato di ricoprire le seguenti aree tematiche.

- *Esperienza personale e professionale dell'intervistato*: lo scopo di questa sezione è di esplorare le diverse esperienze maturate dall'intervistato nel corso degli anni rispetto agli utenti migranti, e quindi rispetto agli utenti migranti affetti da

NCD. Introdurre il tema a partire dai vissuti dell'intervistato con utenti provenienti da altre culture ha il duplice obiettivo di "riscaldare" l'intervistato, permettendogli di parlare liberamente della sua storia senza costringerlo con input specifici, e contemporaneamente iniziare a delineare la specificità degli utenti con NCD, derivante proprio dal confronto con le esperienze con utenti stranieri più in generale. Questa prima fase ha avuto anche l'obiettivo di "profilare" la figura intervistata, aiutandolo nel ricordo attraverso delle domande (da quando se ne occupa, di cosa in particolare, come, con chi, dove…) che lo riportino alla specifica esperienza di cura, e possano quindi fornire una prima traccia reale rispetto a come viene affrontata la gestione di questa tipologia di utenza. Infine, per completare la storia professionale dell'intervistato e avere nel contempo nuovo materiale di studio, è stato chiesto di elencare le pubblicazioni scientifiche (fatte da lui, e in seconda istanza da altri) che affrontano l'argomento oggetto d'esame, oltre che i nominativi di altri operatori che, a parere dell'intervistato, possono contribuire in modo non banale all'esplorazione del tema.

- *Le reazioni dell'utenza:* Lo scopo di questa sezione è stato di esplorare le opinioni e i vissuti dell'intervistato rispetto a quanto le differenze culturali incidano nel processo di comprensione/accettazione delle NCD, e come quindi queste stesse differenze incidano nel modo di affrontare la malattia. Anche in questo caso, una prima macro distinzione è stata fatta tra utenti italiani e utenti stranieri, mentre solo in seconda istanza si è entrato nel merito delle peculiarità interne alle diverse culture degli utenti migranti. Visto che il focus di questa sezione è prevalentemente un discorso culturale, è stato altresì interessante riuscire a distinguere quali aspetti culturali abbiano inciso maggiormente nella relazione con la NCD, e quali siano state le loro matrici (religiose, sociali, geografiche…). Infine, queste influenze culturali sono state analizzate su due binari distinti, anche se fortemente intrecciati tra loro: il primo, più cognitivo (quanto si riesce a comprendere della NCD? Quanto si riesce a comunicare alla propria famiglia/comunità di riferimento?) e il secondo più emotivo/affettivo (cosa si prova? Come si reagisce?).

- *La risposta delle strutture sociosanitarie:* lo scopo di questa sezione è di comprendere nel dettaglio qual è (o quali sono) la procedura attraverso cui il paziente migrante entra in contatto con le strutture sociosanitarie, in particolare con quello affetto da NCD. Quindi, quali sono i diversi step che costituiscono la relazione di cura, quali sono le figure coinvolte, i diversi ruoli delle stesse (con particolare attenzione al loro livello di integrazione) e quali sono le principali difficoltà che si incontrano nei diversi passaggi. Lo scopo anche in questo caso è stato di raccogliere informazioni utili a migliorare il sistema, attraverso un kit comunicativo che serva all'utenza e agli operatori per rendere più efficace ed efficiente la loro relazione.

- *La gestione della comunicazione con il paziente migrante:* questa sezione è la sezione centrale dell'intervista, e ha avuto lo scopo di ripercorrere in maniera il più possibile dettagliata come si costruisce la comunicazione tra l'operatore e l'utente migrante. Il processo di comunicazione è stato analizzato attraverso le seguenti dimensioni:
    - Attori coinvolti, e rapporti tra gli stessi
    - Obiettivi della comunicazione

- Strategie impiegate
- Codici verbali e non verbali
- Facilitatori rispetto al processo
- Ostacoli al processo
- Principali differenze a seconda del genere, della cultura, della religione, della padronanza linguistica, della provenienza geografica

Ricostruire come avviene la comunicazione è diventato ovviamente prioritario per provare a costruire un kit che faciliti la comunicazione stessa, e per far sì che questo kit possa essere davvero uno strumento di supporto, e non venga vissuto come un'ulteriore vincolo nella relazione. E' infine importante sottolineare come rispetto ai fattori ostacolanti del processo, alcuni possono essere direttamente proposti dall'intervistatore, e in questo senso la struttura stessa dell'intervista è risultata molto flessibile: con l'accrescere delle interviste, crescono i nodi tematici su cui è necessario porre attenzione, e automaticamente si modificano gli input agli intervistati, pur mantenendo ogni intervista la stressa struttura di base.

- *La differenza tra pazienti di prima e seconda generazione:* lo scopo di questa sezione è stato di evidenziare se ci sono differenze significative tra migranti di prima e seconda generazione in tutte le dimensioni esplorate fino a questo punto. Le eventuali differenze vengono quindi esplorate sia dal punto di vista dell'operatore (mi comporto diversamente..) sia dal punto di vista dell'utente (reagisco diversamente..). Questo aspetto diventa particolarmente interessante per risalire alle cause delle difficoltà di relazione, e quindi predisporre interventi mirati.

- *Approfondimento su materiali e strumenti di lavoro:* l'ultima breve parte dell'intervista ha come scopo quello di recuperare informazioni circa le pubblicazioni su questo tema, e il materiale di comunicazione già prodotto in precedenza, cercando se possibile di capirne l'efficacia (dove, in cosa funziona) e i limiti (dove, in cosa invece non è efficace). Inoltre, l'ultima fase ha consentito anche all'intervistato di riportare eventuali considerazioni sul tema e sull'obiettivo del progetto non emerse precedentemente, e di dare eventuali suggerimenti operativi.

Di seguito si riporta la traccia completa dell'intervista realizzata. Trattandosi di un'intervista semi-strutturata, la traccia non è da leggersi come un elenco di domande puntuali da ripetere necessariamente nell'ordine prefissato, ma come "input" di conversazione e obiettivi conoscitivi che hanno sotteso la relazione tra intervistatore e intervistato.

GRIGLIA
Introduzione
Ringraziare per la disponibilità, esplicitare la durata dell'intervista e che verrà video e audio-registrata.
Spiegare l'obiettivo dell'intervista e il motivo che ha portato a contattare la persona.

Esperienza personale e professionale
- Qual è la sua esperienza con i pazienti stranieri in generale e con i pazienti stranieri affetti da non communicable diseases (malattie croniche non

trasmissibili come diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica): da quando, come, dove, che cosa fa, di che cosa si occupa, quali studi ha condotto, quali esperienze ha maturato sul campo, ecc …
    - Nello specifico: il lavoro pubblicato, gli strumenti utilizzati nel corso della ricerca (interviste, questionario, …)
    - Conosce altri operatori sociosanitari, a livello nazionale e internazionale, che hanno affrontato il tema delle NCD nei pazienti migranti?

Le reazioni dell'utenza

- Rispetto alla sua esperienza, ha notato delle differenze nel riconoscimento e nell'accettazione della malattia cronica da parte di persone di culture e tradizioni religiose diverse?
- E rispetto al modo di affrontare la malattia, e quindi rispetto al modo di viverla nella quotidianità, ci sono delle differenze nei pazienti stranieri rispetto ai pazienti italiani?

La risposta delle strutture

- Quali sono le strutture (in Lombardia o nell'area di riferimento dell'intervistato) che si occupano con particolare attenzione dei pazienti migranti anche affetti da non communicable diseases?
- In che modo viene affrontato il paziente migrante: quali figure, quali professionalità, che cosa fanno, qual è la procedura, chi si prende in carico questo tipo di paziente e come.

La comunicazione con il paziente

- La comunicazione nella sua esperienza: buone pratiche e difficoltà incontrate
- Una possibile difficoltà può essere quella di far percepire l'esigenza delle cure e di una terapia continuativa anche in assenza di dolore e sofferenza. Rispetto a questo tema ci sono delle difficoltà nei pazienti stranieri? E se sì, com'è affrontata?
- Come avviene la comunicazione con il paziente migrante
    - Ci si preoccupa di come comunicare e di quanto viene percepito dal paziente?
    - Ha notato delle differenze, in culture diverse, nell'attribuzione che si ha rispetto ad una malattia cronica?
    - Quali sono le modalità attraverso cui viene comunicata la malattia?
    - E attraverso quali canali?
    - Come vengono affrontati i problemi di ordine linguistico, culturale? Quali "codici" linguistici vengono utilizzati?
    - Esistono delle strategie? Quali sono? Quali sono gli obiettivi (informare/sensibilizzare/…)?
    - Chi si occupa di comunicare? Quali sono gli attori dei processi di comunicazione/informazione/sensibilizzazione: chi comunica? A chi?
- Quali sono le figure professionali coinvolte (il ruolo del mediatore culturale)?
- È diverso l'approccio comunicativo se si ha a che fare con un paziente donna o uomo?
- Differenze con tipologie di migrazione diverse (biografie di migrazione)
- Differenze con tipologie di migranti diversi (appartenenza etnica o religiosa, quali)

Focus sulle differenze tra prima e seconda generazione

- Quali sono le differenze nel trattamento di pazienti migranti che appartengono alla prima e alla seconda generazione?
- Quali sono le differenze in termini di intervento e comunicazione?

Focus: materiali e strumenti di lavoro

- *Se non si è trattato in precedenza*: gli strumenti della ricerca pubblicata
- Video, prodotti di comunicazione e altri prodotti da condividere, segnalare

1.2 Campione

Sono state condotte 10 interviste in profondità, 8 face to face e 2 telefoniche, della durata media di 30 - 40 minuti circa cadauna. I nominativi degli intervistati sono stati tutti concordati con la committenza del progetto, e sono tutti dottori o dirigenti sanitari con esperienze pluriennali nel sistema sanitario lombardo. In particolare, gli intervistati sono stati:

- Prof. Stefano Centanni, professore ordinario malattie dell'apparato respiratorio, Università degli Studi di Milano
- Dott.ssa Cristina Conca, cardiologa, A.O. San Carlo
- Liliana Coppola, dirigente struttura tutela della persona, promozione della salute e igiene degli alimenti, Direzione generale salute, Regione Lombardia
- Dott. Issa El Hamad, coordinatore scientifico dell'U.O. medicina transculturale e malattie a trasmissione sessuale, ASL Brescia
- Dott. Pierluigi Maffioletti, direzione sociale-informazione e accesso ai servizi, funzione, mediazione e integrazione culturale, ASL Bergamo
- Dott. Giulio Mariani, direttore U.O.S diabetologia, A.O. San Carlo
- Dott.ssa Hassibi Parvaneh, ginecologa, responsabile centro di salute a ascolto per donne migranti e i loro bambini, A.O. San Carlo
- Dott. Alberto Podestà, direttore dipartimento materno-infantile e U.O.C. pediatria, A.O. San Carlo
- Dott.ssa Stefania Rossi, dirigente responsabile U.O. medicina transculturale e malattie trasmesse sessualmente, ASL Brescia
- Dott.ssa Domenica Sottini, dirigente responsabile UO PSAL , ASL Brescia

Rispetto agli obiettivi di questa prima indagine field, si è scelto di concentrare le interviste a 3 categorie professionali:

- dirigenti sanitari che si occupano di NCD e hanno significative esperienze professionali con i pazienti migranti
- dottori che operano in contesti ambulatoriali ad hoc per i pazienti migranti
- dottori che operano in contesti ospedalieri e sono specializzati in NCD

Il motivo di questa scelta è stato quello di cercare di analizzare la costruzione della relazione tra utente migrante e Sistema Sanitario Nazionale partendo da punti di vista

differenti: da una parte chi si occupa di prevenzione e informazione, e quindi cerca il modo migliore di avvicinarsi a questa categoria di utenti, dall'altro chi si occupa di cura e sostegno (nelle diverse forme, ambulatoriale e di reparto), e quindi cerca il modo migliore di rispondere a un bisogno di assistenza.

I principali *insight* raccolti da questa fase qualitativa sono serviti per l'impostazione di un questionario a domande chiuse inviato a un database di circa 1200 persone tra personale sociosanitario, operatori scolastici e assistenti sociali, con l'obiettivo di leggere in maniera più approfondita le percezioni degli operatori rispetto al tema oggetto di analisi.

1.3 Risultati

Per l'analisi e l'interpretazione dei risultati si è deciso di procedere in questo modo:

- Sbobinatura, rilettura e analisi delle interviste svolte;
- Ricombinazione del contenuto raccolto sulla base di nuclei tematici connessi tra loro.

Di seguito quindi vengono riportati i diversi nuclei tematici, che poi hanno portato alla realizzazione del questionario e alla conseguente indagine quantitativa.

La rilevanza del fenomeno: a livello generale, tutti gli intervistati riconoscono che la relazione tra operatore sociosanitario e utente migrante è un tema di enorme attualità, che ha ormai assunto proporzioni sempre più importanti (si stima che solo nella Provincia di Bergamo il numero di stranieri sia superiore alle 100.000 unità). A questo proposito, gli intervistati concordano come nonostante l'attenzione da parte degli organi politici nazionali e regionali sia molto alta, non è stata ancora raggiunta una fase di maturità reale nelle prassi di relazione tra gli operatori del SSN e l'utente migrante. L'ultima relazione del Ministero della salute a proposito risale al 2013[16], ma dal punto di vista amministrativo ci sono ancora numerose incertezze procedurali.

Non si parte da zero: molte delle iniziative che sono state raccontate dagli intervistati partono dallo studio, e a volte dall'incontro, con altre realtà europee che si sono trovate ad affrontare problematiche simili. In generale il tema dell'incontro tra culture diverse è un tema politico rilevante a livello della comunità europea, e molte delle best practice studiate provengono proprio da altri paesi (particolarmente significativa appare l'esperienza Centro d'Azioni Interculturali di Bruxelles, che oltre a fornire il suo materiale offre anche percorsi formativi per gli operatori)[17].

L'integrazione delle competenze: La questione dell'incontro appare sempre di più come una questione da affrontare attrezzandosi con diverse figure professionali: se in un contesto ospedaliero è necessaria l'azione combinata di personale con qualifiche diverse (dal primario ai dottori, dagli infermieri ai mediatori linguistici, per impostare una relazione che sia efficace e fare tesoro delle esperienze passate appare sempre più

[16] L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative. Istituto Superiore di Sanità e Ministero della Salute, a cura di Luzi, Pasqualino, Pugliese, Schwarz e Suligoi.

[17] Altre realtà di eccellenza europea sono la Casa della Cultura del Mondo di Berlino, la Casa dell'Integrazione di Vienna, e il Centro di studio multiculturale dell'Università di Granada.

importante la dimensione del gruppo di lavoro, inteso come un gruppo di persone abituate a lavorare insieme, che condividono determinate prassi di azione, e possiedono una sorta di "memoria storica" delle azioni fatte, che permette il trasferimento di competenze ai nuovi arrivati), nei gruppi di lavoro che si occupano di prevenzione sono coinvolte ancora più competenze (oltre al personale sociosanitario filosofi, pedagoghi, mediatori culturali, laureati in lingue, educatori, assistenti sociali, personale della scuola), perché un'azione preventiva sul territorio che sia efficace è un'azione necessariamente complessa (così come appare complesso l'incontro tra diverse culture) e deve essere progettata e letta da diversi punti di vista.

Un cambio di prospettiva nella relazione con l'utenza migrante: Una prevenzione che sia davvero efficace passa attraverso un cambio di prospettiva. Non si tratta più di semplificare il linguaggio (un cambio nello strumento che si utilizza nella relazione) ma di modificare l'approccio alla relazione (un cambio nella relazione in quanto tale). Esattamente come nel marketing di prodotto, non conta infatti solo il linguaggio utilizzato, ma è anche necessario identificare i migliori punti di contatto (dove lo trovo?), impostare una relazione che sia ottimale per il target (come posso parlargli?), utilizzare diversi canali (come posso coinvolgerlo?).

Nella relazione con il paziente, soprattutto nel caso delle NCD, si vive la dicotomia tra la necessità di reinventarsi ogni volta (ogni relazione è diversa, e per essere efficace deve essere empatica, reale, non stereotipata) e la necessità di seguire un iter più strutturato nell'incontro (non è possibile che ogni iniziativa sia affidata alla buona volontà dell'operatore, è necessaria l'istituzione di un protocollo che faciliti il trasferimento delle informazioni dall'operatore all'utente).

Fino ad oggi comunque tutte le occasioni di incontro sono costruite ad hoc, sulla base delle singole esigenze e opportunità presenti sul territorio, cercando il più possibile di partire da una fase di ascolto del territorio stesso (cosa sa questa comunità della patologia che sto andando a raccontare? Come si rapporta al SSN?[18]). Risulta infatti da tutte le interviste svolte come solo attraverso l'ascolto è possibile ricostruire e rimodulare le proprie informazioni per risultare più efficaci, e quindi raggiungere i propri obiettivi.

L'importanza degli strumenti di comunicazione: fatto salvo che al centro della relazione devono esserci le persone, e non lo strumento che permette la relazione, è comunque condiviso come dotarsi di strumenti progettati e costruiti ad hoc per l'utenza straniera[19] faciliti enormemente il rapporto con essi. Da una parte assume sempre maggior peso la comunicazione visuale, per immagini, analogica, che permette di superare diverse barriere linguistiche e cognitive dei soggetti (non solo stranieri, ma spesso anche italiani). Dall'altra, lo strumento deve sempre essere pensato a partire dal suo luogo di fruizione, e in rapporto ad esso. Una brochure anche perfetta non è utile

[18] A questo proposito, spesso viene dato per scontato che l'utente migrante sappia in cosa consiste il SSN, e che quindi un suo rifiuto è dettato da motivazioni quali paura (di essere espulso), scarsa fiducia (nei confronti del sistema in quanto tale) o difficoltà di carattere amministrativo (come fare ad accedere al sistema?). In realtà in molti casi l'utente migrante non conosce proprio quali opportunità può offrirgli il SSN, di quali servizi può usufruire, e quindi è necessaria un'operazione di informazione che punti sui bisogni più forti e "universali" (ad esempio tutti i diversi servizi per le donne gravide), insistendo sul concetto di gratuità del servizio.

[19] Risulta significativa l'esperienza della Asl di Bussolengo, che ha prodotto due documenti, scambiamoci i panni e promossi in classe, che riassumono interessanti percorsi di studio della relazione con i pazienti migranti.

se non si studia il modo di farla leggere. E la possibilità di utilizzare ad esempio video nelle sale d'aspetto degli ambulatori, con messaggi che passano in loop all'utenza, faciliterebbe di molto il compito degli operatori, contribuendo anche a ridurre i tempi della visita effettiva e snellire quindi i tempi di attesa, che è ad oggi uno dei maggiori problemi dei contesti ambulatoriali.

Anche nel caso degli strumenti di comunicazione, risulta importante prendere spunto dalle buone pratiche presenti in altri paesi (Europa o Nord America) con infrastrutture tecnologiche più avanzate rispetto alle nostre[20], e con sistemi burocratici più snelli e comprensibili[21].

La semplificazione dei percorsi: uno dei limiti più grossi del nostro SSN sembra essere la difficoltà, da parte del cittadino, di capire in sintesi "presso quale sportello deve recarsi, e portando cosa". Ovviamente questa difficoltà coinvolge in misura maggiore il paziente straniero, che a fronte di un percorso a volte ancora più complesso (con l'aggiunta, ad esempio, della prefettura) può avere anche il limite della lingua. L'eccessiva burocratizzazione dei percorsi e delle procedure è vista in maniera trasversale da tutti gli intervistati come un enorme limite del nostro sistema, per due motivi principali: oltre a complicare la vita all'utenza, la complica anche all'operatore stesso, che da una parte non è sicuro di quali suggerimenti dare, dall'altra si trova attaccato e può reagire rispondendo, provocando quindi una spirale negativa dalla quale è difficile uscire (ogni operatore vede lo stesso straniero più volte perché i percorsi sono complessi, e ogni volta lo straniero rischia di essere più sfiduciato e aggressivo, portando l'operatore a reagire di conseguenza). Una delle prime e più urgenti operazioni per facilitare la relazione tra operatore e utente è quindi quella di lavorare in back office per semplificare in maniera drastica il percorso che lo straniero deve compiere per usufruire dei servizi. E per farlo da una parte è necessario immaginare dei percorsi che coinvolgano diverse organizzazioni (prefettura, inps, strutture sanitarie…), e dall'altro è necessario partire proprio dagli operatori di back office, chiedere loro quali sono i documenti necessari da portare, e sulla base di questo trovare il modo migliore per trasferire queste informazioni agli utenti. In sintesi, è sempre più necessario lavorare nel back office, al fine di migliorare la relazione in front office. Ma anche questo lavoro dipende in gran parte da alcune scelte politiche a livello Regionale e Nazionale che in parte sono ancora da compiere. È infatti opinione comune degli intervistati che il primo e principale problema da risolvere riguarda proprio la necessità di agevolare i percorsi normativi a tutti i livelli (sanitari, ma non solo), la

[20] Un esempio fornito da uno degli intervistati riguarda l'utilizzo di una semplice applicazione, scaricabile gratuitamente dallo smartphone, che ti permette di avere aggiornamenti rispetto ai servizi offerti, ti ricorda gli appuntamenti in ambulatorio, e ti ricorda le documentazioni necessarie senza bisogno di chiamare o entrare in contatto con un operatore. Un altro sistema proposto, ma ancora in fase di sviluppo, è una "simulazione" di una visita in cui operatore e paziente vengono videoregistrati, e questo video passa nelle sale di attesa dei vari ambulatori con sottotitoli in diverse lingue, anche questo per permettere a chi lo guarda di rispondere in maniera autonoma a determinate domande (che in molti casi sono sempre le stesse) e risparmiare quindi tempo durante la visita ambulatoriale.

[21] A questo proposito uno dei sistemi più studiati è quello canadese, che in seguito a forti ondate migratorie nel passato ha costruito un sistema molto semplice che permette a chiunque di essere registrato (e quindi usufruire dei servizi) attraverso procedure, regole e format chiari, semplici, e immediatamente comprensibili da chiunque, a prescindere dal grado di istruzione.

domanda da parte degli stranieri è alta ed è in continua crescita, ma si scontra con barriere di carattere normativo ancora troppo presenti e difficili da superare[22].

Uno dei suggerimenti proposti dalle persone intervistate è quello di istituire all'interno degli ospedali una sorta di "sportello di ascolto e indirizzo" specifico per utenti migranti, un luogo che possa fungere da supporto sia per l'utente (che troverebbe qualcuno che parla la sua lingua, e lo aiuta a districarsi nell'iter burocratico del sistema) sia per l'operatore, che si trova spesso a sua volta a dover affrontare (senza avere le necessarie informazioni) questi impedimenti burocratici.
In ogni caso appare da tutti gli intervistati come prioritario affrontare la questione dei pazienti migranti all'interno di un più vasto programma di attenzione e cura al cittadino, quale che sia la sua nazionalità. Se infatti è giusto pensare ad alcune soluzioni ad hoc che facilitino la relazione con l'utente migrante, è anche vero che una forma di iperadattamento al migrante non è sostenibile (oltre ad essere eticamente sbagliata), e non può di sicuro essere messa a sistema.

Le differenze culturali: secondo gli intervistati, il tema delle differenze culturali è sicuramente presente, ma è anche un tema a volte abusato. Gli utenti sono prima di tutto persone, e solo in secondo luogo persone di una determinata cultura. Detto ciò, le differenze culturali hanno comunque un peso nella costruzione della relazione, sia in fase di prevenzione che in fase di cura, e hanno conseguenze da almeno 3 punti di vista:

- la struttura della comunità
- l'approccio al SSN, e più in generale al tema della salute
- gli stili di vita, e le principali patologie conseguenti

Il tema della struttura organizzativa della comunità di stranieri è un tema di un'importanza cruciale in ottica di prevenzione: infatti, tanto più la comunità è organizzata (un esempio potrebbe essere la comunità dei senegalesi di Bergamo), tanto più è facile che i messaggi che si vogliono veicolare passino. Infatti in una comunità organizzata da una parte è più facile trovare quei nodi[23] relazionali attraverso i quali agire; se si coinvolgono/persuadono loro, a cascata sarà più facile raggiungere tutti i membri di quella comunità. I nodi possono essere di diversa natura: religiosa (L'Imam della comunità), funzionale (il maestro di italiano per stranieri), organizzativa (in una comunità organizzata possono esserci persone deputate alla salute dei membri), e rappresentano un punto di incontro della comunità.

Anche l'approccio al SSN cambia da cultura a cultura (almeno in media, anche se ovviamente ogni persona può reagire in modo diverso). Un primo elemento comune a tutti gli intervistati è che non c'è una formazione ad hoc rispetto alle diverse culture, e apparentemente non se ne sente nemmeno una così stretta necessità. Tutte le percezioni rispetto ai comportamenti delle diverse culture sono appunto percezioni, che possono sicuramente derivare ed essere alimentate da stereotipi personali, ma non

---

[22] A questo proposito la conferenza Stato-Regioni ha siglato nel 2012 un protocollo d'intesa per uniformare l'assistenza sanitaria sul territorio nazionale agli utenti migranti, ma questo protocollo secondo un intervistato non è ancora stato firmato dalla Regione Lombardia, e questo provoca un inevitabile blocco normativo. Per maggiori informazioni sull'accordo http://www.integrazionemigranti.gov.it/Attualita/News/Pagine/Accordo-Stato-Regioni-Salute.aspx

[23] La metafora dei nodi, usata da uno degli intervistati, è presa dalla social network analysis, e in questo contesto diventa particolarmente rilevante in quanto sono proprio i nodi il ponte di accesso tra il SSN e la comunità oggetto di prevenzione.

sono il frutto di un percorso formativo strutturato mirato ad una migliore lettura dei diversi comportamenti degli utenti migranti. A fronte di questa mancanza, prevale negli intervistati la convinzione che la buona riuscita della relazione operatore-utente derivi sicuramente almeno in parte da una corretta lettura della cultura di provenienza, ma sarebbe altamente riduttivo fermarsi a questa, anche perché queste informazioni rischiano di trasformarsi in una gabbia cognitiva, e portare l'operatore a comportarsi in un determinato modo a prescindere dalla persona che si trova davanti, come una sorta di profezia che si autoavvera. La formazione necessaria, soprattutto nel caso delle NCD, è una formazione alle relazioni interpersonali, all'ascolto, all'empatia, che comprende al suo interno una parte di analisi e lettura delle diverse culture, ma non è centrata su questa. Sono comunque emerse dalle interviste alcune differenze culturali che vale la pena sottolineare:

- Est Europa: molta competenza tecnica, alta autostima, non c'è un reale interesse ad entrare in relazione ed emerge a tratti una sorta di senso di superiorità che se affrontato in maniera conflittuale rischia di danneggiare il rapporto.
- Comunità Rom: molto difficile entrare in relazione, in parte per la diffidenza degli stranieri ma in parte per gli stereotipi e i preconcetti degli operatori, difficili da scalfire. Il rischio è che alcune buone pratiche (come ad esempio l'allattamento al seno) scompaiano in nome di una presunta modernità.
- Nord Africa e Corno d'Africa: più facile entrare in relazione, sia per la presenza di comunità ben strutturate nel territorio, sia per un generale atteggiamento positivo nei confronti degli operatori, anche se in alcuni casi risulta problematico far emergere il sommerso, soprattutto per motivi burocratici (permesso di soggiorno, paura di espulsioni…). Dal punto di vista dell'approccio al SSN, prevale in questi soggetti un atteggiamento fatalista: vedono il dottore come qualcuno in grado di aiutarli a superare la fase acuta di una malattia (in una relazione ancora fortemente complementare, dove il dottore deve dire al paziente cosa fare e il paziente esegue, dove il controllo e l'azione è tutta nelle mani del dottore), ma nella fase cronica di una NCD dove non esiste una vera cura, ma si tratta di cambiare i propri stili di vita per diminuire i fattori di rischio, questo mutamento è molto più difficile, proprio per l'abitudine a lasciare che le cose vadano come devono andare (se Dio ha voluto questo, non posso fare nulla per cambiarlo).
- Cina: anche questa comunità presenta alcune difficoltà, dettate in particolar modo dalla chiusura nei confronti delle istituzioni italiane in generale. La difficoltà ad entrare in relazione con soggetti cinesi deriva proprio dalle fortissime radici culturali che si portano dietro, e dalla difficoltà (dettata spesso dalla non intenzione) ad integrarsi nel nostro sistema. L'impressione è che ci si trovi davanti sempre un "altro" diverso da sé, che ascolta, magari capisce (anche se esiste comunque, anche per questa comunità, un forte problema linguistico), ma difficilmente cambierà idea o prospettiva rispetto a quello che è solito pensare e fare (e questo è particolarmente dannoso nel caso delle NCD, dove alla base del trattamento c'è proprio la modifica dei propri stili di vita).

A fronte di tutte queste caratteristiche, è importante che l'operatore abbia un quadro realistico e completo di chi si trova davanti, senza avere necessariamente un atteggiamento di "assimilazione" culturale. L'incontro infatti passa necessariamente attraverso una accettazione delle diversità, senza che nessuna delle due parti abbia un atteggiamento di superiorità nei confronti dell'altra.

L'ultimo aspetto influenzato da determinanti di natura culturale sono proprio gli stili di vita e le condotte dei vari migranti, da cui poi dipendono i tassi di patologie e quindi gli interventi mirati di prevenzione. In questo senso, il problema dell'alcool sarà più facile riscontrarlo nelle comunità di boliviani, o nell'Est Europa, mentre ad esempio le comunità africane hanno abitudini alimentari anche migliori delle nostre (con grande uso di verdure), anche se poi le abitudini alimentari di ciascuno si scontrano inevitabilmente con questioni di carattere economico (il junk food, nonostante faccia ovviamente più male, è sicuramente più economico e pratico, e quindi spesso viene preferito in virtù di queste caratteristiche[24]).

La dimensione temporale e il cambio generazionale: tutti gli intervistati sono concordi nel ritenere come il rapporto tra sistema sanitario e utenti migranti sia un concetto mutevole nel tempo, dipendente sia dalla percezione generale dei cittadini italiani rispetto alla migrazione e ai migranti (a questo proposito, negli ultimi due anni si è registrato un riacutizzarsi del problema del razzismo, sicuramente dovuto alla permanente situazione di crisi, e questo ha sicuramente ostacolato alcuni percorsi e tentativi di integrazione messi in atto dal sistema) sia dai diversi flussi migratori che coinvolgono il nostro paese. Ormai si assiste a una terza generazione di migranti, che sono nati qui e che assimilano in misura fortemente maggiore rispetto ai loro genitori gli usi e i costumi propri della cultura italiana (oltre che ovviamente la lingua). Questo, se da una parte semplifica la relazione tra questi utenti e il Sistema Sanitario, dall'altra fa emergere un problema di comunicazione/relazione intrafamigliare: all'interno della stessa famiglia infatti si parlano lingue diverse, e i più giovani sono soggetti a diverse leve che spingono in direzioni opposte (tradizione versus integrazione), causando quindi un vissuto potenzialmente conflittuale. Le nuove generazioni però hanno un ruolo cruciale nella costruzione di un ponte relazionale tra gli operatori e gli utenti migranti nelle NCD: quando infatti è necessario entrare in relazione calda ed empatica con un paziente, per far passare concetti quali "malattia cronica" e "responsabilizzazione dell'individuo" il problema non è solo di natura linguistica (e quindi risolvibile da un mediatore che svolge il ruolo di traduttore) ma è un problema relazionale, e, molti intervistati indicano che un parente (ad esempio un figlio, o un nipote) può avere un ruolo di primo piano perché è in grado da una parte di capire le istanze dell'operatore, dall'altro è in grado di comprendere le perplessità e le resistenze dell'utente, e su queste basi è in grado di facilitare l'incontro tra i due. Va detto in tal senso che è sempre meglio relazionarsi con un maggiorenne per evitare inversioni di ruoli (accudimento invertito) che possono provocare disagi psicologici nei bambini/ragazzi coinvolti.

Un altro fattore dipendente dalla dimensione temporale che influisce notevolmente sulla costruzione del rapporto con l'utente migrante, che qui accenneremo soltanto, riguarda i mutamenti in corso nella società italiana nel suo complesso. Mentre in passato le istituzioni (e quindi anche il SSN) possedevano un'identità forte, riconoscibile e chiara nella mente dei cittadini, con l'avvento della società liquida molti riferimenti identitari sono andati perduti, gli stessi operatori si vedono delegittimati del loro ruolo, e quindi questo influisce per forza di cose con il rapporto che si crea con l'utente straniero, che assimila e fa suo questo nuovo modo di approcciarsi ai servizi.

[24] Per un approfondimento rispetto ai driver motivazionali alla base del consumo di junk food in classi economiche diverse si veda Aloia et al., 2013).

L'importanza dell'ascolto: dall'inizio, il contatto con il paziente migrante metteva in crisi i tradizionali modelli di approccio all'utenza[25], e ha costretto a un generale ripensamento delle modalità di trasmissione dei contenuti di prevenzione al cittadino, sia esso italiano o migrante. È stato infatti necessario uscire dal modello biomedico del dottore come esperto e della comunicazione a una via per passare a un modello biopsicosociale, che deve tenere conto degli schemi interpretativi dell'altro e delle sue mappe cognitive con cui legge la realtà. Per capire come l'utente interpreta concetti quali salute, malattia, disagio, è necessario partire dall'ascolto dell'altro, e nell'utente straniero questo è ancora più importante proprio perché il gap linguistico costringe l'operatore ad accentuare la fase di ascolto, aumentando lo sforzo di comprensione (e riportando l'esperienza di ascolto appresa nella relazione con l'utente straniero a tutti gli utenti, compresi gli italiani). Oltretutto, partire dall'utente e dall'ascolto dello stesso permette anche di scardinare alcuni stereotipi propri della nostra cultura, sia rispetto alle sue conoscenze (anche, in alcuni casi, tecnico specialistiche, rispetto alle tipologie di malattie di cui il paziente è soggetto) sia rispetto alle sue competenze (ad esempio, alcuni utenti non parlano italiano, ma indagando si scopre che parlano molto bene 4 o 5 lingue).

Questa attenzione all'ascolto dell'altro non si esaurisce all'interno della relazione interpersonale, ma riguarda l'intero modello di programmazione degli interventi di prevenzione sul territorio. Infatti, affinché un'operazione di prevenzione risulti efficace è necessario in fase preliminare una lettura del contesto in generale, che tenga conto quindi anche della presenza di migranti sul territorio. Il lavoro di prevenzione è infatti centrato sulla popolazione che si intende raggiungere, con una programmazione fortemente orientata ai determinati epidemiologici e socio demografici di tale popolazione. Il compito delle Asl è prima di tutto cercare di leggere e comprendere la situazione (intesa appunto come contesto), quindi definire quali sono le priorità di intervento, e infine declinare gli strumenti di comunicazione più adatti agli obiettivi e alla popolazione coinvolta (e quindi, se si tratta di utenti migranti, è ovviamente necessario prendere in considerazione il problema della lingua).

Rispetto alle operazioni di prevenzione, il modello che la Regione Lombardia cerca di seguire in questo momento non è più di natura prettamente comportamentale (informare l'utente per portarlo a un cambiamento nei comportamenti, i casi prototipici in questo tempo sono i lavori svolti in passato rispetto all'alimentazione, al tabagismo, all'attività fisica) ma l'approccio deve insistere su 3 ordini di fattori:

- predisponenti (le conoscenze, quindi le informazioni)
- abilitanti (i mezzi che ti permettono di applicare le conoscenze acquisite)
- rinforzanti (i rinforzi di gruppi di pari, autorità…).

I programmi che la Regione prova a mettere in campo sono orientati a questo, mettere in condizione l'utente di cambiare in maniera effettiva il suo comportamento, fornire le informazioni necessarie attraverso operazioni di counseling motivazionale breve, uscendo quindi dalla logica "dei buoni consigli"[26], e contemporaneamente agire sugli ambienti di vita e di lavoro, lavorare sui diversi contesti popolati dagli utenti (ad esempio attraverso un cambio nell'offerta alimentare nelle scuole), e prevedere operazioni di rinforzo mirato (anche in questo caso coinvolgendo le scuole, le comunità di appartenenza, o le istituzioni).

---

[25] Su questo tema appare particolarmente rilevante il contributo del Prof. Antonio Guerci, ordinario di Antropologia all'Università di Genova.

[26] Anche in questo caso, è quindi necessaria una formazione a larga scala agli operatori proprio sull'utilizzo del counseling motivazionale breve come strumento di persuasione.

Il ruolo del mediatore nelle NCD: il mediatore è una figura che si trova più facilmente nei contesti ospedalieri, molto meno nei contesti ambulatoriali o di interventi di prevenzione sul territorio. Questo perché il SSN non può permettersi l'onere di assumere direttamente dei mediatori, e quindi si preferisce esternalizzare il servizio, generalmente affidato a cooperative o enti non profit[27]. In generale l'opinione degli intervistati è che il mediatore ad oggi sia principalmente un mediatore linguistico[28], mentre è fortemente carente in questa figura professionale tutto l'aspetto di lettura delle culture di provenienza, che come detto può fornire insight determinanti nella gestione delle relazioni medico-paziente.

Un'altra carenza dal punto di vista formativo riguarda proprio le competenze sulle malattie croniche: solitamente il mediatore è della stessa nazionalità del paziente, e risolve facilmente il problema linguistico, ma nel momento in cui non sa nulla del portato delle malattie croniche non riesce ad agire sull'empowerment del paziente (non riesce a condividere col paziente i suoi vissuti, entrare nelle sue problematiche, utilizzare il suo linguaggio non verbale); tutti questi aspetti sono fondamentali nella malattia cronica, e vengono tagliati fuori dalla mediazione culturale (che è linguistica) e dal telefono, che è utile solo come passaggio di informazioni. Diventa quindi fondamentale lavorare sulla formazione della mediazione culturale, in modo da rendere i mediatori più adatti a svolgere il loro compito anche in presenza di queste forme di patologie.

Il ruolo dell'operatore sanitario nelle NCD: a fronte di una carenza da parte dei mediatori culturali, anche il personale sanitario ha comunque forti limiti nella gestione della relazione con gli utenti migranti. Secondo alcuni degli intervistati infatti dottori non sono pronti, e anche loro hanno un forte bisogno di formazione alla relazione. Il medico e gli operatori sanitari in generale preferiscono l'acuto e l'emergente, perché hanno una risposta immediata, sul cronico devono invece misurarsi sulla capacità della persona che hanno di fronte, si cercano soddisfazioni di tipo personale che difficilmente i pazienti ti possono dare, anche perché se hanno una compliance ottimale non hanno più bisogno del dottore, se invece non ce l'hanno vuol dire che qualcosa non ha funzionato e il lavoro non è stato fatto bene. A fronte di una più alta difficoltà nella cura viene assunto un atteggiamento negativo verso il paziente, e questo danneggia la possibilità di creare una relazione empatica, aumentando la problematicità del caso. Quello che conta davvero nelle NCD è trasferire l'importanza di uno stile di vita corretto, insegnare al paziente ad autogestirsi, ma questo non si riesce a fare se non si tiene conto della base da cui parte il paziente (che alimentazione ha un pakistano? E un cinese?) e se non si tiene in considerazione il rapporto che vive il paziente nei confronti dell'operatore (il concetto di autogestione di alcune malattie come il diabete è presente in Italia, ma in altre culture dove mancano i macchinari necessari a farlo, come ad esempio il dispositivo che controlla lo stato di glicemia, la stessa idea di autogestione non ha senso, ed è su questo che il dottore deve lavorare).

---

[27] Il problema rispetto a questa soluzione è che toglie ancora più potere alla figura del mediatore, che non fa parte di un team stabile ma viene chiamato quando occorre, saltuariamente. E quindi anche la sua influenza nel sistema decresce sensibilmente.

[28] In alcune circostanze, specialmente in ambito di pronto soccorso, il contributo del mediatore avviene via telefono, e questo di per sé avvalora la percezione di come si tratti semplicemente di una mediazione linguistica, e non culturale.

Il problema nelle NCD non è quindi passare medicine o informazioni, ma cambiare lo stile di vita dei pazienti, i loro comportamenti. In questo tipo di malattie è facile sentire la malattia come handicap, in ogni persona ci sono una serie di evoluzioni per cui si passa dal rifiuto all'accettazione, e quindi alla resilienza. È compito del personale sanitario capire in che fase emotiva si trova il paziente, e il messaggio da veicolare deve cambiare da fase in fase. Ovviamente, con una persona che non parla l'italiano capire che emozioni prova nei confronti della malattia è molto più difficile, ed è altrettanto difficile riuscire a tirare fuori i punti forti del paziente (resilienza), è per questo che una formazione ad hoc che unisca competenze culturali, relazionali e specifiche per questo tipo di malattie diventa l'unica strada percorribile.

A fronte di una generale diffidenza del paziente migrante, è necessario far percepire che ti interessi di loro, senza però cadere nella figura del "santone" esperto che può guarire ogni male. Si ottiene molto se c'è la mediazione di un familiare, magari un figlio di seconda/terza generazione, perché rispetto ad un estraneo sono ovviamente più recettivi dal punto di vista emotivo. Ci vuole quindi qualcuno che sia in grado di instaurare una relazione reale, una delle scoperte più rilevanti nel tema della relazione con i pazienti affetti da NCD è che il paziente ascolta molto più facilmente qualcuno che ha il suo stesso problema piuttosto che il proprio dottore, e questo perché trova qualcuno con cui condivide l'esperienza della sua sofferenza[29]. E se avviene questo nei pazienti italiani, è ancora più vero per i pazienti stranieri, che essendo in un territorio almeno in parte estraneo cercano con maggior sforzo un contatto che stia vivendo un'esperienza simile alla loro.

Un ruolo che invece riesce con più frequenza ad entrare in relazione con i pazienti migranti, almeno nei contesti ospedalieri, è quello degli infermieri. In queste patologie il ruolo degli infermieri è fondamentale, sono infatti loro ad accompagnarli durante la giornata e a seguirli nella nuova routine comportamentale che dovranno mantenere anche al di fuori dell'ospedale. Rispetto a questo, gli intervistati riconoscono come siano forse proprio gli infermieri le figure professionali maggiormente formate, anche dal punto di vista relazionale.

Formazione agli operatori: Rispetto al tema della formazione degli operatori sociosanitari gli intervistati riconoscono come ci sia molta energia, motivazioni molto alte, è una pratica in Italia molto diffusa dove non si riscontrano particolari resistenze da parte degli operatori. Il vero problema riguarda però il trasferimento delle conoscenze apprese nei contesti professionali. Secondo alcuni degli intervistati infatti la formazione, specialmente su alcuni temi come il rapporto con i pazienti migranti, permette di vivere una bella esperienza, arricchente dal punto di vista personale oltre che professionale, ma finita l'esperienza non c'è poi nessuno all'interno delle strutture di origine che ne tenga realmente conto, e questa sorta di delegittimazione della formazione impedisce (o quantomeno ostacola) il reale trasferimento degli apprendimenti. Questo discorso non vale solo nel SSN, ma coinvolge in generale il dipendente pubblico, che vive una sorta di riscatto nell'aula di formazione, ma perde di vista il trasferimento degli apprendimenti, quell'aula diventa un luogo altro dove acquisisco elementi ma una volta conclusa l'esperienza la stessa persona "trasformata" non utilizza quello che ha imparato perché non c'è una reale domanda da parte della

[29] Questo si vede molto bene nei bambini: i bambini affetti da una stessa NCD che fanno weekend educativi insieme si trasferiscono comportamenti e modi di agire che il dottore non è in grado di passare loro, gli esempi di fratelli con diabete sono significativi in questo senso, in quanto si gestiscono perfettamente.

sua committenza, e quanto appreso non entra negli oggetti di valutazione dell'operatore.

Un'esperienza di successo: Per concludere, riportiamo di seguito un breve esempio di Best Practice Italiana: l'Ambulatorio per Migranti presso la Asl di Brescia. Le attività e le caratteristiche di questo ambulatorio rappresentano da diversi anni un punto di riferimento rispetto al modo di entrare in contatto con l'utente migrante:

- struttura a bassa soglia (dove è quindi semplice accedere, senza che sia necessario prenotarsi o compilare qualcosa);
- alta capacità di accoglienza (il personale sa diverse lingue, e quindi è in grado di accogliere migranti provenienti da paesi diversi e comprendere quale sia il problema);
- orientamento post visita (al termine della visita, ad ogni paziente vengono indicati i passi successivi da seguire, sia in termini di cure, sia in termini burocratico amministrativi);
- documenti in diverse lingue (ogni documento informativo, compresa la carta dei servizi, è redatto in diverse lingue, e fa un grande uso di immagini);
- interventi di prevenzione sul territorio (allo scopo di "tirare fuori" il sommerso attraverso iniziative dinamiche sul territorio);
- interventi formativi negli ospedali e ad altri operatori;
- ricerca scientifica.

CAPITOLO 2
QUESTIONARIO

2.1 Modelli di comunicazione con il paziente migrante con un focus sulle non-communicable diaseses. Indagine quantitativa

Oltre a fornire indicazioni utili rispetto alle percezioni e ai vissuti del personale medico nei confronti della capacità, da parte del SSN, di entrare in relazione in modo efficace con l'utente migrante (in particolare nei casi di NCD), le interviste svolte sono state utilizzate per la definizione dei temi da trattare con un'indagine estensiva quantitativa e per recuperare insight, categorizzazioni e spunti utili alla realizzazione di questa indagine in grado di provare ad esaminare il tema oggetto di analisi da un punto di vista quantitativo.

È stato quindi costruito un questionario composto da sette sezioni, più un'introduzione per profilare i rispondenti[30].

Le sezioni che complessivamente costituiscono il questionario sono:

- Profilazione socio demografica: sesso, età, cittadinanza, professione e esperienza lavorativa
- Sezione A. Migranti e servizi pubblici: l'obiettivo è avere una prima tassonomia della lingua utilizzata dagli utenti migranti, divisi per categorie di appartenenza geografica/culturale.
- Sezione B. La gestione dell'utente migrante: l'obiettivo è fornire una prima ricognizione delle strategie messe in atto dagli operatori per entrare in relazione con l'utente migrante.
- Sezione C. La prevenzione nelle NCD: l'obiettivo è esplorare la percezione degli operatori rispetto alle attività di prevenzione messe in atto sulle NCD.
- Sezione D. La cura nelle NCD: l'obiettivo è comprendere l'effetto giocato dalle caratteristiche proprie delle malattie croniche nella relazione tra operatori e utenti migranti.
- Sezione E. Informazione/comunicazione con l'utente migrante: l'obiettivo è capire quali sono, secondo le percezioni degli operatori, le principali barriere a un corretto e continuativo utilizzo del SSN da parte dell'utente migrante.
- Sezione F. Stili di comunicazione: l'obiettivo è comprendere quali stili e modalità di comunicazione sono ritenuti più efficaci dagli operatori con questa categoria di utenza.
- Sezione G. I bisogni formativi: l'obiettivo è raccogliere alcuni dati quantitativi sulla percezione degli operatori rispetto a quanto si sentono formati sull'argomento, di che tipo di formazione avrebbero bisogno, e in quali modalità dovrebbe essere svolta.

[30] In appendice 3 il questionario completo.

2.2 Metodologia e campione

Il questionario è stato informatizzato e inviato come link via mail a una lista di circa 1.200 operatori che avevano partecipato, nel biennio 2012-2013, alle attività di formazione promosse dalla Regione Lombardia sul tema delle Mutilazioni Genitali Femminili.

In accordo con la committenza, la mail è partita a firma e con un indirizzo istituzionale (e in particolare da Eupolis, il Centro Ricerche della Regione Lombardia) al fine di ricevere il maggior numero di consensi possibili all'iniziativa. Sono stati previsti 3 invii, in momenti diversi della settimana, che hanno coperto un arco complessivo di circa 3 settimane.

Il numero di rispondenti è stato complessivamente di 255 operatori (*revenue* di circa il 20%, giudicata soddisfacente per una ricerca di questo tipo), di cui 202 operatori sanitari, 11 operatori scolastici e 42 operatori sociali. Il numero nettamente superiore di operatori sanitari è dettato sia dal tema oggetto di analisi (di maggior interesse per questo genere di professionalità) sia dalla composizione della lista di partenza (composta per la prevalenza proprio da operatori sanitari).

Di seguito sono esposti i principali risultati dell'indagine. Vista la vastità delle domande, e l'eterogeneità del campione, ulteriori approfondimenti utili alla comprensione del fenomeno saranno svolti in un momento successivo in accordo con le richieste della committenza.

2.3 Risultati

Profilazione socio demografica

In maniera sintetica, il campione come detto è composto in prevalenza da operatori sanitari (79,2%), quasi tutte donne (87,4%). Il primo dato interessante per gli obiettivi dell'indagine riguarda il livello d'esperienza del campione. Infatti, ma quasi i tre quarti del campione ha più di 20 anni di esperienza (72,8%), e quindi ha sicuramente una vasta esperienza sia sui pazienti migranti (di prima, seconda e terza generazione) sia sul Sistema Sanitario Nazionale in generale.

Figura 2.1 – Sesso

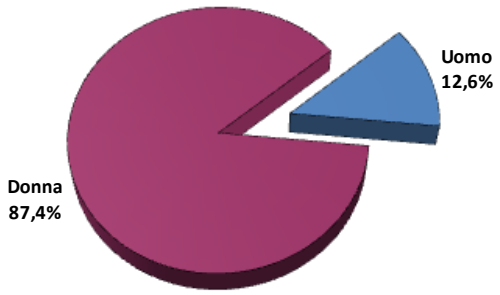
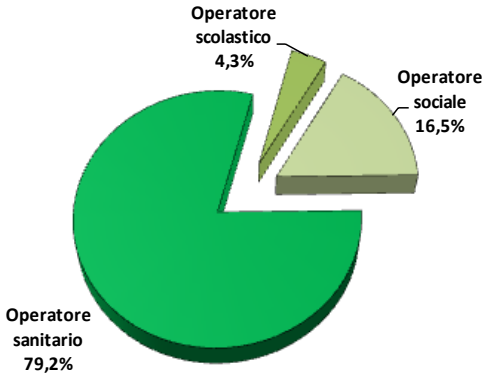
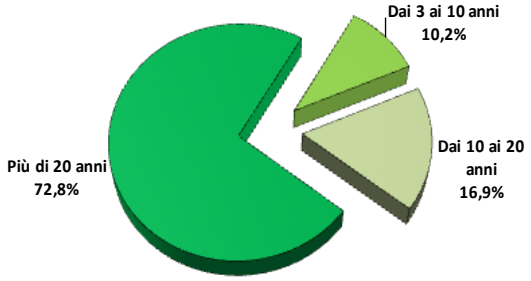


Figura 2.2 – Professione



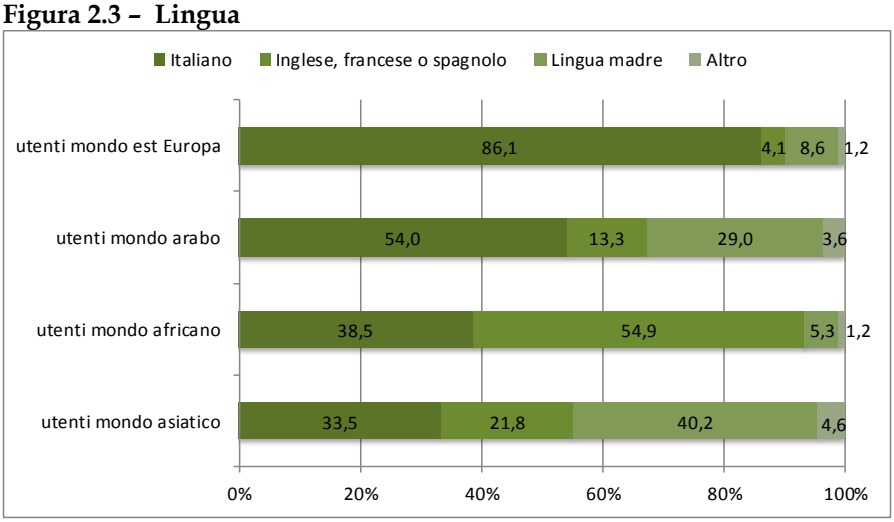
Da quanto tempo svolge la sua professione?



SEZIONE A

Pensi alle seguenti 4 macro categorie di utenti, identificate sulla base dell'area geografica di provenienza. Rispetto alla sua esperienza, in che lingua in prevalenza si rivolgono agli operatori?

Figura 2.3 – Lingua



Al fine di semplificare il più possibile la domanda, e quindi permettere un'operazione di generalizzazione delle esperienze vissute, si è deciso in questa prima domanda di prendere in esame 4 categorie di utenti migranti, sulla base della loro provenienza geografica/culturale. Questa operazione è necessariamente forzata, e non fa giustizia della diversità geografica e culturale della popolazione migrante, ma serve solo a individuare le prime percezioni, anche stereotipate, del campione di operatori. Le categorie prese in esame in questa domanda sono:

- Utenti dell'est Europa (in particolare, qui si intendono i soggetti provenienti dall'ex Unione Sovietica, e dai paesi confinanti).
- Utenti del mondo arabo (in particolare Nord Africa, Arabia Saudita, Pakistan, Iran, Iraq).
- Utenti del mondo africano (in particolare Centro Africa e Corno d'Africa).
- Utenti del mondo asiatico (in particolare Cina, Filippine, Bangladesh, India).

Un limite di questa domanda è che gli utenti provenienti dal Nord Africa possono essere categorizzati da soggetti diversi come appartenenti al mondo africano o al mondo arabo, e questo provoca sicuramente un bias nella risposta che è necessario tenere in considerazione.

Nella percezione del campione, gli utenti stranieri di provenienze geografiche diverse hanno competenze linguistiche molto differenti gli uni dagli altri. Mentre gli utenti dell'est Europa parlano correntemente l'italiano (86,1%), questa percentuale decresce sensibilmente se prendiamo in considerazione gli utenti del mondo arabo (52%), che invece per un quasi 30% parlando la loro lingua madre. Sempre nella percezione del campione, la percentuale di appartenenti al mondo africano che comunica in italiano è inferiore al 40%, ma la quasi totalità di chi non è in grado di farlo parla però un'altra delle principali lingue europee, e quindi riesce almeno in parte a farsi capire e a capire gli operatori. Infine, solo un terzo degli utenti provenienti dal mondo asiatico parla l'italiano, e ben il 40% parla la propria lingua madre, rendendo in questo caso necessaria la presenza di una figura di interprete.

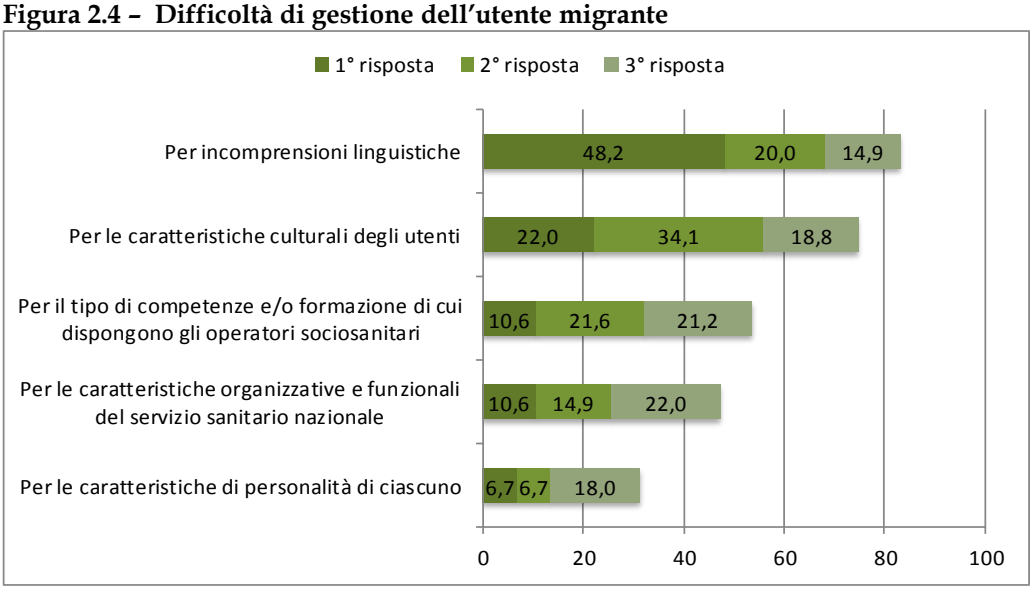
Questa prima domanda ci conferma come, trattando il tema della comunicazione medico-paziente, sono gli utenti provenienti dal mondo arabo e quelli provenienti dall'area asiatica quelli maggiormente problematici, perché in entrambe le categorie c'è

quasi la metà dei soggetti che non parla né italiano né un'altra delle principali lingue europee.

SEZIONE B

Per quali motivi a suo avviso si presentano delle difficoltà di gestione dell'utente migrante (indicare le prime 3 risposte in ordine di importanza)?

Figura 2.4 – Difficoltà di gestione dell'utente migrante

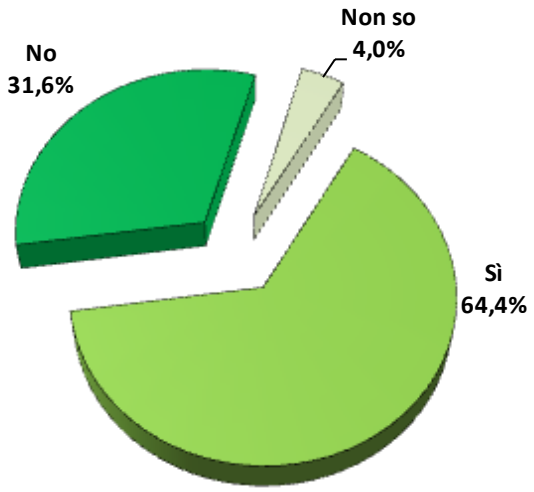


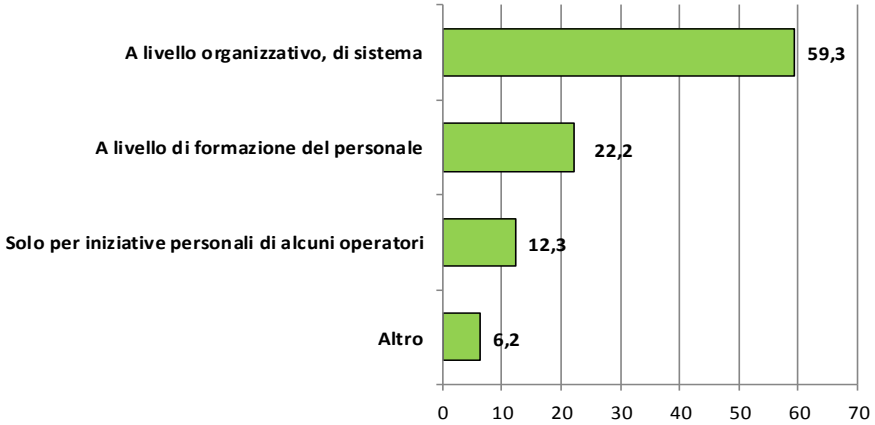
Rispetto alle difficoltà di gestione dell'utente migrante, la più grossa appare ancora, agli occhi del campione, la difficoltà dovuta ad incomprensioni linguistiche (48% come prima motivazione, e oltre l'80% se sommiamo le prime 3). Se da una parte questo dato ci dice quanto la possibilità di "capirsi" dal punto di vista più cognitivo, inteso come parlare una stessa lingua, soprattutto in patologie croniche dove la comunicazione medico-paziente è un fattore determinante nel processo di cura, è ancora una necessità non soddisfatta, dall'altro il dato ci sembra interessante da leggere anche al suo opposto: più della metà del campione non ritiene le incomprensioni linguistiche il primo limite nella costruzione della relazione. E questa prima motivazione si distribuisce sugli altri item, con una prevalenza rispetto alle differenze culturali, ma senza dimenticare le carenze formative e le caratteristiche organizzative del SSN. Queste considerazioni sono importanti perché per cercare di "attenuare" l'effetto di queste problematiche, e rendere quindi la relazione meno difficoltosa, è necessario muoversi in modi diversi a seconda del problema che si vuole affrontare: se le incomprensioni linguistiche ci sembrano più facilmente risolvibili (almeno da un punto di vista teorico, senza considerare la reale fattibilità economica/organizzativa delle soluzioni, attraverso l'utilizzo di mediatori linguistici, materiale scritto in lingue diverse…), sicuramente impedire che le differenze culturali minino in qualche misura la relazione è qualcosa di notevolmente più complesso da ottenere.

Per ultimo, ci sembra importante sottolineare come le carenze organizzative e funzionali del SSN sono considerate tra le due cause principali della cattiva gestione della relazione con il paziente migrante da circa un quarto del campione, una percentuale non trascurabile e che ci dice qualcosa riguardo alla sfiducia di almeno una parte del campione rispetto a quanto le istituzioni sanitarie stanno facendo su questo argomento.

Nel suo ambito di servizio, sono state messe in atto strategie per la gestione dei bisogni/domande degli utenti immigrati, diversificate rispetto agli utenti italiani? E se sì, a quale livello sono state messe in atto principalmente?

Figura 2.5 – Strategie per la gestione dei bisogni/domande degli utenti immigrati





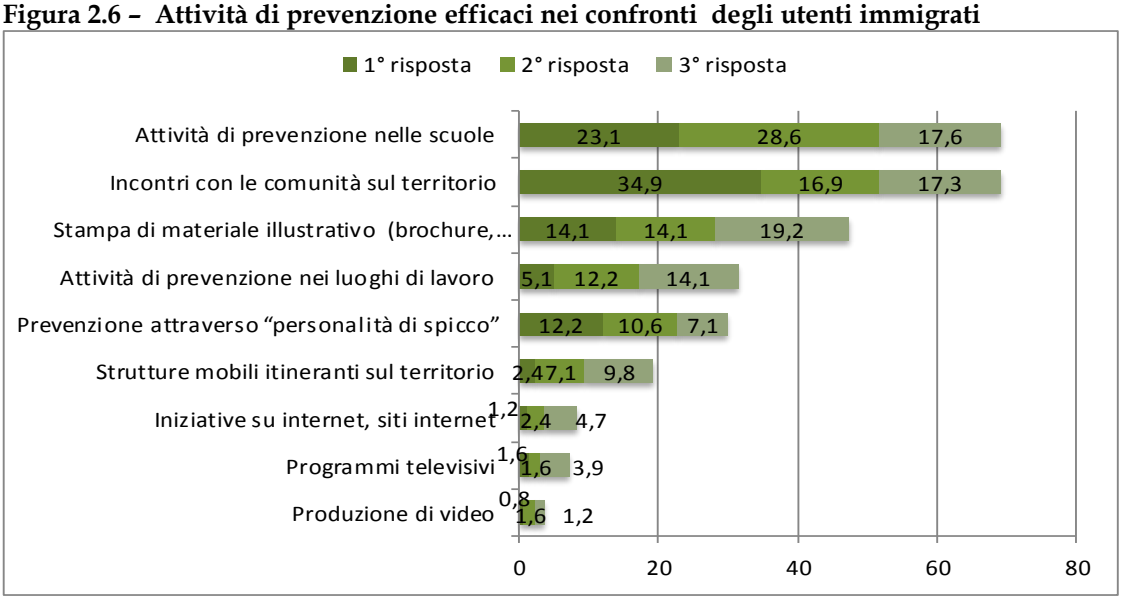
Circa il 65% del campione sostiene che, rispetto al tema della gestione dei bisogni di questa tipologia di utenza, qualcosa è stato fatto. Vista l'esperienza del nostro campione (ricordiamo che il 73% ha più di 20 anni di servizio), questa percentuale ci sembra inferiore alle aspettative. Trattandosi comunque di percezioni, è comunque importante rilevare che, anche a fronte di iniziative realmente messe in atto (che siano organizzative, formative, di prevenzione, di comunicazione) queste non sono ricordate in alcun modo da circa il 35% del campione, che quindi non le ha ritenute significative (e quindi meritevoli di essere ricordate).

Rispetto invece alla parte di campione che ricorda strategie di questo tipo, il 60% le attribuisce principalmente a strategie di natura organizzativa, mentre circa il 20% ad attività formative. Al fine di una corretta lettura dei dati, è importante sottolineare come questa domanda all'origine fosse una multiresponse (era quindi possibile selezionare tutte le opzioni di scelta), ma è stata in seguito deciso di modificarla in una risposta a scelta singola, in modo da "forzare" il rispondente a scegliere a quale livello fossero principalmente messe in atto le strategie che ricorda.

SEZIONE C

Pensiamo alle diverse attività di prevenzione che si possono mettere in atto rispetto alle NCD. Quali ritiene possano essere più efficaci pensando alla popolazione immigrata? (indicare le prime 3)

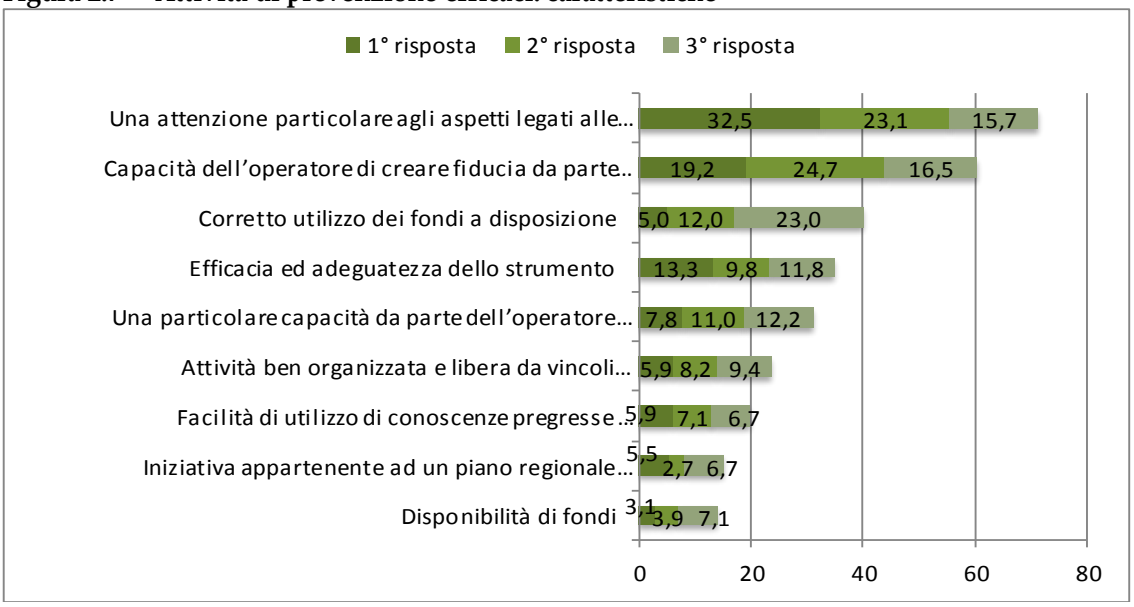
Figura 2.6 – Attività di prevenzione efficaci nei confronti degli utenti immigrati



Rispetto alle attività di prevenzione, la scuola da una parte, e il territorio dall'altra, sono ancora ritenuti i luoghi dove è possibile agire in maniera più efficace, anche nell'ambito delle NCD. In particolare, se in generale l'opzione che ha riscosso le preferenze maggiori è stata "attività di prevenzione nelle scuole", come prima opzione di scelta più di un terzo dei rispondenti ha scelto "incontri con le comunità sul territorio". Anche dalle interviste in profondità è emerso infatti come l'incontro con le comunità, nei luoghi rilevanti per le comunità stesse, entrare quindi materialmente nella loro quotidianità senza aspettare che siano loro ad avvicinarsi ai servizi sia il modo più efficace e diretto di fare prevenzione. E' infine interessante notare come, rispetto alle modalità di comunicazione attraverso cui si può veicolare un messaggio, la stampa di brochure o volantini sia considerata molto più efficace che la produzione di video. Questo probabilmente perché il video richiede un investimento economico maggiore, non solo per la produzione vera e propria, ma soprattutto per la messa on air: mentre un volantino deve solo essere distribuito, è facilmente consultabile, può passare agevolmente da persona a persona, un video è efficace solo accompagnato da una forte campagna di messa on air (o se viene proposto continuativamente in un luogo di attesa), ma esempi di questo tipo sono sicuramente molto rari.

Secondo lei, quando un'attività di prevenzione è particolarmente efficace, quali sono i motivi principali del successo? (indicare le prime 3)

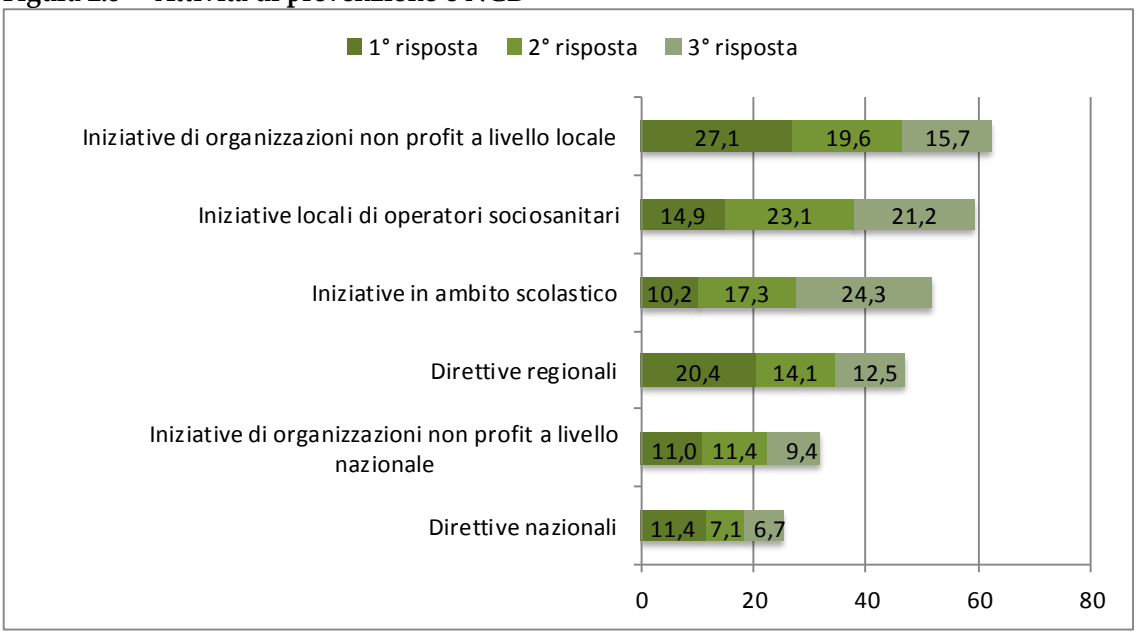
Figura 2.7 – Attività di prevenzione efficaci: caratteristiche



Rispetto ai fattori che rendono efficace un'attività di prevenzione, il fattore determinante è sicuramente l'attenzione e la sensibilità agli aspetti culturali dell'utente. Questa risposta è in linea con la precedente, lavorare con le comunità sul territorio, entrare in relazione con l'altro senza intermediazioni vuole dire iniziare a "parlare la lingua dell'utente" in senso lato, e quindi prestare particolare attenzione alla cultura, agli stili di vita, alle mappe cognitive, al modo di vedere il mondo dell'altro. Questa attenzione si gioca non soltanto nella relazione interpersonale, ma anche nella produzione di qualsiasi materiale volto a persuadere l'altro. E' qualcosa che il marketing conosce bene, capire cosa è importante per l'altro, e lavorare su quello. E questo è il modo migliore per conquistarsi la fiducia dell'altro, un fattore fondamentale soprattutto nelle NCD croniche, dove l'obiettivo è modificare i comportamenti altrui (esattamente come nel marketing di prodotto si cerca di modificare i comportamenti di acquisto del proprio target). E' interessante in questa batteria di item leggere come gli operatori considerano la rilevanza del fattore economico: la disponibilità di fondi è l'ultimo item scelto, come a dire "non è necessario avere molti soldi per costruire un percorso di prevenzione efficace". Allo stesso modo, il corretto utilizzo dei fondi a disposizione è selezionato come terzo item in ordine di rilevanza, come a dire "a prescindere dai soldi che si hanno a disposizione, l'importante è usarli bene". E questo sicuramente riporta all'idea, corretta o meno, che molti dei fondi siano utilizzati in modo improprio, o comunque non completamente efficiente.

In base alla sua esperienza, da dove derivano, come nascono prevalentemente le attività di prevenzione rispetto alle NCD sul territorio? (indicare le prime 3)

Figura 2.8 – Attività di prevenzione e NCD

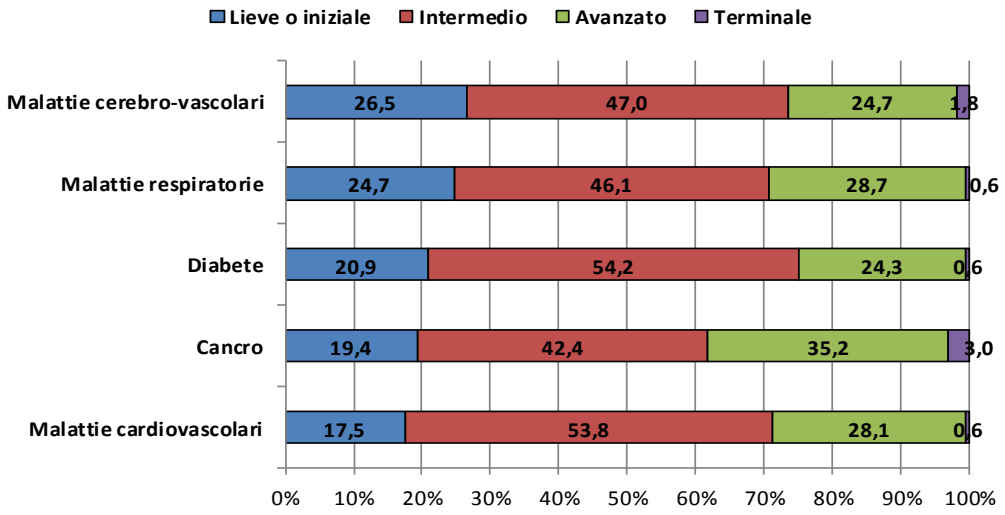


Una diretta conseguenza di quanto detto finora è che queste iniziative, se per essere efficaci devono muoversi sul territorio per arrivare a intercettare una precisa comunità, devono necessariamente nascere dal territorio, e quindi prevalentemente in una dimensione locale. La cosa che forse più stupisce è che le iniziative nate all'esterno, in maniera indipendente, dalle organizzazioni non profit sono ritenute più numerose di quelle nate all'interno da operatori sociosanitari (le percentuali di prima risposta vanno da 27,1% a 14,9%). Allo stesso modo, anche a livello nazionale le iniziative non profit sono percepite come più numerose rispetto alle iniziative del SSN.

SEZIONE D

In base alle sue esperienze passate, cercando di fare una media rispetto ai vari casi che le è capitato di vedere, a che stadio della malattia giunge alla sua attenzione il paziente immigrato nelle seguenti patologie?

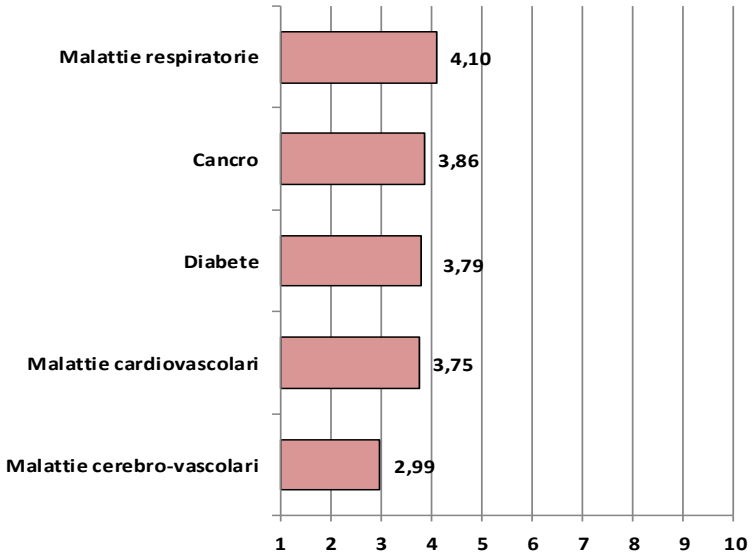
Figura 2.9 – Stadio NCD



Senza entrare nel merito delle singole patologie, questi grafici ci mostrano essenzialmente come tra patologie diverse ci siano alcune differenze (anche se non troppo marcate) rispetto allo stadio in cui si trova in media il paziente migrante quando entra in contatto con il SSN e rispetto al suo grado di consapevolezza rispetto alla patologia. E ci dice anche come più di un quarto degli utenti si presenta in uno stadio ormai avanzato della patologia, a dimostrazione di come ci sia ancora molto da fare dal punto di vista della prevenzione.

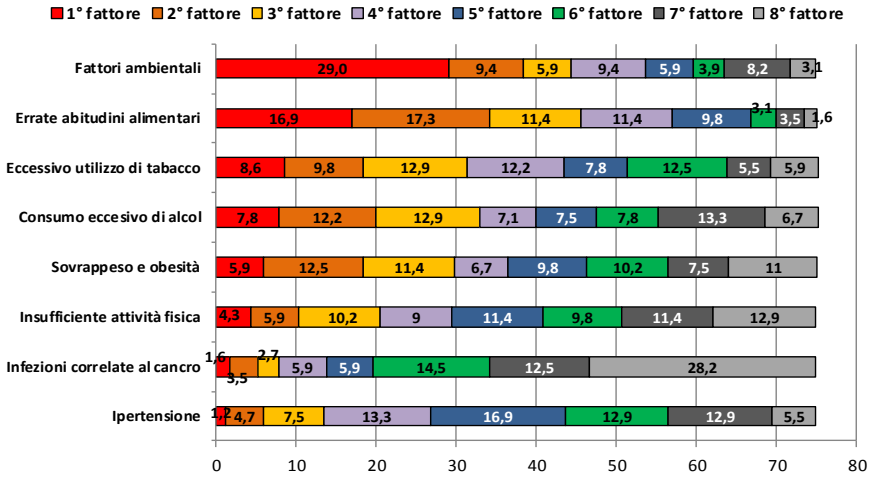
In base alle sue esperienze passate, provando a dare un punteggio da 1 a 10 dove 1 indica per nulla e 10 perfettamente, i pazienti migranti affetti da una delle seguenti NCD quando arrivano presso la struttura socio sanitaria quanto conoscono della loro patologia?

Figura 2.10 – Stadio malattie e approccio alla struttura sanitaria



Secondo la sua esperienza, quali sono i fattori di rischio in cui incorrono più frequentemente i pazienti migranti (in media)? Mettere i seguenti fattori di rischio in un ordine da 1 a 8, dove 1 indica il fattore di rischio più frequente e 8 il meno frequente.

Figura 2.11 – Fattori di rischio migranti

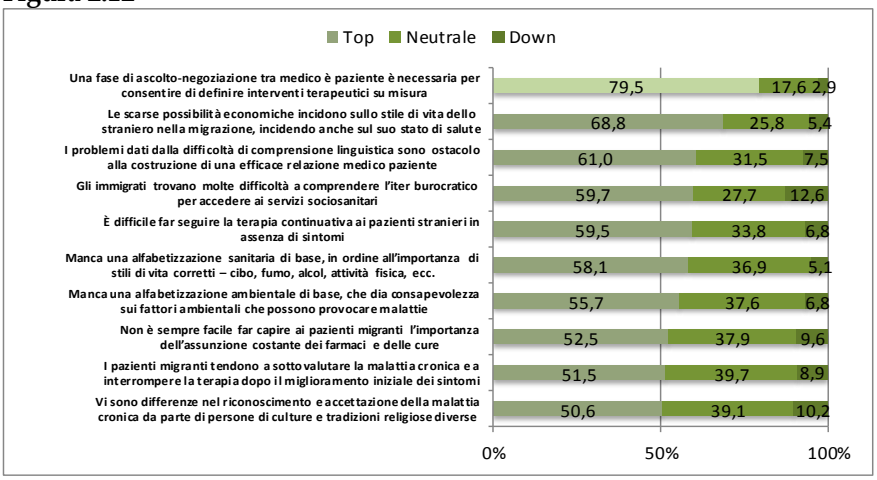


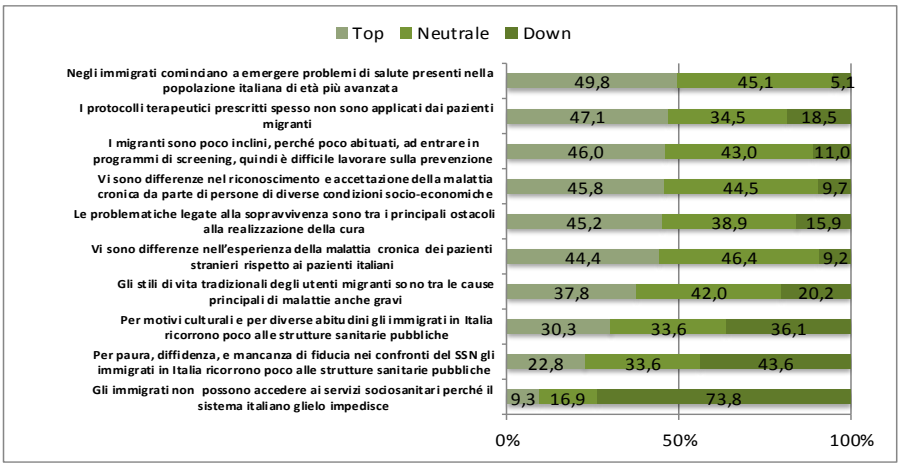
I fattori di rischio ritenuti a più alta incidenza rispetto ai pazienti migranti sono, nell'ordine, i fattori ambientali, le errate abitudini alimentari, e l'eccessivo utilizzo di tabacco e di alcool, ed è quindi prima di tutto su questi fattori che devono muoversi le iniziative di prevenzione. Rispetto a questo grafico, i risultati sarebbero stati probabilmente molto simili se si fosse chiesta la percezione dei fattori di rischio rispetto alla popolazione italiana. Ci sembra quindi importante sottolineare come questi sono risultati generali, ma diventa poi fondamentale predisporre iniziative di prevenzione che siano mirate, e che quindi agiscano su uno solo di questi fattori, su un territorio specifico, e su di una specifica comunità (proprio perché, rispetto a questi fattori, tra comunità diverse ci sono enormi differenze per quanto riguarda le abitudini alimentari e il consumo di alcool e tabacco ad esempio, e quindi se si vuole essere efficaci è necessario partire dal "micro", lavorando non in termini generali ma partendo dai casi specifici).

SEZIONE E

Di seguito leggerà una serie di affermazioni, indichi il suo grado di accordo con un punteggio da 1 a 6, dove 1 vuol dire per nulla d'accordo e 6 vuol dire completamente d'accordo

Figura 2.12



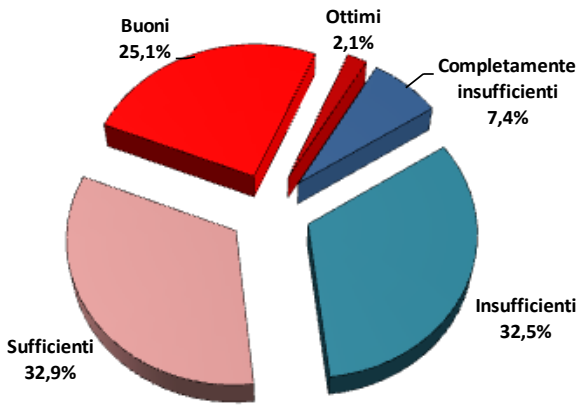


L'obiettivo di questa batteria di domande era quello di raccogliere la percezione degli operatori rispetto a una serie di affermazioni riguardanti il rapporto tra migranti, SSN e NCD. Le risposte sono state riclassificate sulla base di 3 ordini di punteggi: Top (punteggio 5 o 6), neutrale (punteggio 3 o 4), Down (punteggio 1 o 2). Gli item riportati nelle due tabelle sono messi in ordine sulla base della frequenza dei punteggi Top.

Le due cose che ci preme sottolineare, rimandando all'attenzione di ciascuno la lettura dei singoli item, sono da una parte la consapevolezza della necessità di una fase di ascolto/negoziazione tra medico e utente nel caso delle NCD, dall'altra il basso accordo sugli ultimi 3 item della lista, come ad indicare che l'utente migrante che entra in relazione con il SSN è una realtà, almeno dal punto di vista degli operatori, e quindi l'attenzione da parte loro (giustamente) è focalizzata sul problema di migliorare la relazione, e non su quello (invece più importante per chi si occupa di prevenzione e interventi sul territorio) dell'aumentare la facilità di accesso ai servizi. Contemporaneamente, vista l'alta dispersione degli utenti migranti anche a seguito di un primo contatto, diventa sempre più importante che la "relazione di cura" impostata dagli operatori sanitari si trasformi sempre di più in una "relazione di accoglienza", in modo da facilitare il ritorno dell'utente all'interno delle strutture sanitarie.

I supporti che ha ricevuto dalla struttura di cui fa parte (linee guida, materiale cartaceo/video, personale di supporto,…) per facilitare la relazione tra personale e paziente migrante le sono sembrati?

Figura 2.13 – Valutazione supporti di comunicazione a disposizione

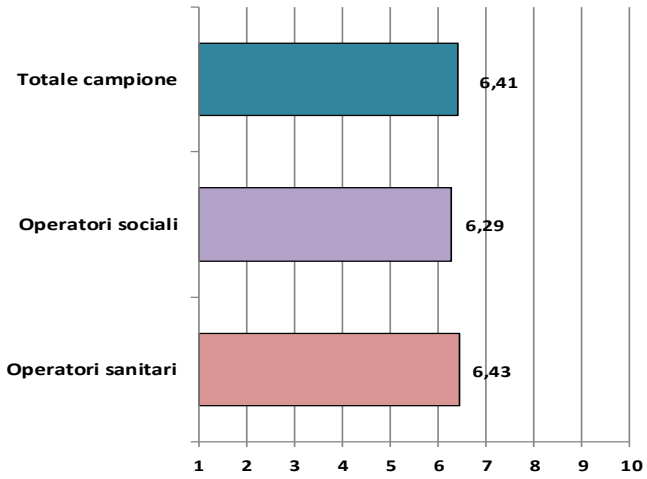


Questo dato conferma come ci sia ancora molto da fare rispetto alla progettazione di materiale e indicazioni di supporto specifico per la categoria di utenza migrante.

Infatti, sono un quarto del campione sembra essere soddisfatto di quanto fatto finora. Ritorna l'idea che la buona riuscita della relazione, e quindi del processo di cura, sia ancora una questione di buona volontà dell'operatore, di capacità dell'operatore di entrare in relazione con l'utenza, ma non sia accompagnato da direttive chiare, procedure standardizzate e materiali efficaci da parte del sistema.

Rispetto alle sue esperienze passate, provi a dare un punteggio da 1 a 10 su quanto si è sentito efficace nella relazione operatore/utente con il pubblico migrante

Figura 2.14– Valutazione della relazione operatore/utente con il pubblico migrante

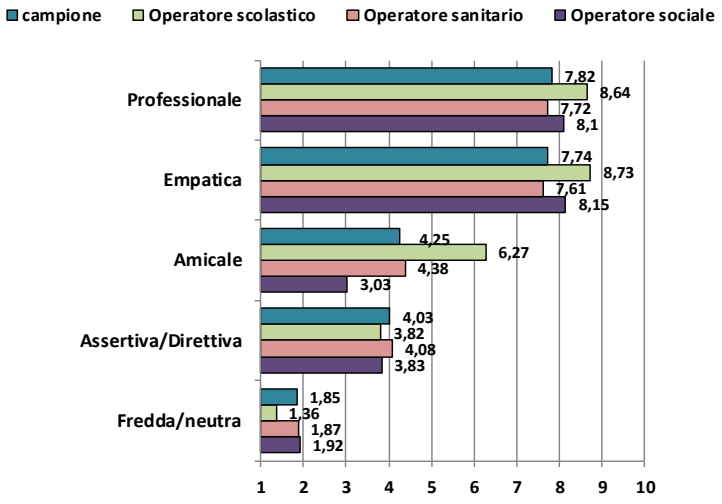


In linea con i risultati del grafico precedente, anche l'autovalutazione del personale rispetto al proprio livello di efficacia nella relazione operatore-utente è bassa, intorno alla sufficienza. È interessante notare che anche la deviazione standard è bassa, ad indicare come la media di 6,41 è il risultato di punteggi che in generale si attestano tutti intorno al 6.

SEZIONE F

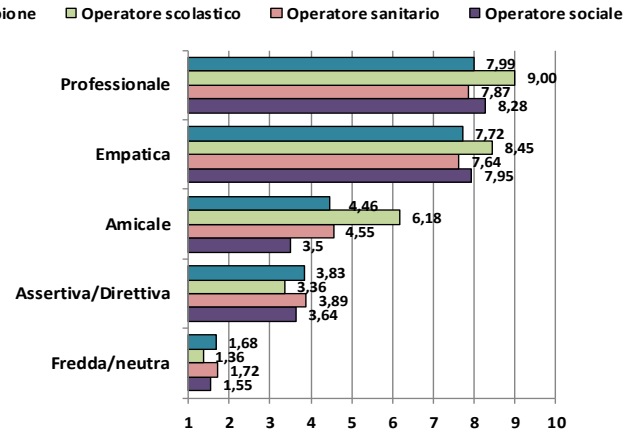
Pensando ai diversi stili di comunicazione interpersonale che si possono adottare, rispetto alla relazione con l'utente migrante quale le sembra più efficace?

Figura 2.15 – Stili di comunicazione e utente migrante



Pensando ai diversi stili di comunicazione interpersonale che si possono adottare, rispetto alla relazione con l'utente migrante con quale si trova più a suo agio?

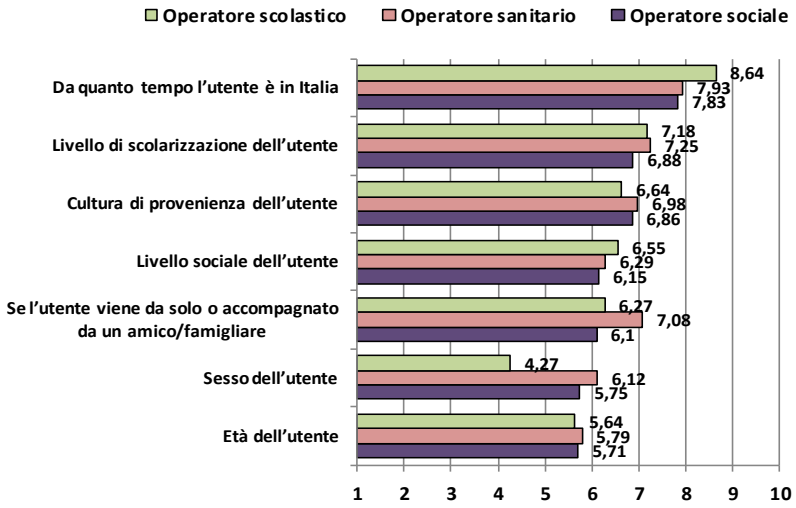
Figura 2.16– Stili di comunicazione adottate dall'operatore nei confronti dell'utente migrante



Questa coppia di grafici mette in luce due aspetti principali: il primo è che non ci sono differenze significative tra lo stile di comunicazione ritenuto più efficace, e quello con il quale l'operatore si trova più a suo agio (l'ordine degli stili nei due grafici è il medesimo). Il secondo aspetto è che uno stile professionale (quindi senza un'accezione forte dal punto di vista emotivo) e uno stile empatico (quindi, con una caratterizzazione emotiva molto forte) sono ritenuti i più efficaci, praticamente a pari merito. Quello che si evince dai grafici è forse proprio che la commistione tra questi due stili (o, ancora meglio, uno stile professionale ma con toni empatici molto sviluppati) è il modo migliore per costruire una relazione efficace con l'utente migrante. Contemporaneamente, la percezione di scarsa efficacia espressa dai rispondenti fa capire come questa commistione sia un traguardo spesso ancora da raggiungere, e che in questo senso la formazione può aiutare il personale a rendersi più "attrezzato" rispetto a questo tipo di competenze relazionali.

La comunicazione interpersonale può dipendere da svariati fattori, comprese le caratteristiche sociodemografiche dell'utente. In base alla sua esperienza, quale delle seguenti caratteristiche incide maggiormente nella relazione con l'utente migrante?

Figura 2.17– Variabili sociodemografiche e relazione con l'utente migrante

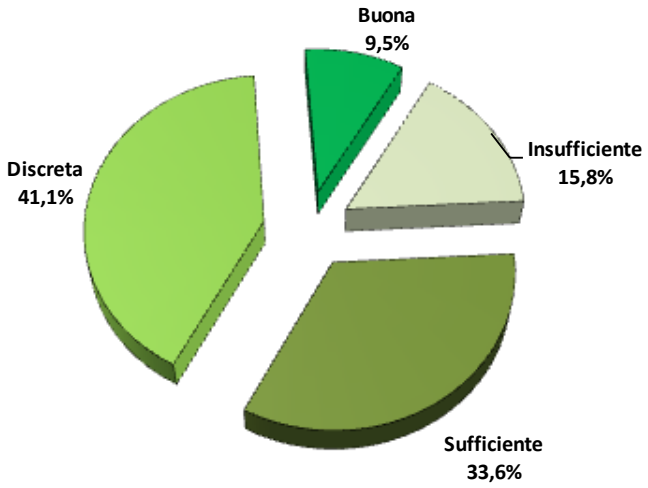


Anche in questo grafico emerge come la padronanza linguistica dell'utente migrante (conseguenza del periodo trascorso in Italia) sia il fattore che più preoccupa il personale, la precondizione per una comunicazione efficace. È però interessante notare come il livello di scolarizzazione incida maggiormente, nelle percezioni degli operatori, rispetto alla cultura di provenienza: questo sta ad indicare come la cultura diventa una resistenza nel momento in cui non si riesce a instaurare una relazione, ma livelli di scolarizzazione più alta (che solitamente si accompagnano a una più vasta conoscenza in generale) possono facilitare l'incontro tra culture anche profondamente diverse.

SEZIONE G

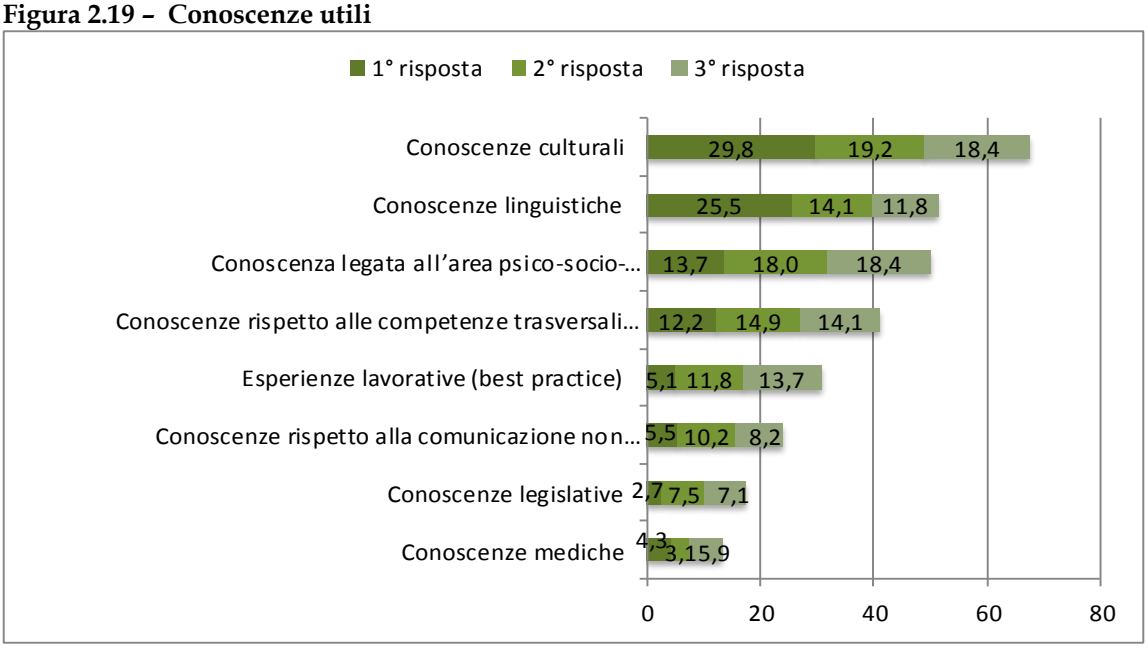
Come ritiene la sua preparazione rispetto al lavoro con gli utenti immigrati?

Figura 2.18 – Preparazione



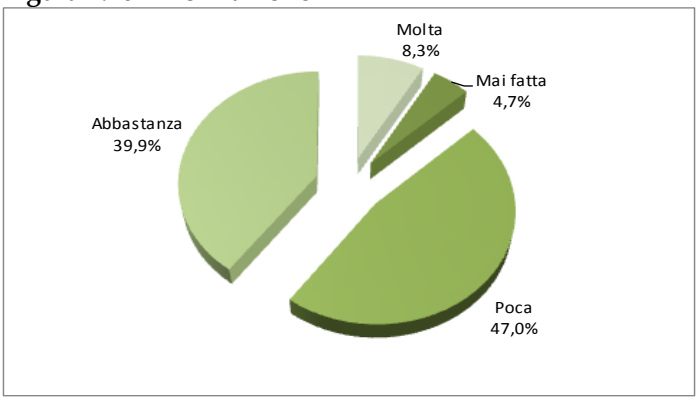
*Secondo lei quali conoscenze possono essere **utili** nel lavoro con l'utente immigrato? (indicare le 3 più rilevanti)*

Figura 2.19 – Conoscenze utili



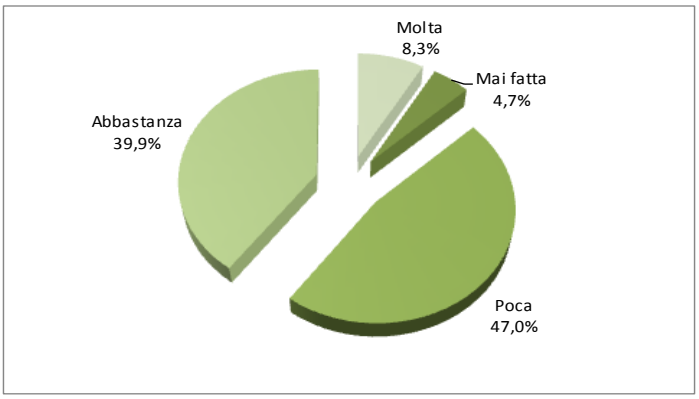
Quanta formazione ha fatto rispetto al tema della costruzione della relazione operatore/utente straniero?

Figura 2.20 – Formazione



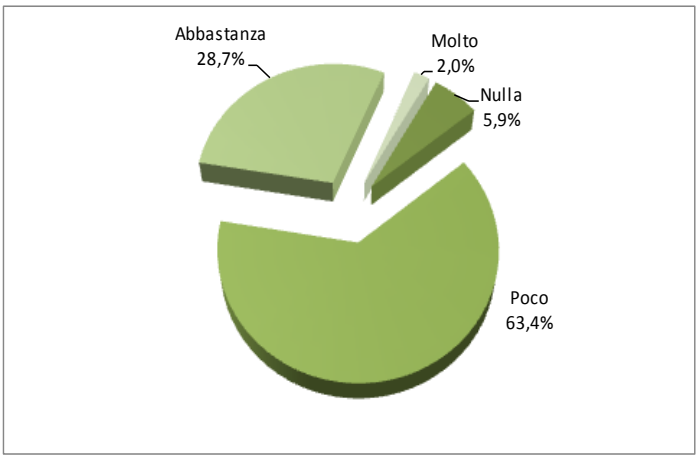
Quanta formazione ha fatto in ordine alle NCD?

Figura 2.21 – Formazione e NCD



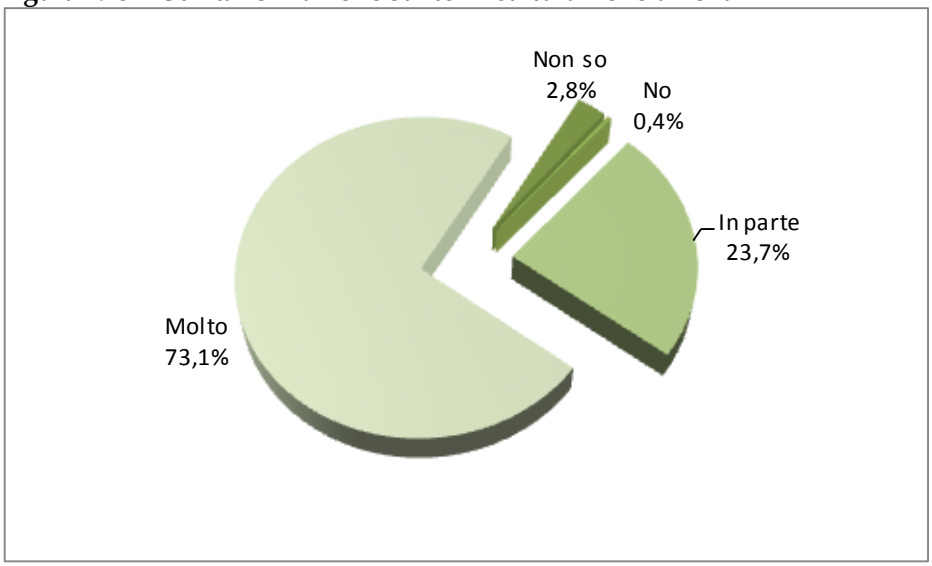
Quanto ritiene di sapere sulle NCD?

Figura 2.22 – Conoscenza NCD



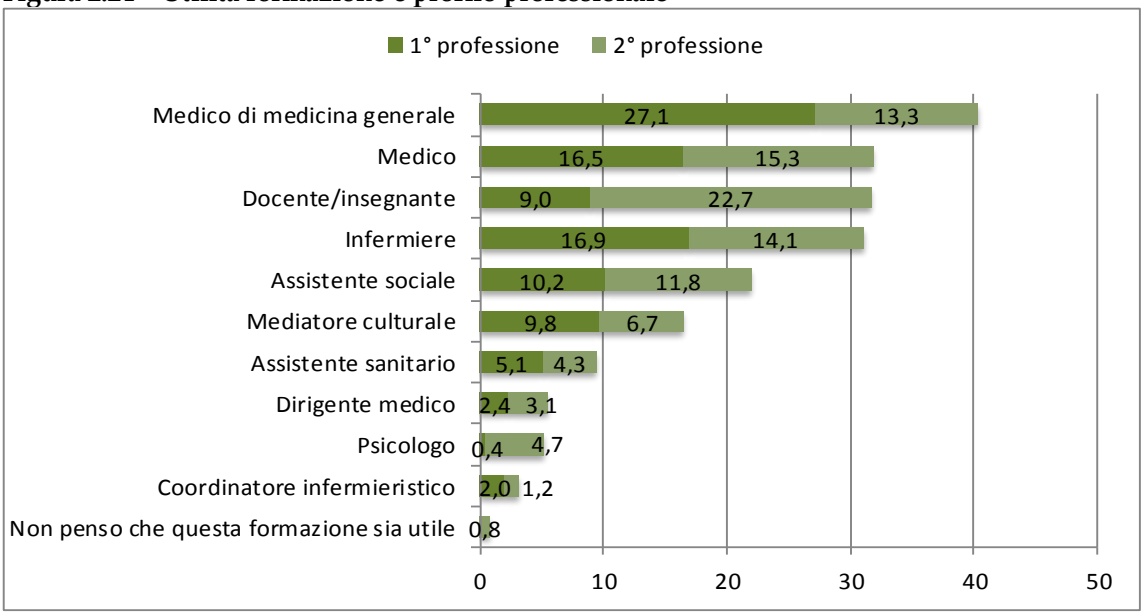
Pensa che sia utile progettare una formazione specifica sui temi culturali/relazionali per facilitare il rapporto con le persone che provengono da altri paesi?

Figura 2.23 – Utilità formazione sui temi culturali e relazionali



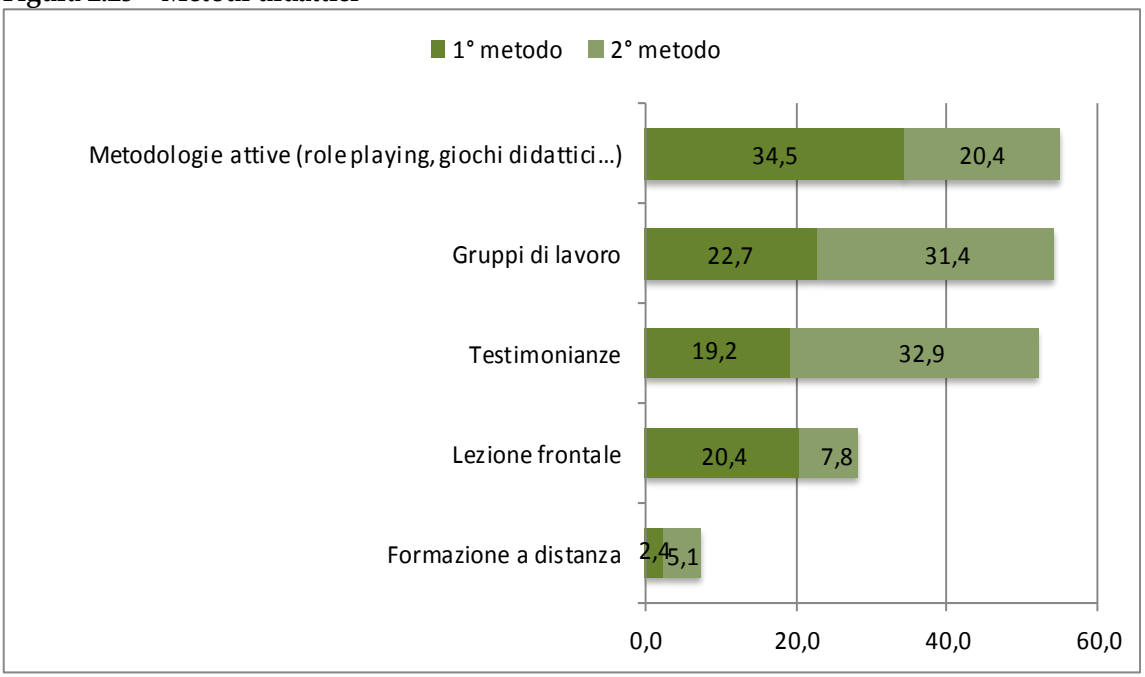
In particolare, per quale categoria professionale pensa sia più utile una formazione di questo tipo (indicare le prime 2)

Figura 2.24 – Utilità formazione e profilo professionale



Quali dei seguenti metodi didattici pensa siano più utili per una formazione specifica sui temi culturali/relazionali rispetto agli utenti migranti? (indicare le prime 2)

Figura 2.25 – Metodi didattici



La formazione degli operatori è un tema complesso che avrà nel report una sezione apposita. Qui ci limitiamo a sottolineare alcune evidenze di ricerca utili all'implementazione di un progetto formativo ad hoc.

Come evidenziato nella fase qualitativa, il vero problema delle attività formative in campo sanitario non sembra essere la qualità della formazione in sé, quanto la sua corretta trasferibilità fuori dall'aula di formazione. Rispetto alle conoscenze specifiche sugli utenti migranti e sulle NCD, una metà del campione ritiene di essere stato formato in passato in maniera esaustiva, mentre un'altra metà sostiene di non essere ancora sufficientemente formato. Nel contempo, la quasi totalità del campione ritiene utile pensare a una formazione specifica sui temi oggetto di indagine. Questa "bulimia" formativa può essere frutto di tre aspetti:

1. da una parte, nonostante venga fatta molta formazione, forse ci sono ancora degli aspetti che non sono trattati con sufficiente cura (ad esempio, come evidenziato dal campione, gli aspetti legati alle differenze culturali o gli aspetti che rientrano nella sfera delle competenze psico-sociali).
2. dall'altra, è importante che gli interventi formativi prevedano una fase di follow up degli apprendimenti, un ritorno in aula che permetta gli operatori di confrontarsi rispetto a quanto appreso dopo aver nuovamente agito sul campo.
3. per ultimo, è importante una riflessione rispetto alle metodologie d'aula utilizzate. Il campione considerato ritiene che lavori di gruppo e metodologie attive siano il modo più efficace per affrontare questi temi, visto che l'apprendimento non può e non deve essere un apprendimento esclusivamente cognitivo, ma soprattutto emotivo/comportamentale.

CAPITOLO 3
INTERVISTE AI MIGRANTI

3.1 NCD: famiglie immigrate e stili di vita

La seconda parte dell'indagine field qualitativa è stata orientata all'approfondimento della conoscenza degli stili di vita di alcune famiglie straniere avente l'obiettivo di soffermarsi sui temi oggetto della ricerca.

Si è deciso di ascoltare la voce delle famiglie per una presa di coscienza e verifica del livello di conoscenza, consapevolezza, sensibilizzazione e orientamento che appartiene alle famiglie migranti residenti in Lombardia in ordine alle NCD.

Tale fase di ricerca è da considerarsi esplorativa, non rappresentativa di quella che può essere la situazione delle famiglie straniere in ordine a tale tema. La volontà è stata quella di raccogliere 5 testimonianze di vita familiare in ordine alla consapevolezza ed eventualmente all'azione positiva in termini di prevenzione e cura delle NCD.

L'interesse su tale aspetto nasce anche dal fatto che tali malattie sono strettamente correlate a stili di vita ed abitudini dove quindi l'azione positiva è fondamentale rispetto alla prevenzione ed eventuale cura. Azione positiva che vede nell'ambito familiare il primo importante luogo di socializzazione e di condivisione delle "buone pratiche" per una "buona salute".

Corpo, salute, malattia, alimentazione, cura, ecc. sono tutti aspetti e realtà certamente culturalmente connotate nel loro valore simbolico e non solo, nella loro conoscenza in termini di saperi e nella loro espressione quotidiana in ordine ai comportamenti considerati scorretti o al contrario raccomandati in talune circostanze.

La famiglia in tal senso è il luogo del possibile cambiamento, anche culturale, in ordine a una maggiore consapevolezza di corretti stili di vita, dove la bontà è rintracciabile nel mantenimento della salute e del benessere. Proprio per questo però, le famiglie sono anche il contesto di trasmissione di abitudini e comportamenti errati, o perlomeno non adeguati.

La significatività della famiglia, la centralità odierna del benessere psicologico e fisico dei suoi componenti di prima e di seconda generazione, e delle successive, richiedono interventi atti a fornire ai componenti la famiglia quelle informazioni, competenze, abilità e strumenti che possano aiutarli per una positiva risposta alle NCD.

3.1.1.Metodologia di intervista

La metodologia scelta è stata quella di una intervista semi-strutturata; a tutti gli intervistati è stata fornita una descrizione del progetto e ne sono state illustrate le finalità. L'attenzione è stata focalizzata sulla conoscenza delle NCD e sullo stile di vita familiare in ordine ad aspetti quali alimentazione, attività fisica, controlli medici.

Come modalità narrativa, si è scelto di trattare diversi argomenti ritenuti fondamentali riguardo al vissuto in Italia, lasciando il più possibile liberi i testimoni di

narrare il proprio percorso di vita lasciando a loro la possibilità di parlare liberamente. L'incontro con le famiglie è avvenuto nella loro abitazione.

I temi prioritari affrontati nelle interviste sono stati i seguenti:

- Famiglia (qui/là)
- Migrazione
- Salute, malattia
- Conoscenza delle NCD
- Alimentazione, alcol, attività fisica, ecc.
- Reti e relazioni comunicative e di aiuto

3.1.2. Le famiglie intervistate:

Si è cercato un campione il più possibile eterogeneo rispetto alla nazionalità di origine, le famiglie individuate sono state informate circa il progetto e le sue finalità, e sono stati quindi intervistati i suoi componenti maggiorenni, per raccogliere la loro esperienza.

Famiglia 1:

4 componenti, moglie, marito, 2 figli maschi di 4 e 6 anni entrambi nati in Italia. Nazionalità indiana. Religione indù.

Famiglia 2:

3 componenti, moglie, marito, 1 figlio maschio di 11 anni nato in Italia. Nazionalità cinese. Religione buddista.

Famiglia 3:

4 componenti, moglie, marito, 2 figli, un maschio di 14 anni e una femmina di 17 anni. I figli sono nati in Egitto. Nazionalità egiziana. Religione musulmana.

Famiglia 4:

5 componenti, moglie, marito, 3 figli, un maschio di 17 anni; un maschio di 14 anni; una femmina di 11 anni. I primi due figli nati in Ghana, la terza in Italia. Nazionalità ghanese. Cittadinanza italiana. Religione cattolica.

Famiglia 5:

3 componenti, moglie, marito, 1 figlio maschio. Il figlio è nato in Italia. Nazionalità filippina. Religione cattolica.

3.2 Esiti delle interviste

Famiglia 1:

4 componenti, moglie, marito, 2 figli maschi di 4 e 6 anni entrambi nati in Italia. Nazionalità indiana. Religione indù.

La fam. 1 residente nella campagna cremonese è in Italia da 8 anni. Moglie e marito sono arrivati insieme dall'India, appena dopo il matrimonio. L'arrivo in tale contesto territoriale non è stato casuale ma la scelta del luogo è dipesa dalla presenza su tale territorio di una delle più importanti comunità indiane presenti in Italia.

Nello specifico gli indiani residenti in provincia di Cremona sono oggi circa ottomila, di cui la metà professa la religione sikh, a Pessina Cremonese sorge il Gurdwara più grande d'Italia, luogo di culto sikh dove si svolgono sia funzioni religiose che riunioni di fedeli. (L'India è un paese molto diversificato in ordine non solo alla sua composizione etnica ma anche alla religione. La grande maggioranza della popolazione è induista -attorno all'80%-, a seguire musulmani, cristiani, sikh, buddisti, giainisti e zoroastriani.) Sono integrati soprattutto per la loro fama di "grandi e capaci lavoratori" e svolgono attività prevalentemente in agricoltura e nella zootecnia.

Seppur con usanze e tradizioni molto diverse da quelle locali, la cultura del lavoro ha per loro rappresentato il migliore strumento di integrazione. All'arrivo la coppia si è subito inserita, prima ancora che nel contesto italiano, nel contesto della comunità di connazionali presenti sul territorio con la volontà di riuscire non solo a mantenere ma anche a vivere quella che è la tradizione culturale e religiosa d'origine in ambito familiare e comunitario. Poco dopo il loro arrivo in Italia e la sistemazione lavorativa del marito coma lavoratore agricolo, lei casalinga, nasce il primo e poi il secondo figlio.

La presenza dei figli, come per tutte le famiglie straniere, determina e favorisce quelli che sono i contatti con i servizi e le strutture territoriali, in particolare sanità e scuola. Ciò che marito e moglie evidenziano è l'importanza rispetto al "come si trovano", dell' essere arrivati in un territorio dove già da anni le strutture erano abituate al contatto con persone "dalle loro caratteristiche": straniere, indiane, sikh. A loro dire la presenza della comunità non solo li ha aiutati nel ritrovare "un pezzo di casa qui" ma anche nella relazione con i servizi. Non sono mancati inizialmente difficoltà linguistiche e di orientamento che avevano però messo in conto. E' nel

trattare l'argomento salute/ malattia e stile di vita che emerge in maniera molto netta l'appartenenza culturale e religiosa e la volontà di viverla anche nel nuovo contesto.

I sikh sono in grande maggioranza vegetariani, nonostante la loro possibilità di mangiare carne. Che non deve però essere abbattuta secondo le regole ebraiche e musulmane, ritenute crudeli. La religione sikh disapprova l'uso di droghe, di alcol e del tabacco. Di per sé quindi il mantenimento delle proprie tradizioni e abitudini alimentari alle quali sono particolarmente legati anche perché prescrizioni religiose, vanno a costituire una buona base di partenza per l'adozione di comportamenti a favore di salute e benessere. Rispetto alle NCD non vi è una particolare conoscenza e la coppia dice di non avere mai incontrato messaggi – volantini, comunicazioni, ecc. – specifici a riguardo. Dimostrano interesse a capirne di più.."anche perché in Italia i sikh rischiano di ammalarsi per il troppo lavoro, molte ore, poca paga e condizioni non ideali."Si rileva che se non tutto, molto per loro passa dalla comunità, dal tempio e dalla scuola (quest'anno il figlio ha fatto la prima elementare) e sono queste le tre realtà che vedono come attivabili per far conoscere percorsi di informazione a riguardo.

Nota: in casa la lingua parlata è il punjabi, il marito parla discretamente l'italiano, la moglie in maniera appena sufficiente, in tale caso, una comunicazione – informazione, prevenzione - dovrebbe rispondere alla necessità linguistica.

Famiglia 2:

3 componenti, moglie, marito, 1 figlio maschio di 11 anni nato in Perù. Nazionalità peruviana. Religione cattolica.

La fam. 2 ha un percorso di migrazione articolato, 8 anni fa ad arrivare è la mamma, raggiunta, grazie ad un percorso di ricongiungimento familiare, dal figlio all'età di 7 anni, ultimo, il padre, in Italia da soli due anni. La mamma oggi parla bene l'italiano ed è ben integrata (così si descrive e dichiara), lavora come domestica, il padre fa lavori saltuari, aiuta a fare traslochi, a volte fa l'autista di furgoncini. Il figlio ha finito quest'anno le scuole elementari a Milano, città dove vivono. Lei parla molto bene l'italiano, lui meno, il figlio sembra parlarlo bene e, mi dicono i genitori, preferirlo oggi allo spagnolo e al quechua, lingua nativa oggi parlata in alcune zone del Perù , tra queste quella di provenienza del nucleo familiare, importante eredità del passato inca.

Si evidenziano le difficoltà del ricomporre la famiglia a tappe e in un'arco di tempo piuttosto ampio e nella narrazione emerge la fatica dei singoli componenti a ricostruire uno stile di vita familiare anche nei più semplici comportamenti del quotidiano. "A un certo punto quello che piaceva e voleva mangiare mio marito non piaceva e non era quello che voleva mio figlio – il marito piatti peruviani, il figlio piatti italiani. Ora lui (il marito) è arrivato da quasi due anni e stiamo trovando un equilibrio, ma come per il cibo per tante cose non è stato facile!. D'altronde qui non è possibile mangiare come là, io devo lavorare non ho tanto tempo da dedicare alla cucina, non si trovano tutte le cose di là, anche il clima è diverso…e poi mio figlio andando a scuola ha cambiato i gusti". Rispetto alle NCD risultano avere una conoscenza di massima delle malattie cardio-vascolari, del diabete e del cancro. In casa stanno bene ma hanno sia familiari che amici in Italia e in Perù che ne soffrono (in particolare il riferimento è ad una cugina alla quale hanno diagnosticato un tumore). Il tema più interessante è stato quello dei fattori di rischio. A parte il tema dell'alimentazione, dove si riscontra che la famiglia ha abitudine a consumare spesso pasti fuori (fast food) anche non insieme, visto gli orari del lavoro della signora che tre volte la settimana si ferma la notte presso la signora da cui lavora e l'abitudine del figlio e del padre di stare "molto fuori casa" , il problema sul quale l'attenzione si sofferma è quello dell'uso/abuso di alcol.

Il fenomeno dell'abuso alcolico è oggi uno dei drammi della migrazione. Nella lettura del fenomeno non si devono sottovalutare le condizioni psicologiche e la vulnerabilità psichica che, di fronte alle difficoltà del passaggio e insediamento migratorio, possono indurre le persone ad abusare di sostanze e in particolare di alcol anche perché le ragioni di tale abuso sono sempre multifattoriali, comprendendo fattori biologici, psichici, sociali e culturali spesso strettamente interconnessi e correlati tra loro. Diverse le motivazioni che vanno a giustificare il consumo di alcol in Italia da parte della popolazione peruviana. Queste le parole della donna "si beve per dimenticare la difficoltà della migrazione, si beve per stare insieme, ma poi si esagera e quando lo si fa spesso diventa un'abitudine, si beve perché si è soli e non considerati, non si è felici, i giovani bevono per dimostrarsi grandi". Ciò che è certo è che a un certo punto la persona si misura sul progetto, su ciò che ha guadagnato e su ciò che ha perso lungo il percorso migratorio a livello, familiare, sociale e professionale. E spesso il conto non è positivo. L'abuso di alcol viene riferito soprattutto per gli uomini, le cui motivazioni appaiono strettamente connesse alle condizioni di vita, in particolare lavorative e di ruolo in famiglia e nella società in cui si trovano, mentre le donne si avvicinerebbero al bere perché tristi, isolate, con storie familiari non ideali. Entrambi, marito e moglie dichiarano, su domanda diretta di riconoscere il valore di un progetto di sensibilizzazione sulle conseguenze di tale abuso, così come dell'importanza di un regime alimentare sano. Non hanno mai letto nulla a riguardo nei servizi, né in altri luoghi e non si ricordano né nel paese di origine né in Italia alcun tipo di comunicazione legata ai "corretti stili di vita" né alle malattie non trasmissibili. Come veicoli della comunicazione vedrebbero le scuole, ma anche volantini nei parchi, la pubblicità nelle metropolitane e sui mezzi pubblici, spot in tv.

Nota: in casa parlano l'italiano anche per la preferenza dimostrata dal figlio e l'esigenza che il marito impari meglio la lingua, in ordine alla comunicazione il tema centrale sarebbe quello dell'importanza di adottare nel quotidiano comportamenti di salute soprattutto in ordine ai consumi quotidiani (cibo, alcol, movimento)

Famiglia 3:
4 componenti, moglie, marito, 2 figli, un maschio di 14 anni e una femmina di 17 anni. I figli sono nati in Egitto. Nazionalità egiziana. Religione musulmana.

La biografia della migrazione familiare segna l'arrivo del padre 12 anni fa e a seguire, circa due anni dopo l'arrivo di moglie e figli, nati entrambi in Egitto. Sono l'esempio di una migrazione riuscita da un punto di vista lavorativo/economico, il padre con un cugino gestisce due ristoranti-pizzeria nella zona sud di Milano.

La difficoltà fin dall'inizio, a detta del padre, è stata quella di riuscire ad educare i nostri figli e di farli "crescere bene" a Milano. La centralità dell'argomento educazione dei figli è anche correlata al fatto che i due figli sono oggi adolescenti, tanto è vero che sollecitati sui temi dell'alcol, del consumo di tabacco, dell'alimentazione, dell'uso di sostanze, ecc. le risposte della coppia fanno sempre riferimento al problema pensato per i giovani, e mai su di loro o i loro coetanei. "Per i giovani qui credo ci sia un problema, chi è arrivato qui con tanta fatica non può che dedicarsi al lavoro e impegnarsi, non cade in queste cose, il rischio è per i giovani". Vivere correttamente, vivere cioè secondo uno stile di vita che abbia al centro valori (anche in ordine a ciò che fa bene e ciò che fa male alla salute) agli occhi di questa famiglia non sembra facile. "Noi siamo musulmani e fortunatamente abbiamo tante regole che ci aiutano".

Le prescrizioni e i divieti alimentari accompagnano l'individuo anche nella migrazione essendo strettamente correlati non solo con un territorio e uno spazio, ma con un'identità culturale e religiosa. Pertanto il divieto della carne di maiale, del consumo di carne non halal e il consumo di bevande alcoliche, in uno con il principio della moderazione sono punti di riferimento anche per le famiglie egiziane in terra di emigrazione. "L'imam del centro che frequentiamo e dove i nostri figli hanno studiato un po' di arabo parla di queste difficoltà a fare crescere bene i figli qui….anche rispetto alle malattie che ci diceva ho proprio sentito parlare per la prima volta di diabete proprio lì perché davano delle indicazioni per il Ramadan e se non ho capito male, forse qualche servizio della salute si sta interessando nello specifico ai musulmani che hanno questo problema".

Altre comunicazioni non le hanno viste, qualche volta delle "comunicazioni e avvisi sul cibo arrivano dalla scuola, noi vogliamo solo che si rispetti la nostra regola per i nostri figli nelle scuole". Il fatto di avere dei ristoranti ha fatto loro avvicinare molto alla cucina italiana non venendo però meno il rispetto delle regole religiose in ordine ai divieti, alla macellazione e all'alcol.

Ritengono interessante sapere qualcosa di più su come si possono prevenire certe malattie.

Nb: tutti in famiglia parlano e comprendono bene l'italiano, pensando a una campagna informativa e di prevenzione, il problema di comunicazione non sarebbe linguistico ma relativo all'inserimento di concetti ed esempi che possano essere utili in relazione ad alcune pratiche culturali e religiose (vedi diabete-ramadan)

Famiglia 4:

5 componenti, moglie, marito, 3 figli, un maschio di 17 anni; un maschio di 14 anni; una femmina di 11 anni. I primi due figli nati in Ghana, la terza in Italia. Nazionalità ghanese. Cittadinanza italiana. Religione cattolica.

Questa famiglia, residente e incontrata a Brescia, si è ricomposta in Italia dopo un percorso di ricongiungimento, sono qui da tanto tempo, circa 13 anni e il nucleo ha da poco anche la cittadinanza italiana. Il primo ad arrivare è stato il padre e poi la moglie e i due figli nati in Ghana. Il loro percorso di inserimento è stato facilitato da un prete e dalla catena migratoria che fa si che Brescia sia un territorio privilegiato per la comunità ghanese, oggi significativa nella città e provincia bresciana.

Inseriti lavorativamente, sia la madre che il padre; inseriti socialmente, scuola, oratorio, i figli. La famiglia (a partire dall'arredamento della casa, luogo dell'intervista) mantiene fortemente vivi alcuni aspetti della tradizione e delle abitudini del paese d'origine. In particolare parlando della vita di famiglia la madre sottolinea quanto è importante per loro che i figli rispettino i valori che a loro volta sono stati insegnati a loro, quali "educazione, rispetto per gli anziani e i genitori, aiuto tra fratelli".

La loro narrazione riporta sempre a una vita di comunità e, alla domanda diretta di che tipo di condivisione nel quotidiano c'è con gli italiani, la risposta evidenzia una divisione di ambiti, "noi ci troviamo bene, lavoriamo in due cooperative dove ci sono sia stranieri sia italiani ma quando non lavoriamo generalmente siamo tra di noi, siamo in tanti qui, anche molti cugini e parenti…ogni tanto a casa viene qualche amico italiano dei figli…siamo sempre in tanti a tavola, c'è sempre qualcuno con noi….non andiamo mai come famiglia al ristorante..neanche MCDonald, se usciamo andiamo a

casa di altri amici e parenti del Ghana e ogni tanto organizziamo delle feste di comunità nella Chiesa e mangiamo tutti lì..cibo? …i nostri piatti che piacciono a tutti".

Delicato il tema della salute/malattia. Emerge molto il piano culturale, delle credenze e delle pratiche. Non è facile parlarne, vi è riconoscimento del fatto che la medicina in Italia è buona (anche perché "gratis") ma su tutto il resto la conversazione tende subito a finire. D'altronde l'aspetto e la consapevolezza della cronicità, così come quello del senso e del perché della malattia, sono due aspetti che fanno riferimento a un mondo culturale e religioso altro e a categorie mentali molto differenti. A grandi linee l'esistenza di queste malattie (non trasmissibili) è da loro conosciuta, ma sulla prevenzione e sulle cure nulla. E' da ricordare che nella cultura di origine, ancora molto di riferimento per l'intero nucleo, una persona sovrappeso, se non obesa, può essere l'emblema della salute, del benessere, della fecondità.

Nb. La famiglia parla e comprende bene l'italiano. Una campagna di comunicazione dovrebbe essere in grado di toccare il tema della cronicità e della prevenzione, riuscendo a lavorare su un percorso di adattamento/negoziazione tra le concezioni di salute/malattia del modello di riferimento di origine e il concetto di salute/malattia del contesto di integrazione.

Famiglia 5:

3 componenti, moglie, marito, 1 figlio maschio di 6 anni. Il figlio è nato in Italia. Nazionalità filippina. Religione cattolica.

La coppia si è conosciuta e sposata in Italia. Luogo di incontro Milano, dove la comunità filippina è significativa non solo per una questione di presenze ma per la sua capacità aggregativa e di attivazione comunitaria. Forse perché giovani (e perché hanno studiato entrambi in Italia) o perché diventati famiglia in Italia sono, tra le coppie incontrate, quella in cui meglio si evidenzia la presenza nelle abitudini del quotidiano familiare di un doppio riferimento culturale – filippino/italiano. Il cibo, le frequentazioni, le scelte in futuro per il figlio, dimostrano un'apertura con radici, la compresenza di due mondi di riferimento, integrati con consapevolezza e coerenza.

Il tema salute/malattia è trattato con serenità, interessante il racconto della loro esperienza di aiuto tra connazionali rispetto ai bisogni del quotidiano dei malati. Per ciò che riguarda le malattie non trasmissibili, queste ultime sono da loro conosciute sia in termini di problematiche sia in termini di possibili buoni comportamenti. Emerge come la comunità sia non solo ambito di socializzazione, svago, mutuo aiuto e condivisione di appartenenze (prima di tutto quella religiosa) ma anche luogo di comunicazione "tanti filippini e filippine sono infermieri, oss o badanti, o vivono come aiuto domestico nelle case di italiani dove ci sono anziani, la realtà delle cure e di ciò che è bene fare per la salute è da queste persone conosciuta e a volte ne parliamo".

Colgono con interesse l'idea di progetti di prevenzione rivolti alla comunità, ma anche a italiani e stranieri di altra provenienza.

La comunità sembra giocare un importante ruolo anche per il sostegno del disagio e quindi "tra di noi ci sono pochi problemi di alcol e droghe e altro, tante attività si organizzano per i giovani proprio per dare loro una proposta positiva".

NB. La coppia comunica e comprende molto bene l'italiano, l'intervista rinforza l'importanza del coinvolgimento e dell'attivazione delle comunità e delle associazioni straniere in percorsi e progetti di sensibilizzazione e di prevenzione.

3.3 Suggerimenti e valutazioni emerse

Dalle interviste emerge come a tutt'oggi non sono state ancora attuate opportune politiche di educazione sanitaria atte ad informare esaurientemente gli immigrati sulle conseguenze date da obesità, abuso di alcolici, sedentarietà, alimentazione non corretta, sulle malattie non trasmissibili, sulla loro prevenzione e cura.

Al contempo si registra un desiderio da parte delle persone intervistate di acquisire informazioni per la promozione della propria salute e il mantenimento di una situazione di benessere.

La testimonianza di alcune famiglie evidenzia una mancanza di familiarità con le risorse per la salute/benessere presenti nel territorio.

Di particolare interesse il potenziale ruolo riconosciuto dagli intervistati alla comunità etnica e religiosa – luoghi di ritrovo, luoghi di culto, media etnici – quali luoghi di promozione di campagne di prevenzione, sensibilizzazione se non di vera a propria educazione sanitaria.

Nello specifico:

- *l' importanza di un' azione di educazione sanitaria alla prevenzione*

Se le persone straniere non aderiscono ai programmi di medicina preventiva ciò dipende essenzialmente dal fatto che non sanno di cosa di tratti.

C'è una grande disponibilità ad acquisire abitudini utili per la protezione della salute.

- *l 'importanza del confronto sulla categoria mentale "malattia cronica"*

Necessità di verificare sempre l'esistenza o meno della categoria mentale "malattia cronica". A volte sentirsi dire che le cose vanno bene può significare solo che si è guariti, non che si è in equilibrio terapeutico. E questa convinzione comporta delle conseguenze in ordine al mantenimento come all'adozione di comportamenti orientati alla salute. Emerge la necessità di soffermarsi sulla spiegazione del che cosa è una malattia cronica e che cosa è una malattia curabile ma non guaribile.

- *la condizione di rischio specifica del migrante*

Emerge chiaramente dalle interviste la presenza tra gli immigrati di indicatori di rischio specifici in relazione ai fattori di rischio individuati delle NCD: sociali (emarginazione), economici (disoccupazione, basso reddito o frustrazioni lavorative, impossibilità di assentarsi dal lavoro per controlli medici), familiari (solitudine) e culturali (inadeguatezza nel nuovo contesto dei comportamenti e delle abitudine legate allo stile di vita del paese di origine, così come di alcune credenze).

- *l'importanza, ai fini della ideazione e realizzazione di campagne informative sulla prevenzione e cura delle NCd della considerazione degli aspetti culturali, delle specifiche religiose e delle abitudini della persona e della comunità straniera.*

Il modello di percezione e gestione della salute – come la persona percepisce la propria salute, quindi i comportamenti della persona nei confronti della salute, l'influenza di queste sulle sue attività, e lo stato di salute in rapporto alla formulazione di piani per il futuro. Il modello di alimentazione della persona – abitudini alimentari, preferenze. Il modello di attività ed esercizio fisico. Tali piani in riferimento alla cultura, alle credenze e alle abitudini degli individui.

3.4. Il parere dei migranti coinvolti nella fase di analisi neuroscientifica

Le precedenti interviste qualitative sono state integrate con una specifica fase di indagine qualitativa svolta con il coinvolgimento dei soggetti migranti coinvolti nella fase di indagine neuroscientifica che descriveremo più avanti.
I soggetti coinvolti in tale indagine sono circa 40 (16 in una prima fase di test reale e 24 in una successiva fase di post test di verifica). Al campione (cittadini migranti di prima e seconda generazioni) che ha effettuato i test neuro scientifici presso il Brain Lab IULM, sono state effettuate delle interviste (anonime) per verificare il grado di percezione, valutazione e utilizzo del servizio sanitario nazionale e come si pone nei confronti delle NCD rispetto alla prevenzione, informazione e cura.
Al fine di raccogliere le esperienze dei migranti:

1. è stata realizzata la traccia dell'intervista semi-strutturata, della durata di circa 20 minuti ed è stata somministrata in modalità face-to-face.
2. è stata realizzata una griglia di lettura per l'analisi delle interviste, per poter rileggere tutte le interviste in base alla medesima chiave di lettura interpretativa;

Le interviste sono state condotte nel periodo maggio-giugno 2014 da diversi intervistatori addestrati appositamente per l'impegno in questione e sono state rielaborate da uno degli intervistatori con la collaborazione di un team di lavoro interdisciplinare.

Gli obbiettivi tematici e i risultati delle interviste sono di seguito riportati:

ESPERIENZA PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

È stato prima di tutto chiesto all'intervistato se gli fosse stato assegnato un medico del servizio sanitario. La maggior parte afferma di avere un medico, di andarci raramente, soprattutto in caso di eventi che non si risolvono attraverso l'automedicazione. La maggioranza inoltre si ritiene soddisfatta del proprio medico dal punto di vista professionale e personale, qualcuno (3) si lamenta della relazione personale che non sempre lo soddisfa. Allo stesso modo si considerano soddisfatti coloro (una minoranza) che sono dovuti ricorrere al servizio ospedaliero.

Non si rilevano particolari problemi rispetto ai servizi offerti e fruiti del sistema sanitario nazionale dal punto di vista burocratico, comunicativo/linguistico/culturale. Il campione era composto da persone che conoscono l'italiano, quindi i documenti forniti dal medico, e le conversazioni con il personale sanitario sono risultate in genere gestite facilmente. Una minoranza dei soggetti ascoltati riporta di aver avuto problemi di comunicazione al loro arrivo in Italia e che in particolari casi fortunati hanno incontrato medici che parlavano lingue per loro più facilmente comprensibili dell'italiano, come inglese, francese, spagnolo. Rispetto alle prime generazioni il problema linguistico permane soprattutto se all'arrivo i nuovi migranti non si ricongiungono con familiari o amici. L'ospedale è percepito da tutti in modo positivo, alcuni non si sono mai serviti del servizio, e chi lo ha fatto lo attribuisce prevalentemente a problemi minori o semplici traumi/fatture. Data l'età relativamente bassa dei soggetti intervistati non si rilevano ricoveri per patologie gravi o legate alle NCD.

STILI DI COMUNICAZIONE, MIGRANTI E NCD

La comunicazione con il medico e il rapporto che si instaura sono elementi fondamentali per il successo della terapia. Molti riferiscono che il medico deve essere un amico, una persona con cui ci sente a proprio agio, ma altrettanti pongono come prerogativa irrinunciabile la professionalità. Gli aggettivi più utilizzati per descrivere la comunicazione con gli operatori sanitari sono: calda, amichevole, chiara, professionale.

NCD

Dalle interviste svolte si rileva che gli intervistati sono a conoscenza di cosa siano il diabete, le malattie cerebro-vascolari, il cancro, le malattie respiratorie e le malattie cardiovascolari, anche se non conoscono l'espressione "malattie non trasmissibili" o "non-communicable diseases". La maggior parte non soffre di queste malattie e riferisce in rari casi di avere avuto amici o parenti affetti da tali malattie, che risiedono spesso nei paesi di provenienza. Oppure si tratta di genitori o amici di età oltre i 50 che sono stati curati in Italia, tutti si dichiarano soddisfatti del trattamento sanitario ricevuto.

Tuttavia si riscontra una scarsa considerazione nei confronti delle malattie non trasmissibili e del rischio delle complicanze croniche di tali malattie. Le persone ne hanno sentito parlare, ma ridotta è la loro reale conoscenza, così come la conoscenza delle problematiche associate a sovrappeso, obesità, abuso di alcol, cattiva alimentazione. Emerge anche che l'aspetto della cronicità sia di difficile comprensione.

FATTORI DI RISCHIO

Rispetto ai fattori di rischio che portano a contrarre queste malattie vengono individuati principalmente l'eccessivo utilizzo di tabacco e il consumo eccesivo di alcol. Gli altri, insufficiente attività fisica, poco movimento; abitudini alimentari sbagliate; pressione alta; sovrappeso e obesità; fattori ambientali (lavorare in luoghi malsani a contatto con sostanze/materiali pericolosi), vengono meno citati. In particolari molti non associano pericoli particolari al cibo se non nel caso sia avariato e riferiscono come ulteriore fattore di rischio le "droghe" in generale. Emerge occasionalmente che i "cibi grassi" possono essere dannosi, anche se non viene specificato quali grassi siano pericolosi, se i saturi o gli insaturi. Lo zucchero e il sale non sono segnalati da nessuno come sostanze da usare con moderazione. Va detto che i

migranti che risiedono in Italia appartengono principalmente alla fascia di età 15-49, e così anche i nostri intervistati, che difficilmente sono già portatori delle patologie legate ai fattori di rischio NCD.

PREVENZIONE NCD

La prevenzione non viene fatta, soprattutto nessuno parla di screening effettuati o di avere intenzione di effettuarne e di effettivi stili di vita volti a contrastare le potenziali patologie. Generici comportamenti di prevenzione riferiti andrebbero approfonditi per una valutazione del loro essere effettivamente comportamenti di salute: andrebbe meglio indagato il significato di "mangiare meno", "mangiare sano", "mangiare bene", " fare un po' di attività fisica", ecc..

Sulle attività di sensibilizzazioni non ci sono trend dominanti che emergono dalle risposte degli intervistati, a parte una certa tendenza a citare la televisione, i mass media e la famiglia come luogo fondamentale per l'educazione ad una vita sana, e poi vengono suggeriti: incontri con le comunità sul territorio; strutture mobili itineranti sul territorio; attività di prevenzione nei luoghi di lavoro; attività di prevenzione nelle scuole; stampa di materiale illustrativo (brochure, volantini); produzione di video; iniziative su internet, siti internet, social network.

PARTE 3

KIT DI COMUNICAZIONE

CAPITOLO 1
RACCOLTA E ANALISI DEL MATERIALE AUDIOVISIVO PRODOTTO ALL'ESTERO SULLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI (NCD)

1.1 Introduzione

Il tema delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (NCD) è complesso e variegato, caratteristica che si riscontra anche nella produzione audiovisiva internazionale. Si possono distinguere due macro approcci: da un lato vi sono tutti quei materiali che affrontano il tema delle NCD nella loro integrità e complessità e dall'altro quelli che focalizzano l'attenzione su specifiche patologie o particolari stili di vita che ne favoriscono l'insorgenza.

Anche dal punto di vista del formato, si riscontra un'elevata varietà: dagli spot brevi, pensati per essere inseriti all'interno di specifiche campagne di sensibilizzazione ed educazione, ai reportage o documentari che il cui obiettivo primario non è solitamente la diffusione di comportamenti virtuosi tra i destinatari, bensì informare e generare maggiore attenzione rispetto le Malattie Croniche Non Trasmissibili.

Partendo da tali osservazioni, la seguente analisi si basa su materiali audiovisivi internazionali selezionati in modo da rappresentarne la complessità e articolazione.

1.2 Metodologia

In quest'analisi sono stati presi in considerazione 17 materiali audiovisivi realizzati all'estero sul tema delle Malattie Croniche Non Trasmissibili. Di questi, 11 rappresentano degli spot di breve o media durata focalizzati sulla tematica in generale oppure su specifiche patologie o stili di viti, mentre 6 rappresentano dei materiali informativi, assimilabili a reportage o documentari. Tutti i materiali sono stati reperiti sulla piattaforma online YouTube e sono liberamente accessibili.

L'analisi prende in esami diversi aspetti:

- definizione degli ambiti di approfondimento rispetto alla tematica complessiva delle NCD;
- analisi dello stile narrativo;
- identificazione delle leve persuasive utilizzate per il raggiungimento delle soluzioni proposte.

Per l'analisi è stata predisposta una griglia ad hoc atta a identificare le variabili e gli elementi che compongono il singolo messaggio audiovisivo al fine di individuarne lo stile comunicativo, le modalità di presentazione del problema e delle soluzioni e le

dinamiche emotive e razionali elicitate dal messaggio. La griglia di analisi è stata realizzata sulla base delle precedenti esperienze di studio sulla comunicazione sociale svolte da chi ha coordinato il gruppo di ricerca IULM e dall'analisi della letteratura. Da quanto rilevato in letteratura (Russo et al., 2007) e da un'indagine già svolta sui temi della comunicazione sociale e tossicodipendenza (Russo, 2010a) e una su comunicazione sociale e disabilità (Russo 2010b, Bustreo et al. 2008) si rileva che la comunicazione sociale si è sempre servita di diversi stili e modalità di comunicazione. Confrontando il modo di comunicare che caratterizza lo stile in altri paesi si riscontra una forte presenza di stili basati sulla comunicazione persuasiva "terrorizzante" ovvero quella comunicazione che si serve di messaggi che fanno ricorso ad immagini di forte impatto emotivo, talvolta disgustose, con lo scopo di sottolineare e di mostrare in modo diretto allo spettatore le conseguenze negative che derivano dall'agire comportamento scorretti. Si tratta di una comunicazione che si serve della paura per creare messaggi persuasivi (*fear arousing appeals*), di cui parleremo più avanti.

Dalle ricerche effettuate risulta in modo del tutto controintuitivo che prospettare conseguenze catastrofiche produce cambiamenti di atteggiamento verso posizioni che consentono di evitare tali conseguenze più lievi rispetto a quanto avviene prospettando sviluppi futuri negativi, ma meno drammatici (Olivero e Russo, 2009, 2013; Russo, 2010). I contesti sociali e culturali incidono sulla capacità delle persone di potere percepire e recepire i messaggi persuasivi caratterizzati dalla paura. In un contesto come quello anglosassone, più pragmatico e con una dimensione culturale meno protettiva di quella italiana, è possibile assistere a messaggi pubblicitari che fanno uso di scene particolarmente cruente e paurose. In un contesto culturale come quello italiano, meno pragmatico e maggiormente caratterizzato da una cultura materna e di supporto, con una significativa influenza cattolica e con una maggiore predisposizione alla "protezione", è più difficile promuovere immagini particolarmente paurose e violente.

Per un'attenta analisi dell'effetto della comunicazione sociale e per comprendere il motivo della scelta della griglia di analisi, come di seguito riportata, è possibile fare un breve confronto tra stili di comunicazione sociale di matrice anglossassone (stranieri) con quella di matrice italiana. In genere nel contesto italiano si rilevano stili meno cruenti e violenti. Non a caso nel nostro contesto culturale si preferisce usare il *testimonial* per sensibilizzare, ossia un personaggio dello sport o dello spettacolo, il quale, nel mostrare il suo impegno contro un particolare comportamento di rischio, è in grado di trasferire allo spot maggiore affidabilità, interesse ed attrazione. Il ricorso alla figura autorevole del testimonial, negli spot stranieri in genere è quasi del tutto assente.

Tra gli spot stranieri, al contrario, si rileva una prevalenza narrativa di persone a rischio in condizioni di grave disagio rispetto a quanto si riscontra in Italia.

Questa scelta è in linea con quanto detto precedentemente, ossia che gli spot stranieri mirano prevalentemente a sensibilizzare il pubblico attraverso il ricorso ad immagini che rappresentano esplicitamente l'atto deviante in tutta la sua tragicità.

Altro elemento interessante nell'analisi degli spot sociali è la voce narrante, gli spot italiani fanno un uso predominante della voce maschile adulta in fuori campo (e in misura minore di una voce femminile adulta e non adulta con la tendenza di affidarsi per lo più ad una voce fuori campo che ha la funzione di spiegare, descrivere e offrire informazioni sul fenomeno. Talvolta anche di raccontare una storia che in genere si conclude con il classico lieto fine. Al contrario negli spot stranieri in genere si rileva la tendenza a non utilizzare voci fuori campo per presentare il problema nella sua crudezza.

Per quanto riguarda gli spot stranieri, dunque, ci sono casi in cui, da un lato, sono le stesse immagini a mettersi in comunicazione con chi guarda, essendo queste molto forti e di notevole impatto emotivo, mentre a volte sono proprio le persone target di riferimento rappresentate nello spot che si rivolgono direttamente allo spettatore. La possibilità di distinguere uno stile di comunicazione (emotivo o cognitivo), di valutare se il messaggio è finalizzato a stimolare certe "corde" affettive o meno, se intende creare identificazione o differenziazione sono solo alcuni interessanti indicatori per la costruzione di una griglia di analisi degli stili di comunicazione sociale adottati in altri contesti e ci permette di avere un quadro di massima di come si caratterizza la comunicazione sociale per la prevenzione delle NCD.

Di seguito viene riportata la griglia di analisi di diversi indicatori di differenziazione della comunicazione sociale con i risultati in forma aggregata, suddivisi tra le due tipologie di materiale audiovisivo individuati.

Tabella 1.1 – Griglia di analisi dei video con i risultati in forma aggregata

DIMENSIONI	Spot	Reportage/ documentari	TOT
OBIETTIVO:			
sensibilizzazione	10	5	**15**
raccolta fondi	0	0	**0**
commerciale	0	0	**0**
appelli al pubblico per assistenza/volontariato	0	0	**0**
informazione	6	5	**11**
RAPPRESENTAZIONE DEL PROBLEMA:			
esplicita	10	4	**14**
implicita, allusiva	1	1	**2**
evocativa	1	2	**3**
CERCARE DI RISOLVERE IL PROBLEMA RAPPRESENTA:			
un obbligo (imposto dall'alto e obbligatorio)	0	0	**0**
un obbligo morale	1	0	**1**
un'opportunità	7	1	**8**
una necessità	4	5	**9**
PRESENTAZIONE DI UNO SCHEMA DEL MONDO:			
esplicita contrapposizione (noi-loro)	0	0	**0**
micro-problema (problema del singolo)	5	2	**7**
macro-problema (problema della comunità)	3	2	**5**
macro-problema (problema mondiale)	3	4	**7**

SOGGETTI			
persone autorevoli (medici, membri di organismi internazionali ecc.)	5	6	**11**
persone affetta da NCD	2	2	**4**
persone guarite da NCD	1	1	**2**
persone potenzialmente a rischio NCD	1	1	**2**
testimonial	0	0	**0**
altri soggetti	6	3	**9**
VOCE NARRANTE:			
maschile adulta	6	2	**8**
femminile adulta	1	2	**3**
maschile non adulta	0	0	**0**
femminile non adulta	0	0	**1**
nessuna	4	1	**5**
solo scritte in sovrimpressione	3	0	**3**
ELEMENTI CARATTERIZZANTI:			
musica	9	3	**12**
colore	2	1	**3**
SOLUZIONE È RAPPRESENTATA:			
sì direttamente	8	2	**10**
sì indirettamente attraverso la rappresentazione di modelli di comportamento	2	3	**5**
no	1	1	**2**
SOLUZIONI PROPOSTE:			
responsabilizzazione diretta	9	1	**10**
responsabilizzazione indiretta	3	0	**3**
spostamento del problema	0	0	**0**
sollecitazione di politiche nazionali o sovranazionali	2	4	**6**
informazione/sensibilizzazione didascalica del problema	3	2	**5**
nessuna	1	1	**1**
PER VALORIZZAZIONE IL CONTRIBUTO DEL SINGOLO SI FA LEVA SU:			
benessere del singolo	9	2	**11**

benessere dell'altro (parenti, comunità, società ecc.)	5	6	**11**
bisogno di appartenenza e riconoscimento	1	0	**1**
rispetto delle regole sociali	1	0	**1**
VANTAGGI PROPOSTI:			
collettivi	5	6	**11**
individuali	8	0	**8**
EMOZIONI CHE LO SPOT SUSCITA NEL FRUITORE:			
paura	4	0	**4**
angoscia	3	2	**5**
sgomento	0	0	**0**
tristezza	5	3	**8**
impotenza	3	1	**4**
senso di colpa	3	1	**4**
speranza	7	5	**12**
consolazione	1	1	**2**
felicità	1	0	**1**
soddisfazione	0	1	**1**
potere	0	0	**0**
senso di giustizia	0	0	**0**
tensione	2	1	**3**
tenerezza	0	0	**0**
affetto	0	0	**0**
ironia	0	0	**0**
allegria	0	1	**1**
simpatia	1	0	**1**
serenità	0	1	**1**
LINGUAGGIO DELLA COMUNICAZIONE:			
sentimentale/commovente/patetico	2	1	**3**
drammatico/violento/scioccante	1	0	**1**
aggressivo/accusatorio/di denuncia	1	0	**1**

rassicurante/gratificante/positivo	0	1	**1**
divertente/umoristico/ironico	1	0	**1**
responsabilizzante/paternalistico/prescrittivo	3	2	**5**
provocatorio/irriverente/trasgressivo	0	0	**0**
informativo/descrittivo/documentaristico	7	5	**12**

Di seguito viene riportata una scheda riassuntiva per ogni materiale video preso in considerazione con l'analisi di quattro dimensioni:

- breve descrizione del contenuto del video;
- individuazione delle NCD trattate;
- breve analisi degli elementi principali dello stile narrativo
- analisi delle modalità persuasive adottate

1.3 Analisi dei materiali video

I materiali video rilevati sul campo e valutati con la precedente griglia rappresentano un interessante punto di partenza per la valutazione di ciò che si è fatto e di ciò che si dovrebbe fare per lo sviluppo di un Kit di comunicazione efficace. Per questo motivo riportiamo di seguito una breve descrizione dei principali spot individuati, lo stile narrativo utilizzato e il riferimento per l'accesso diretto al materiale video.

1.3.1 Spot

Unite in the fight against NCDs (http://youtu.be/-i_3nonEq0E)

LO SPOT – Lo spot affronta il tema delle NCD attraverso l'utilizzo di brevi affermazioni, affiancate e rafforzate da elementi grafici simbolici. Lo spot inizia presentando il problema (3 persone su 5 muoiono ogni anno a causa di Malattie Croniche Non Trasmissibili) ed elencandone le principali patologie. La gravità di tale situazione viene rimarcata evidenziando successivamente l'impatto negativo sull'economia e sui costi per la tutela della salute. Lo spot sottolinea come sia possibile fare qualcosa per contrastare questo fenomeno in quanto si conoscono i principali fattori di rischio (tabacco, abuso di alcol, alimentazione non equilibrata, mancanza di attività fisica) e le soluzioni più efficaci (monitoraggio, prevenzione e cura). E per fare tutto ciò basterebbe un dollaro a persona, all'anno.

Il video si chiude ribadendo che si tratta di un problema globale che quindi richiede un aiuto da parte di istituzioni governative, Nazioni Unite, società civile, settore privato, in quanto solo attraverso la collaborazione si può ridurre l'esposizione ai fattori di rischio, migliorare l'accesso alla sanità e rafforzare il sistema sanitario.

NCD – Vengono trattate in modo generico e nella loro complessità, presentandone le principali cause e descrivendone attraverso i numeri il fenomeno a livello globale.

NARRAZIONE – La narrazione è costituita da una serie di frasi incalzanti che seguono il ritmo della musica ponendo l'accento su alcuni passaggi chiave anche attraverso l'utilizzo di colori diversi. I dati e i fatti vengono presentati attraverso l'adozione di stile comunicativo informativo e descrittivo.
MODALITÀ PERSUASIVA – L'obiettivo dello spot è principalmente quello di informare il destinatario sulla gravità del problema, attraverso un approccio di tipo prevalentemente razionale (non ci sono immagini se non elementi iconici, non vi è una voce narrante ecc.). L'utilizzo della prima persona plurale (*we can prevent this*) cerca di coinvolge direttamente il destinatario ma il successivo spostamento della soluzione verso soggetti terzi quali i governi, i sistemi sanitari nazionali, le Nazioni Unite ecc. rischia di produrre l'effetto opposto di "delega" della responsabilità.

We have a situation: Non-communicable diseases (http://youtu.be/cyWhBob0q0I)

LO SPOT – "*So, we have a situation. NCDs*", così prende il via il filmato. Segue un elenco delle principali Malattie Croniche Non Trasmissibili e degli effetti che queste hanno sulla popolazione, sul benessere globale in particolare sulla perdita della capacità di lavorare da parte delle persone affette da tali patologie. Queste informazioni sono digitate accanto ad alcune semplici immagini accompagnate da un costante sottofondo musicale. A separare questa prima parte di un minuto e mezzo, dalla successiva di uguale durata, viene mostrata la frase "*BUT there's hope!*". Segue la descrizione dei comportamenti che possono portare all'insorgere questa tipologia di malattie e l'appello ad adottare comportamenti sani per la propria salute ma anche azioni di sensibilizzazione verso le persone che ci stanno attorno ("*Be good to yourself. Be good to one another*").

NCD – In questo spot le Malattie Croniche Non Trasmissibili vengono trattate nella loro complessità, attraverso un elenco sia delle diverse patologie, sia delle principali cause.

NARRAZIONE – La narrazione è scorrevole grazie all'accompagnamento musicale di sottofondo. Le frasi che si susseguono sono di facile e immediata lettura accompagnate da immagini semplici. Il problema delle NCD è presentato in maniera esplicita, con un punto di vista neutro e un linguaggio in alcuni passaggi informativo e descrittivo mentre in altri responsabilizzante e paternalistico.

MODALITÀ PERSUASIVA – Nella prima parte prevale uno stile più razionale, sebbene vengano utilizzate delle frasi ("*388 million. That's like wiping out the United States, South Africa and Australia*") e delle immagini (simbolo del teschio, la bomba, il cuore con il cerotto ecc.) che hanno l'obiettivo di colpire l'attenzione del destinatario e avviare un processo di attivazione emotiva. Nella seconda parte, anche grazie al ritmo

della musica che si fa più coinvolgente e allegra, al soggetto viene offerta la possibilità di fare la differenza, non solo per se stesso ma anche verso l'intera collettività, adottando alcuni semplici comportamenti ("*You can take action to lead a healthy and productive life and help the world do the same!*").

Get The Message campaign. Obesity and Chronic Disease Non Communicable (http://youtu.be/18v0h83CpYU)

LO SPOT – Lo spot è suddiviso in due parti: la prima in cui attraverso immagini di cibi dolci e ipercalorici (pizza, patatine fritte e torta) si evidenziano i rischi di contrarre alcune Malattia Croniche Non Trasmissibili (obesità, infarto ecc.). Nella seconda parte attraverso immagini di cibi sani che si "consumano" (banana, arancia ecc.) si evidenziano i comportamenti virtuosi che bisognerebbe mettere in campo. Le due parti sono intervallate da un frame che riporta lo slogan della campagna "*Get the message*". Lo spot termina con l'elenco delle istituzioni aderenti al progetto e con il richiamo al sito web per ottenere maggiori informazioni.

NCDs – Lo spot si focalizza solo su alcune specifiche malattie legate alla scorretta alimentazione: obesità, diabete e infarto. Non vi è nessun categorizzazione di tali patologie all'interno delle NCD.

NARRAZIONE – Lo spot è caratterizzato da una voce maschile narrante in sottofondo e la trascrizione delle singole frasi all'interno dei vari frame, con lo scopo di focalizzare l'attenzione sui diversi messaggi. La divisione in due parti è segnata anche dalla diversa rappresentazione visiva dei comportamenti descritti: nella prima parte gli alimenti si ricompongono come prima di essere stati mangiati, mentre nella seconda i frutti prima vengono sbucciati e poi lentamente consumati.

MODALITÀ PERSUASIVA – L'obiettivo dello spot è quello di promuovere l'adozione di specifici comportamenti attraverso il senso di colpa che si presenta nel momento in cui il destinatario si immedesima nell'atto del mangiare in modo non salutare. L'utilizzo di un linguaggio responsabilizzante e prescrittivo, impone alcuni comportamenti al fruitore affinché possa evitare il rischio di essere soggetto alle malattie indicate nella prima parte dello spot.

Get The Message campaign. Cancer Prevention Non Communicable Diseases (http://youtu.be/XiI6EbvYaJ8)

LO SPOT – Lo spot si apre con il protagonista che prende in mano una cornice contenente delle fotografie di suoi familiari e la voce narrante esordisce affermando che il cancro può colpire prematuramente, e che l'ereditarietà è un fattore di incremento del rischio. Prosegue con l'immagine a colori del protagonista che esegue le analisi del sangue in quanto la prevenzione è una delle possibili soluzioni per ridurre il rischio. Il

narratore, mentre scorrono le immagini, illustra altre possibili soluzioni: mangiare più frutta, fumare meno e fare regolare attività fisica. Il video si conclude con la voce narrante che invita a confrontarsi con il proprio medico rispetto i possibili rischi di essere affetti dal cancro. Lo spot, come tutti quelli della campagna "*Get the Message*", si conclude con l'elenco delle istituzioni aderenti al progetto e con il richiamo al sito web per ottenere maggiori informazioni.

NCD – Viene trattata solo una delle patologie categorizzate come NCD: il cancro. Non viene fatto particolare riferimento alle cause che possono portare ad ammalarsi, bensì vengono suggeriti dei comportamenti per prevenirne l'insorgenza.

NARRAZIONE – La narrazione ha uno stile piuttosto lento e graduale. Lo spot si apre rappresentando con colori sbiaditi un momento di sconforto dal quale si evince che l'uomo in primo piano abbia perso persone care prematuramente a causa del cancro. Il passaggio a immagini a colori intensi e vivaci viene utilizzato per indicare la speranza e il possibile "lieto fine". Lo stile narrativo è prevalentemente sentimentale, con l'alternanza di immagini che elicitano tristezza e angoscia nella parte iniziale, e speranza e felicità nella parte conclusiva.

MODALITÀ PERSUASIVA – Lo spot fa leva sull'angoscia e sulla tristezza che il destinatario prova immedesimandosi nella storia narrata, con l'obiettivo primario di spingere all'adozione di comportamenti positivi. L'efficacia comunicativa e il grado di generare una risposta empatica, viene rinforzata dal rifermento alla perdita di un parente a causa del cancro, situazione che la maggior parte delle persone ha vissuto in famiglia almeno una volta nella vita. Viene inoltre introdotta la figura del medico, quale soggetto autorevole in grado di guidare le persone e scongiurare eventuali pericoli attraverso la diagnosi precoce.

Get The Message campaign. Diabetes Prevention and Control Non Communicable Diseases (http://youtu.be/vCrXgLUHchc)

LO SPOT – Lo spot inizia con la presentazione della situazione: una persona su dieci nei Caraibi ha il diabete o la glicemia alta. La narrazione prosegue con la descrizione delle conseguenze che tali patologie possono generare (infarti, malattie renali e amputazioni) e si conclude con un frame in cui vengono elencate, e contemporaneamente scandite dalla voce narrante, le azioni per prevenirle (fare regolare attività fisica, mangiare in modo salutare, monitorare e controllare la glicemia, andare dal dottore). Anche questo video si conclude con l'elenco dei soggetti aderenti alla campagna "*Get the Message*" e il richiamo al sito web per ottenere maggiori informazioni.

NCD – Come tutti i video della campagna "*Get the Message*" si focalizzano su specifiche patologie. In questo caso il focus è sul diabete e la glicemia alta, delle quali

non vengono indicate specificatamente le cause ma le possibili complicazioni a esse connesse e le azioni per prevenirle.

NARRAZIONE – Il narratore ha un tono autoritario e adotta un punto di vista oggettivo per fornire informazioni prima e suggerimenti dopo, in modo semplice e chiaro, lasciando intuire che prestando attenzione agli avvertimenti indicati si corre meno il rischio di ammalarsi. Si rivolge al singolo come fautore delle proprie scelte e quindi in grado di recepire quei messaggi come utili per migliorare la sua vita. Lo stile di narrazione passa da informativo e descrittivo a prescrittivi nella seconda parte.

MODALITÀ PERSUASIVA – Facendo leva sulla tensione emotiva del soggetto alimentata dalla melodia in sottofondo, l'immagine della siringa, le conseguenze evocate dalla voce narrante e l'utilizzo di un tono che lascia intendere la serietà dell'argomento, lo spettatore è portato a prestare molta attenzione a quanto viene detto. Le malattie vengono presentate inizialmente come un macro-problema, rischiando di spostare l'attenzione da "se stessi" agli "altri" mentre poi, nel momento di elencare le soluzioni, il messaggio si rivolge allo spettatore, anche se non in maniera diretta.

Get The Message campaign Air Pollution Including Tobacco, Smoke and Asthma (http://youtu.be/jyEYFAKsiN4)

LO SPOT – Nello spot compare un ragazzo che percorre una strada e dopo qualche istante viene inquadrato il tubo di scappamento di un auto da cui escono dei fumi di scarico neri. La voce narrante esordisce affermando che l'inquinamento atmosferico provoca asma e prosegue mostrando il ragazzo che, seduto sul pavimento di una stanza della sua abitazione, inala dei medicinali da un erogatore per l'asma mentre un uomo di fronte a lui, presumibilmente il padre, è intento a leggere e a fumare una sigaretta, non curante della presenza del ragazzo. La scena viene interrotta dal frame contenente il messaggio della compagna "Get the message" e riprende con il ragazzo che sta facendo delle cure per l'asma assistito da una donna, presumibilmente la madre, e con la voce narrante che afferma che lo smettere di fumare è un gesto di rispetto non solo per se stessi ma anche per le persone che ci stanno attorno. Il messaggio infine si chiude con un appello a rispettare le regole del proprio paese per ridurre l'inquinamento atmosferico.

NCD – Viene trattato l'asma come malattia che si aggrava durante l'esposizione a fonti di inquinamento atmosferico, come ad esempio i gas di scarico o i fumi di una sigaretta.

NARRAZIONE – Lo spot comunica in modo esplicito e immediato la relazione tra le malattie respiratorie, quale l'asma, e l'inquinamento atmosferico. Lo spettatore osserva la situazione di disagio vissuta dal ragazzo affetto da asma dal punto di vista delle cause di inquinamento. Ed è proprio nella seconda parte che il narratore si rivolge con un tono accusatorio e di denuncia proprio allo spettatore indicandogli la via per non ridurre i comportamenti che generano inquinamento.

MODALITÀ PERSUASIVA – La narrazione fa leva sulle emozioni di tristezza e impotenza provate dallo spettatore che vive la situazione dal punto di vista del soggetto che attua i comportamenti errati e dalla presa di consapevolezza della impossibilità del ragazzo di poter affrontare la situazione, se non ricorrendo ai medicinali. Nella seconda parte il destinatario diventa però il possibile protagonista del cambiamento, sia attraverso comportamenti diretti, sia attraverso il supporto alla normativa statale. Per valorizzare il contributo del singolo si fa leva sia sul benessere dell'altro (figlio, madre, parenti, comunità ecc.) sia sul rispetto di norme sociali.

Reduce tu presión arterial: consume menos sal (http://youtu.be/EwJqTNwZ3HU)

LO SPOT – Lo spot si apre immediatamente con una frase scritta in nero e rosso su fondo bianco che enuncia il problema centrale: "*El consumo eccessivo de sodio o sal provoca hipertensión*". Nei frame successivi viene ribadito il rischio di una dieta ricca di sale e il suggerimento di leggere sempre attentamente le schede descrittive dei prodotti in quanto ci sono alimenti che hanno elevate percentuali di sodio (più del 15%) e di cui non ne siamo a conoscenza. Lo spot si chiude con l'invito a misurare costantemente la pressione e verificare che i valori corrispondano a quelli (140 e 90) che tutti dovrebbero conoscere e ricordare.

NCD – Il video è focalizzato sul problema dell'iper-tensione arteriosa come conseguenza dell'eccessivo consumo di cibi ricchi di sale.

NARRAZIONE – Lo spot è breve con immagini e scritte molto semplici che forniscono indicazioni puntuali sul problema e sul comportamento da attuare. Lo stile è prevalentemente descrittivo e informativo, focalizzato su aspetti razionali piuttosto che emozionali.

MODALITÀ PERSUASIVA – La comunicazione fa leva sulla disinformazione dei consumatori rispetto la quantità di sale contenuti in alcuni cibi e il conseguente potenziale danno che questi potrebbero avere per la salute del soggetto. Per alleviare il possibile stato di tensione nel destinatario, vengono offerte soluzioni semplici, che permettono a chiunque di poter garantire e controllare facilmente il proprio benessere individuale.

Healthy lifestyle campaign (http://youtu.be/pUghGYoFYGg)

LO SPOT – Il video è stato realizzato per un progetto scolastico orientato alla promozione di uno stile di vita sano, attraverso il montaggio di immagini e video raccolti dalla rete. Lo spot, della durata di quattro minuti, inizia con un filmato in cui delle scimmie impersonano un dottore e una atleta che si sta allenando, con una domanda che funge da filo conduttore della parte successiva "*Which food item is not part o fan healthy lifestyle?*". Il video si divide successivamente in più sezioni. La prima riguarda l'alimentazione e vengono rappresentate immagini di frutti e di vari alimenti con una domanda di fondo "Quali possono essere considerati salutari?". Questa

sezione prosegue con la definizione di malnutrizione, obesità e anoressia. Il punto successivo riguarda tutti quegli stili di vita che possono compromettere la propria salute: sigarette, droghe e alcool. La domanda conclusiva è "*How a healthy lifestyle is supposed to be?*". Vengono quindi elencati alcuni comportamenti virtuosi: eliminazione dei cibi grassi; eliminazione bevande come la soda o ricche di zucchero; svolgere regolare attività fisica; bere acqua. Il video si chiude con un'esortazione a creare il proprio stile di vita salutare.

NCD – Il video si concentra soprattutto su quegli stili di vita errati che potrebbero portare all'insorgere di Malattie Croniche Non Trasmissibili, alcune delle quali sono anche citate, come il cancro, l'obesità ecc.

NARRAZIONE – Il video è costruito come un lungo collage di materiali presi dalla rete, collegati tra di loro da un percorso logico che vuole partire dagli stili di vita dannosi per poi arrivare a individuare dei comportamenti positivi. Il tutto è accompagnato da una musica di sottofondo coinvolgente e che scandisce il ritmo dei vari materiali presentati. Data la sua natura, si alternano stili narrativi differenti, da quello ironico iniziale, passando per quello descrittivo e informativo per arrivare ad adottare in alcuni momenti uno stile scioccante, come nel caso delle immagini legate all'anoressia oppure alla tossicodipendenza. Non sempre vi è una corrispondenza del tutto efficace tra le varie parti.

MODALITÀ PERSUASIVA – L'obiettivo del video è di sensibilizzare e modifica dell'atteggiamento in particolare dei giovani, target principale, alle prese con stili di vita e modelli di alimentazione dannosi per la propria salute. L'attenzione dello spettatore è sollecitata fin da subito con animazioni ironiche ma anche immagini drammatiche e forti. Il ritmo forse un po' troppo frenetico e il continuo cambiamento di stile comunicativo rischiano di indebolirne l'efficace, ponendo in secondo piano l'aspetto educativo rispetto il montaggio e la scelta estetica dei vari contenuti.

National Healthy Lifestyle Campaign 2001 (http://youtu.be/DOjGwqwJ9uQ)

LO SPOT – Lo spot inizia con l'immagine di un apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa appoggiato su un tavolo. Mentre una voce narrante afferma l'importanza di controlla la pressione, si vede il sangue, che in questo caso sostituisce il tradizionale mercurio, salire all'interno della colonnina di misurazione fino ad arrivare ad un punto in cui esplode, simulando l'effetto di una pressione arteriosa troppo alta. La scena poi cambia e inquadra prima il volto e poi una mano paralizzata di una persona affetta da ictus. La scena si chiude con lo stesso soggetto seduto su una sedia a rotelle davanti ad una finestra luminosa e aperta, mentre la voce narrante illustra prima i possibili danni e poi le possibili azioni per prevenirli.

NCD – Viene considerata solo la problematica della pressione alta e delle sue possibili conseguenze sull'organismo.

NARRAZIONE – Il video adotta uno stile di comunicazione drammatico e scioccante. La narrazione si articola in un crescendo di attivazione emozionale, dal sangue che sale nella colonnina di mercurio fino a esplodere, alle immagini del paziente paralizzato impossibilitato a muoversi. Il tutto supportato da effetti sonori che ne enfatizzano e sottolineano i vari passaggi. La tensione si allevia alla fine grazie all'illustrazione delle possibili azioni preventive, accompagnate dall'immagine del paziente in sedia a rotelle, davanti ad una finestra aperta e molto luminosa.

MODALITÀ PERSUASIVA – L'obiettivo primario del video è di sensibilizzare e stimolare il cambiamento di alcuni comportamenti ritenuti a rischio. Lo spettatore viene prima posto davanti ad una metafora molto esplicita di quello che potrebbe accadere nel proprio corpo in caso di pressione arteriosa troppo alta e successivamente davanti ad un paziente paralizzato che non può più muoversi. Lo spot stimola emozioni forti al fine di attivare il processo cognitivo di elaborazione del messaggio.

Spot Non Communicable Disease (India) (http://youtu.be/qJ_SDOAY8wA)

LO SPOT – Lo spot si apre con la descrizione del problema centrale: le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte in India. Il fumo raddoppia il rischio di avere un infarto e uccide milioni di indiani ogni anno. Dopo questa breve descrizione viene presentato il messaggio chiave della campagna: "*Choosing health*" e "*Act now! Save lives!*". Il video prosegue con un intervista al dottor. Prabhat Jha che ribadisce la problematica appena descritta e indica alcuni semplici accorgimenti per ridurre il rischio del 20%. Il medico ricorda che il primo infarto è un avviso mentre il secondo potrebbe essere mortale. A supporto di ciò viene presentata l'esperienza di un uomo di 45 anni che dopo il primo infarto ha deciso di smettere di fumare per salvarsi la vita. Questa storia viene raccontata sia direttamente dal paziente sia da una secondo medico. Quest'ultimo ricorda che oltre a cessare il fumo, l'uomo dovrà anche continuare con una specifica cura farmacologica. Il video si conclude invitando ad iscriversi al National Program for Tabacco Control (NPTC), oltre all'adozione di alcuni comportamenti per ridurre del 25% le morti causate da malattie croniche.

NCD – Il video si concentra sulle malattie cardiovascolari che vengono presentate come un problema causato soprattutto al fumo.

NARRAZIONE – La narrazione utilizza uno stile descrittivo e informativo nella parte iniziale e finale, attraverso la voce narrante fuori campo e un medico che parla direttamente allo spettatore. Nella parte centrale invece si sviluppa la descrizione della storia reale del paziente e anche in questo caso gli interlocutori tendono a parlare e raccontare la storia direttamente allo spettatore. In questa seconda parte l'obiettivo non è più solo quello di informare ma anche generare un stato di attivazione emozionale.

MODALITÀ PERSUASIVA – Attraverso la rappresentazione di modelli di comportamento si spinge lo spettatore ad affrontare la situazione. Seguendo le vicende di colui che è affetto dalla malattia risulta facile immedesimarsi in una situazione

spiacevole i cui effetti si ripercuotono non solo sulla propria vita ma anche su quella della propria famiglia. La soluzione proposta non riguarda solo un comportamento individuale ma anche la possibilità di richiedere aiuto iscrivendosi a specifici programmi nazionali.

Call to Action - We Must Tackle Non-Communicable Diseases (http://youtu.be/kjXp4Siyets)

LO SPOT – Il video si apre con una serie di immagini di persone sofferenti e malate mentre la voce narrante descrive cosa sono le Malattie Croniche Non Trasmissibili, alcuni loro effetti e la diffusione soprattutto nei Paesi in via di sviluppo con conseguenti ricadute sull'intera società. Queste immagini sono intervallate da scritte che fissano l'attenzione su alcuni elementi chiave del discorso. Il problema delle NCD viene definito come "*It's a huge global challenge*". La seconda parte del video si concentra sulla Lilly NCD partnership, un'organizzazione che lavora attraverso la collaborazione con altre strutture per affrontare il problema delle Malattie Croniche Non Trasmissibili, facendo degli studi sull'efficacia di alcune metodologie adottate e sperimentandone di nuove.

NCD – Nel video vengono citate le Malattie Croniche Non Trasmissibili nella loro complessità, elencandone solamente alcune patologie.

NARRAZIONE – La narrazione si evolve seguendo le due parti che compongono il video: nella prima il narratore descrive le situazione con un punto di vista negativo e allarmante, mentre nella seconda lo stile diventa descrittivo e positivo in quanto si illustrano con speranza i traguardi che la Lilly NCD partnership ha raggiunto potrà ottenere in futuro. Il duplice registro della narrazione viene rinforzato anche dalle immagini e dalla musica.

MODALITÀ PERSUASIVA – L'obiettivo del video è quello di sensibilizzare gli spettatori sul tema delle Malattie Croniche Non Trasmissibili e dell'attività svolta dalla Lilly NCD Partnership. Non viene mai chiamato in causa direttamente il destinatario come potenziale persona a rischio e allo stesso tempo le soluzioni indicate sono realizzate da soggetti "esterni" e rivolte ad individui "lontani" dallo spettatore stesso, che quindi risulta essere passivo rispetto l'intera comunicazione.

1.3.2 Reportage e documentari

WHO: Unite in the fight against NCDs (http://youtu.be/AvwX1m4LR4w)

IL VIDEO – Il video inizia con l'annuncio che per la prima volta l'attenzione globale è rivolta alle Malattie Croniche non Trasmissibili e le Nazioni Unite hanno organizzato un meeting internazionale per discuterne. Segue l'intervento del segretario generale delle Nazioni Unite che sottolinea l'importanza di questo incontro, sia perché è solo la seconda conferenza globale relativa alla salute che è stata organizzata, sia perché le NCD interessano persone sempre più i giovani ("*The next generation leaders, a productive generation*"). Il video prosegue con la descrizione del fenomeno, delle principali cause e degli effetti sulla popolazione. Un medico indiano, specializzato nella cura del diabete, sottolinea come questa patologie abbia ricadute pesanti anche a livello economico. Le NCD vengono descritte come un'epidemia globale che tocca tutti, ovunque. Il dott. Ala Alwan, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ribadisce come siano i paesi con livelli di reddito medio e basso ed essere maggiormente esposti. Ma le soluzioni esistono e sono praticabili (riduzione dell'uso del tabacco o dell'alcol ecc.). Viene poi presentato il 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Il video si chiude con un passaggio di un intervista del Direttore Generale del WHO in cui ribadisce come il settore sanitario non possa occuparsi di tutto, ma è necessario che altri settori diano il loro contributo.

NCD – Il video affronta le NCD nella loro complessità, citando le principali patologie e alcuni possibili comportamenti per prevenirle.

NARRAZIONE – La narrazione avviene quasi interamente attraverso la descrizione del fenomeno da parte di una voce narrante accompagnata da una melodia di sottofondo che ne evidenzia la drammaticità e importanza. Alcuni passaggi rilevanti e delicati sono invece estrapolati da discorsi ufficiali e interviste di autorevoli rappresentanti delle Nazioni Unite. La narrazione non si rivolge mai direttamente allo spettatore.

MODALITÀ PERSUASIVA – Il video comunica con uno spettatore generico attraverso un linguaggio a tratti drammatico/allarmistico e a tratti solenne, che ne evidenzia la serietà e la gravità. Il problema nella sua complessità viene però rappresentato come un qualcosa di "distante" dal soggetto e la cui soluzione è demandata a strutture nazionali e sovranazionali che però faticano a trovare una strategia comune efficace.

13. WHO: Global Noncommunicable Disease Network (http://youtu.be/VCfyylZdmG0)

IL VIDEO – Il video inizia con una contrapposizione di immagini tra paesi sviluppati e paesi poveri, e una scritta in sovrimpressione "*A major gap in the global development agenda*". La voce narrante presenta le NCD come il problema che colpisce

questi paesi e ne elenca alcune patologie mentre scorrono immagini di persone malate. Il video prosegue con l'intervista al dott. Ala Alwan del WHO che descrive la portata della Malattie Croniche non Trasmissibili e l'impatto a livello economico. Viene poi proposta un'intervista a una persona affetta dal diabete e un rappresentante del governo saudita riguardo l'impatto delle NCD a livello socio-economico e familiare. La voce narrante prosegue spiegando alcune azioni praticabili per prevenire del 50% queste morti premature, come ad esempio l'aumento delle tasse sul fumo, la riduzione dell'uso del tabacco vietandone la pubblicità, l'attività di persuasione nei confronti delle persone affinché adottino uno stile di vita sano ecc.

Infine viene sottolineato come l'Organizzazione Mondiale della Sanità per affrontare questo problema globale abbia lanciato un network che coinvolge Paesi, organismi delle Nazioni Unite, organizzazioni non governative, accademie e business community. Il video si conclude con l'affermazione: "*We have the potential to reduce poverty and prevent 40 milion premature deaths in developing countries each year from NCDs.*".

NCD – Vengono prese in considerazione tutte le Malattie Croniche Non Trasmissibili nel loro insieme.

NARRAZIONE – La narrazione viene affidata ad una voce narrante femminile intervallata da testimonianze e interviste di persone autorevoli oppure affette da specifiche patologie. La narrazione adotta uno stile descrittivo e informativo, senza mai coinvolgere direttamente in causa lo spettatore.

MODALITÀ PERSUASIVA – Le malattie sono presentate come un macro-problema che necessita di una risposta a livello nazionale e sovrannazionale. Lo spettatore non viene quindi coinvolto direttamente come possibile attore del cambiamento.

Stop Non Communicable Diseases (NCDs) (http://youtu.be/4nHMV_420zg)

IL VIDEO – Il video si apre con un intervista a Sir George Alleyne, Direttore Emerito della Pan American Health Organization, durante la quale spiega quali siano le principali patologie che rientrano tra le Malattie Croniche Non Trasmissibili e quali le principali cause. Sottolinea inoltre come queste malattie colpiscano moltissimi giovani, in tutti i paesi. Il video prosegue con il racconto di un ragazzo obeso che ha deciso di intraprendere un percorso per ridurre il proprio peso e scongiurare la probabilità d'insorgenza di patologie legate ad uno stile alimentare disordinato. La storia è intervallata da alcuni passaggi di un intervista ad una membro della Mend Foundation (Mind, Exercise, Nutrition, Do it!) che si occupa di insegnare uno stile di vista sano ai ragazzi. Dopo aver evidenziato l'incremento dell'uso degli alcolici da parte dei giovani, vengono presentate diverse testimonianze di persone in Kenya che raccontano in prima persona di come l'abuso di alcol da parte dei giovani sia considerato normale e socialmente accettato. La terza parte del video è dedicata all'abuso di tabacco da parte dei giovani. Si alternano l'intervista ad una responsabile di un'organizzazione in India che si occupa di sensibilizzazione sulla pericolosità del fumo tra i ragazzi e la storia di una bambina indiana che ha fatto smettere di fumare il padre. Il video si chiude con un

altro passaggio dell'intervista a Sir Geroge Alleyne e a Kamalesh Sharma (Segretario Generale del Commonwealth Secretariat) in cui entrambi chiedono ai governi di agire immediatamente ("*Governments can make a real difference if they act now*" e "*If we act now we can change young lives forever*").

NCD – Il video si focalizza soprattutto su tre stili di vita che potrebbero essere conseguenza di Malattie Croniche Non Trasmissibili: alimentazione sregolata, abuso di alcol e tabagismo.

NARRAZIONE – La narrazione prevede l'utilizzo di figure autorevoli con uno stile comunicativo informativo e responsabilizzante per introdurre il tema generale, introdurre i tre temi specifici e le conclusioni. Per trattare i tre stili di vita vengono utilizzati sempre due diversi soggetti: una persona, solitamente giovane, che sta vivendo la specifica situazione a rischio (un bambino obeso, un persona che da giovane ha abusato dell'alcol e una ragazza che vive in casa con un fumatore) e un rappresentante di un'organizzazione attiva nella sensibilizzazione dei giovani rispetto la specifica tematica.

MODALITÀ PERSUASIVA – Durante il video si alternano messaggi che mirano a stimolare una riflessione razionale, in particolare attraverso l'utilizzo di figure autorevoli, che descrivono con tono serio e allarmistico il problema, e le testimonianze dei giovani ragazzi che si rivolgono invece più alla parte emotiva dello spettatore. Attraverso le varie interviste al fruitore viene fatto percepire il problema potenzialmente vicino alla propria quotidianità ma le soluzioni proposte non rientrano nella sfera individuale bensì completamente affidata ai governi, correndo il rischio di lasciare lo spettatore impotente di fronte al problema.

UN Highlights Threat of Non Communicable Diseases | Health (http://youtu.be/C4ToYLMtm4o)

IL VIDEO – Il reportage inizia con un passaggio di un intervento di Margaret Chan, Director Chan, WHO nel quale ribadisce la necessità di trattare le NCD con un senso di urgenza. Successivamente viene proposta l'intervista a John Seffrin dell'American Cancer Society il quale, dopo aver parlato dell'impatto delle Malattie Croniche Non Trasmissibili, racconta la sua esperienza familiare con il cancro: ha perso la madre mentre la moglie è una sopravvissuta. La voce narrante ci ricorda che le NCD includono storie di persone malate in tanti paesi del mondo. Viene quindi proposto il progetto Open Hearthed, una raccolta di immagini che dimostra quanto sia importante la vicinanza dei parenti durante l'evoluzione delle varie fasi della malattia: fare una chiamata e dare un abbraccio in modo che sappiano sempre di non essere soli nella battaglia e che possono vincerla. Un aspetto fondamentale per i sopravvissuti dalla malattia è condividere la propria storia, come si evince dalla testimonianza di Lance Amstrong, sostenitore dell'organizzazione Livestrong che affianca le persone affette dal cancro. Il video si chiude con una panoramica sui dati relativi alle NCD.

NCD – Per l'intera durata del video il cancro è la malattia posta al centro dell'attenzione tramite testimonianze di persone autorevoli all'interno di

organizzazioni che supportano i malati, testimonianze di coloro che hanno vissuto accanto a malati o lo sono stati in prima persona.

NARRAZIONE – Essendo un reportage giornalistico, è caratterizzata da una voce femminile che delinea con uno stile descrittivo l'intera narrazione, collegando i vari interventi. Le testimonianze scelte invece sono delle narrazioni di storie, che generano il coinvolgimento sentimentale dello spettatore.

MODALITÀ PERSUASIVA – L'obiettivo del reportage è di sensibilizzare il pubblico attraverso l'uso di immagini suggestive e le parole di persone realmente affette dalla malattia, di chi ha già passato un'esperienza simile oppure chi vive a contatto con persone malate. Le loro parole sono suggestive e rattristano a tal punto da voler diventare parte attiva nel migliorare la situazione, collaborare per aiutare chi soffre poiché sembra che la malattia possa colpire chiunque in qualunque momento, nessuno escluso. Il video però dopo aver presentato il problema e attivato lo spettatore non propone nessuna soluzione né diretta né indiretta.

Combating non-communicable disease (Australian Sports Outreach Program in Vanuatu) (http://youtu.be/-tnxisZQRtM)

IL VIDEO – Il video illustra i risultati di un progetto sostenuto dal governo australiano per combattere alcune Malattie Croniche Non Trasmissibili, come il diabete, attraverso l'introduzione di specifici programmi sportivi. Durante il video si susseguono diverse testimonianze a soggetti privilegiati, tra cui Samoria David, Community Chief Aniwa Island, che ribadisce come lo sport, e in particolare il programma Nabaga Sports, abbia aiutato tutte le persone del suo villaggi, non solo i giovani, a stare meglio. Nella parte conclusiva del video, le autorità esprimono la volontà di continuare il programma e di estenderlo ad altre comunità trasformandolo in un veicolo per lo sviluppo.

NCD – Il video si concentra principalmente sul diabete e sui problemi cardiaci proponendo come soluzione l'introduzione di programmi che incoraggino l'attività fisica.

NARRAZIONE – Il video è costituito da un susseguirsi di interviste a testimoni privilegiati e immagini di persone sane, energiche e attive. La narrazione adotta uno stile rassicurante e positivo, rafforzata da una melodia di sottofondo che dona vivacità al discorso, oltre a richiamare le melodie tradizionali australiane.

MODALITÀ PERSUASIVA – Il video ha come obiettivo principale la promozione di un modello efficace nel fronteggiare i rischi di alcune NCD, come il diabete. Ciò avviene facendo leva sulla positività dei risultati riscontrati attraverso sia le testimonianze entusiastiche di alcuni opinion leader che ne certificano gli effetti sulla popolazione, sia attraverso numerosi immagini di bambini e adulti che si divertono praticando sport.

Non-communicable diseases - why should we be worried?
(http://youtu.be/PG_9tDm705g)

IL VIDEO – Il video introduce il tema evidenziando come all'inizio del Novecento le principali cause di morte fossero le infezioni virali e batteriche, cosiddette *Comunicable Diseases*. Mentre per quest'ultime sono state gradualmente introdotte delle cure (vaccini, antibiotici ecc.), le Malattie Croniche Non Trasmissibili stanno diventando la nuova minaccia per la popolazione nel XXI secolo. Una studentessa universitaria intervista il professor Sir Peter Gluckman rappresentante della Nuova Zelanda al meeting globale delle Nazioni Unite del 2009. Il professore illustra quali sono le patologie che rientrano nelle NCD, la loro pericolosità e il loro collegamento a stili di vita che vengono appresi fin da giovani. Una delle possibili soluzioni proposte consiste nello spezzare il circolo vizioso della cattiva alimentazione. Se le donne si nutrissero in modo sano e appropriato durante la gravidanza e durante la fase di allattamento e se educassero i loro figli ad una corretta alimentazione e un corretto regime alimentare, sicuramente le future generazioni avrebbero inferiori probabilità di essere affette da Malattie Croniche Non Trasmissibili.

NCD – Durante l'intervista, il professore illustra genericamente tutte le patologie che rientrano all'interno delle NCD e individua alcuni stili di vita a rischio, in particolare la scorretta alimentazione.

NARRAZIONE – Il video è composto da un'intervista, in cui il professore universitario risponde alle domande di una giovane studentessa, mentre lo stile narrativo adottato è descrittivo e informativo. L'intervistatrice nella parte iniziale e conclusiva del filmato si rivolge direttamente allo spettatore, quasi volendo aprire un canale di comunicazione diretto con lui.

MODALITÀ PERSUASIVA – L'obiettivo del video è di sensibilizzare e informare lo spettatore sulla tematica, trattandola comunque in modo generico. La comunicazione fa leva soprattutto su aspetti razionali supportati dalla scelta di un interlocutore autorevole con un importanza riconosciuta a livello. Le soluzioni individuate rimangono ad un livello generico-astratto e si focalizzano solo su alcuni specifici potenziali target: tutti coloro che hanno un ruolo nell'educazione dei bambini.

1.4 Conclusioni e considerazioni critiche

Tutti i video analizzati, a vari livelli e con diverse strategie comunicative, si pongono l'obiettivo principale di sensibilizzare e informare il pubblico rispetto le Malattie Croniche Non Trasmissibili e il notevole impatto che queste hanno sulla società, sia da un punto di vista socio-demografico che economico. Solo una parte dei materiali presi in considerazione si pone contemporaneamente anche l'obiettivo di modificare concretamente l'atteggiamento rispetto specifici comportamenti o stili di vita (come ad esempio l'adozione di una dieta non equilibrata, l'uso e l'abuso di

sostanze quali l'alcol e il fumo ecc.) e conseguentemente spingere l'adozione di determinati stili di vita.

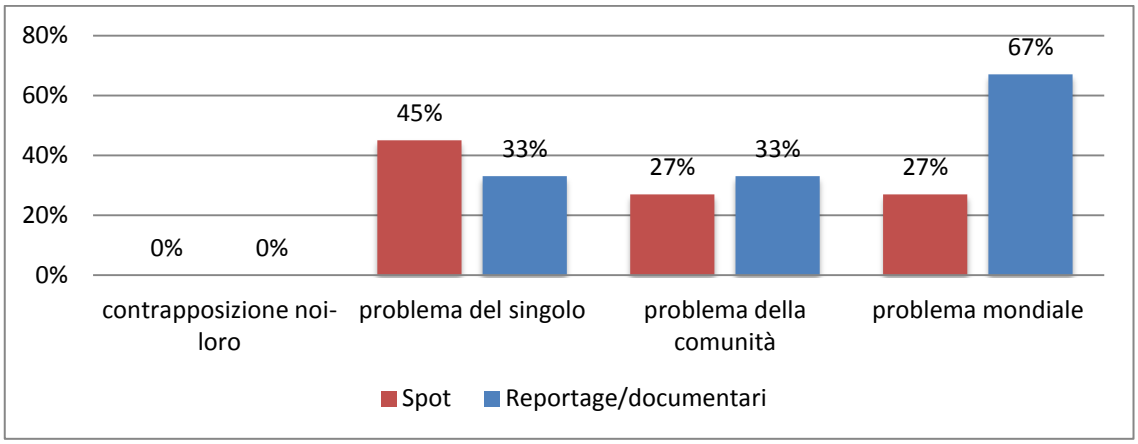
Considerato l'obiettivo di sensibilizzazione e informazione, i video mirano a raggiungere un vasto pubblico generalizzato, all'interno del quale potrebbero esserci soggetti potenzialmente a rischio di insorgenza di NCD oppure già affetti da tali patologie. In alcuni casi, la natura reportistica dei video, tende a focalizzare l'attenzione solo in quei contesti dove le Malattie Croniche Non Trasmissibili rappresentano un grave problema e i sistemi di prevenzione sono inefficaci. Tali realtà però molto spesso risultano essere troppo lontane dallo spettatore, con la conseguente perdita di efficacia del messaggio nello stimolare e promuovere azioni concrete.

Rappresentazione del problema e proposta delle soluzioni.

I materiali analizzati si dividono tra quelli che affrontano le Malattie Croniche Non Trasmissibili nella loro complessità, offrendo una panoramica generale sulle patologie, le cause e gli effetti, e quelli che focalizzano l'attenzione solo su alcune specifiche patologie, sensibilizzando su particolari cause e proponendo soluzioni mirate. Nel suo complesso la quasi totalità dei video opta per una rappresentazione esplicita della tematica.

Nell'affrontare la dimensione del fenomeno, come illustrato nella figura 1.1, gli spot tendono a preferite la presentazione delle NCD, o di una specifica patologia, come un micro problema, che riguarda prevalentemente il singolo, o un macro-problema con ricadute sulla comunità di riferimento. Invece l'altra tipologia di materiali audiovisivi, proprio per la sua natura informativa e di denuncia di un macro-problema, tende ad evidenziarne gli effetti a livello mondiale, sovrannazionale o nazionale.

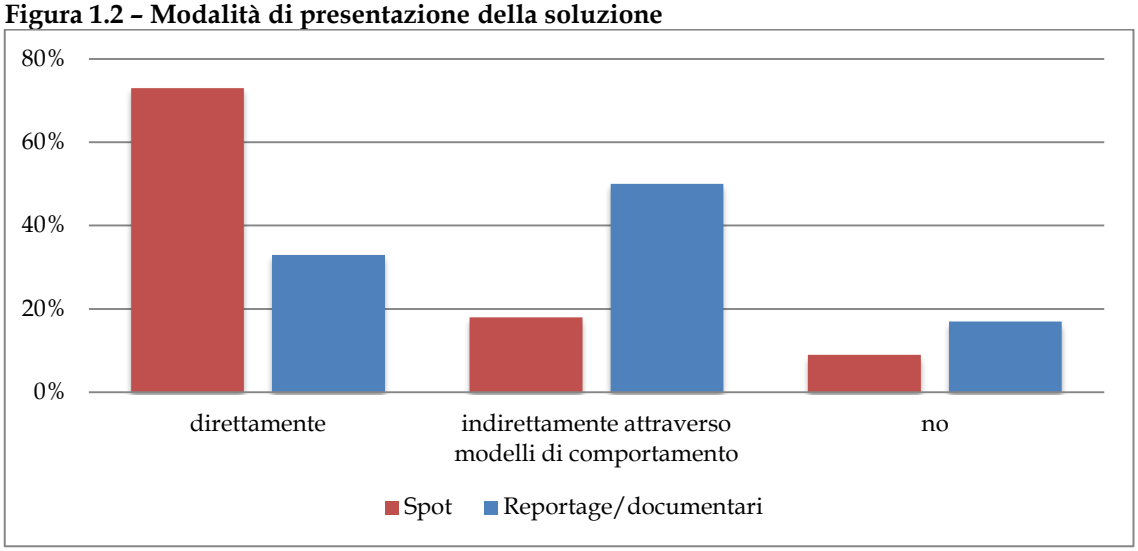
Figura 1.1 – Presentazione della dimensione del problema



Alla presentazione del problema, spesso accompagnata da numeri, affermazioni e immagini tali da generare uno stato di attivazione del soggetto, viene fatta seguire, nella quasi totalità dei video, l'indicazione diretta di almeno una possibile soluzione. Solo in alcuni casi come si evince dalla Figura 1.2, prevalentemente nei reportage e documentari, la soluzione non viene rappresentata o semplicemente evidenziata indirettamente attraverso la rappresentazione di modelli virtuosi di comportamento. Quest'ultimi approccio, potrebbe portare il fruitore ad individuare strategie

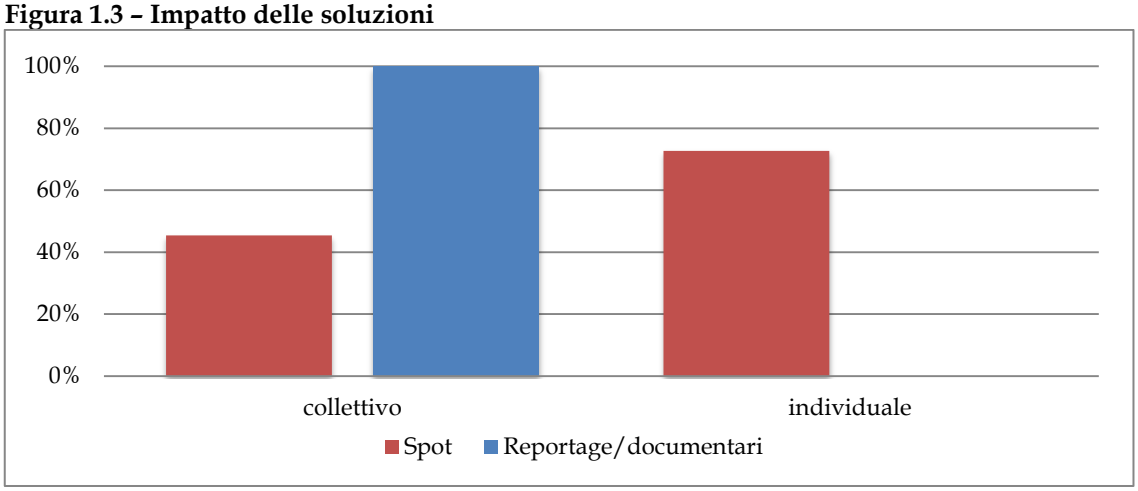
alternative, come la rimozione del messaggio, al fine di alleviare lo stato di attivazione o ansia che lo stesso ha generato.

Figura 1.2 – Modalità di presentazione della soluzione



Nello spingere gli spettatori ad attuare le soluzioni proposte, le due tipologie di materiali adottano approcci differenti, come emerge dalla Figura 1.3. Gli spot, rivolgendosi principalmente al singolo soggetto e focalizzandosi su specifiche patologie, fanno leva su vantaggi individuali mentre i reportage e documentari adottando un approccio più generalista concentrando l'attenzione principalmente sulle ricadute positive a livello collettivo, non solo a livello sociale ma anche economico.

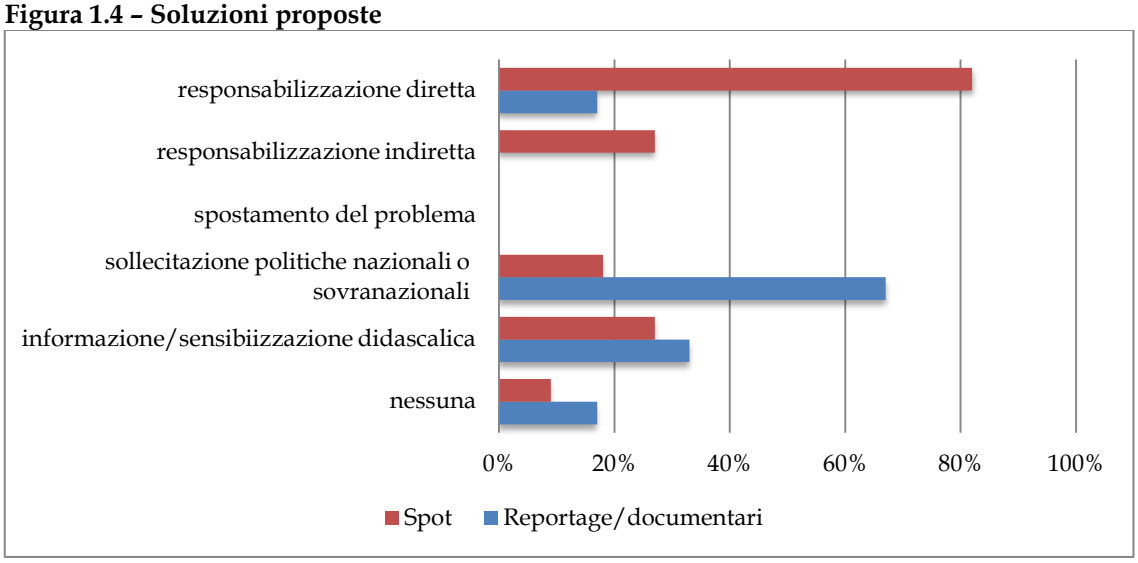
Figura 1.3 – Impatto delle soluzioni



Seguendo sempre questo duplice approccio (Figura 1.4), gli spot si concentrano prevalentemente sulla responsabilizzazione diretta, proponendo soluzioni in grado di aiutare direttamente il soggetto. Mentre, dall'altro lato, i documentari e reportage puntano sulla sollecitazione, anche da parte dei singoli soggetti, di politiche nazionali o sovranazionale. Solo in alcuni casi si soffermano alla semplice sensibilizzazione didascalica le problema e delle soluzioni. In entrambe le tipologie di materiali, le soluzioni vengono presentate come un'opportunità che deve essere colta

immediatamente oppure una necessità per l'individuo, la collettività e le generazioni future.

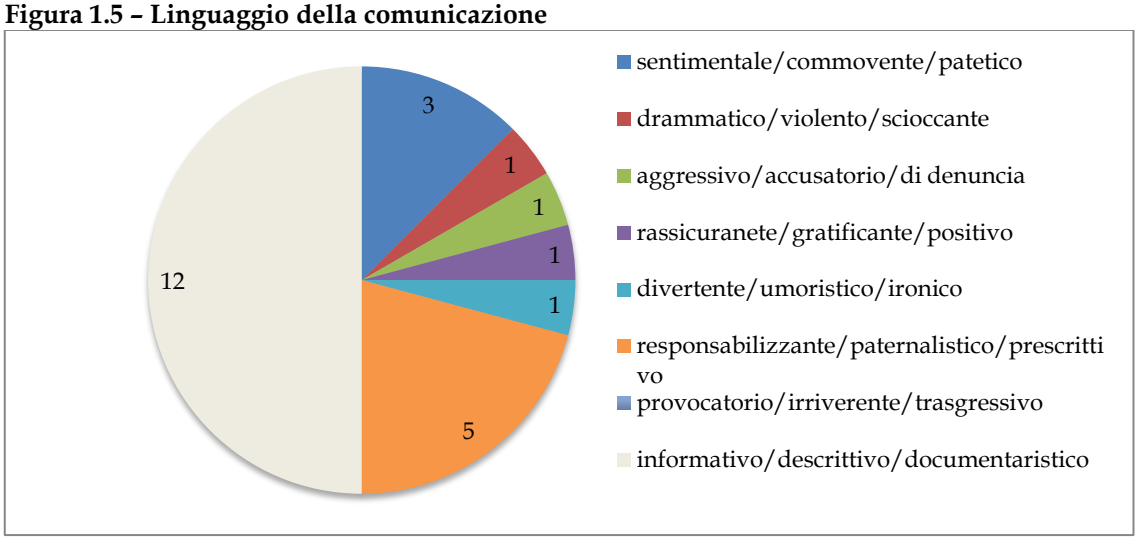
Figura 1.4 – Soluzioni proposte



Stile narrativo

In generale la quasi totalità dei video punta su un'elaborazione razionale e cognitiva dei messaggi piuttosto che fare leva sull'attivazione emotiva dello spettatore.

Figura 1.5 – Linguaggio della comunicazione



Due video su tre adottano prevalentemente uno stile comunicativo informativo, descrivendo le singole patologie, la situazione globale, le possibili soluzioni e alcuni specifiche esperienze. Tali informazioni vengono presentate da persone autorevoli, quali medici specializzati su determinate malattie, rappresentati di organizzazioni internazionali, testimoni privilegiati di organizzazioni attive nella sensibilizzazione e lotta al problema delle NCD (Figura 1.7). Tale scelta spinge in molti casi la narrazione

verso uno stile paternalistico e prescrittivo, generando una certa distanza tra l'interlocutore e lo spettatore, distanza che viene rafforzata sia dall'utilizzo di voci narranti, scritte in sovrimpressione e interlocutori che non parlano direttamente allo spettatore bensì si rivolgono all'intervistatore, a platee di convegni ecc. (Figura 1.8).

Figura 1.7 – Soggetti rappresentati

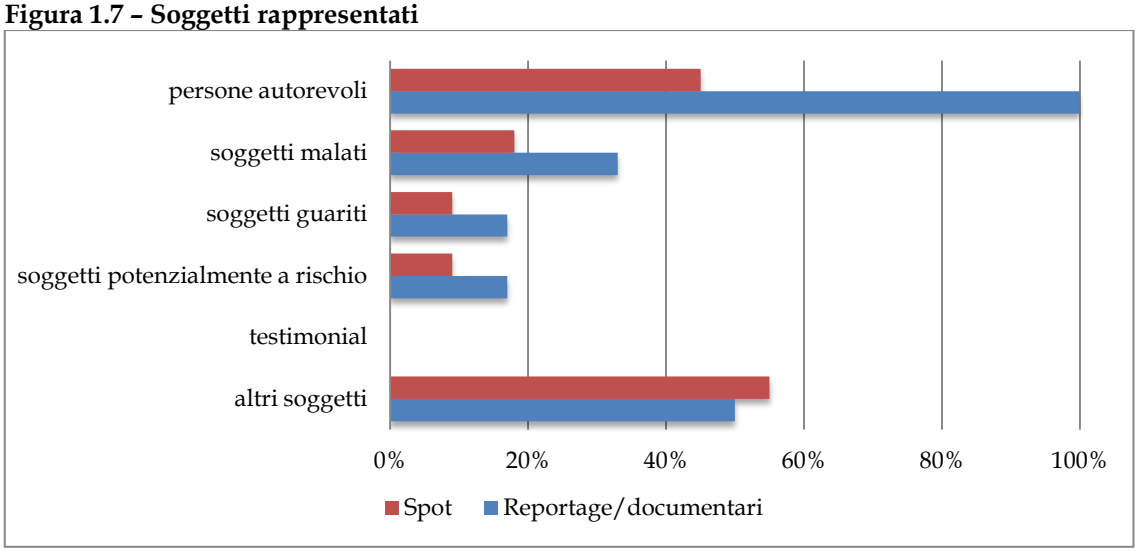
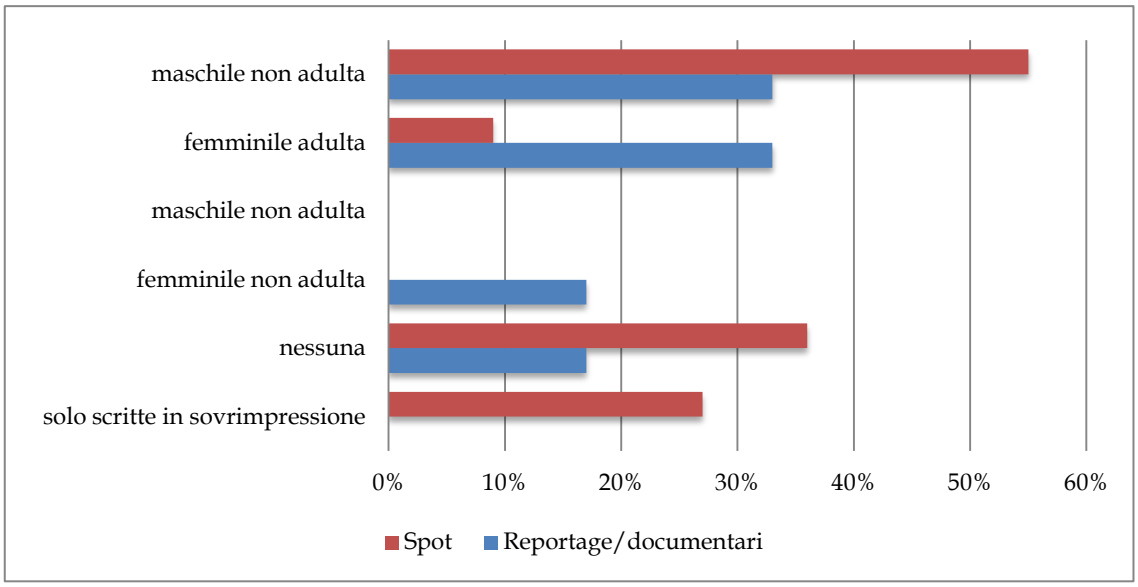


Figura 1.8 – Voce narrante



Oltre all'approccio descrittivo e informativo, in alcuni video vengono affiancati delle parti che puntando ad una maggiore attivazione emotiva, che attraverso l'utilizzo di immagini di persone malate, persone guarite oppure soggetti potenzialmente a rischio, come ad esempio i bambini, adottano uno stile comunicativo sentimentale, commovente oppure drammatico e scioccante. In un solo caso viene utilizzato uno stile positivo e rassicurante, con l'utilizzo di immagini di persone felici, per testimoniare l'efficacia del progetto descritto. In generale, ad eccezione di un video, la comunicazione non è stata costruita per generare una forte attivazione emotiva, bensì

attirare l'attenzione e predisporre il soggetto all'acquisizione ed elaborazione cognitiva del messaggio.

Va evidenziato infine come, nella quasi totalità dei video, la melodia di sottofondo rivesta un ruolo importante di affiancamento e supporto dello stile comunicazione prescelto, sottolineandone eventuali cambiamenti durante l'evoluzione della narrazione.

CAPITOLO 2
ELABORATI REALIZZATI DAGLI STUDENTI IULM

Per la costruzione del KIT di comunicazione si è proceduto alla definizione di una griglia relativa ai contenuti più efficaci da utilizzare per la sensibilizzazione del target di riferimento. Tale griglia è stata realizzata in relazione alle analisi della letteratura, alle fase precedenti di indagine e dalla valutazione dei progetti comunicativi analizzati. Nella fase successiva, e per utilizzare al meglio i dati rilevati, l'attività di costruzione del materiale di comunicazione ha previsto il coinvolgimento di studenti di corsi strettamente legati al tema della comunicazione e secondo le precedenti fasi di indagine e dei risultati rilevati sulle NCD. In particolare si è provveduto a promuovere un concorso di idee (allegato 2) con il coinvolgimento degli studenti del Corso di Psicologia della Comunicazione Audiovisiva del Corso di Laurea in Comunicazione, Media e Pubblicità e degli studenti del Corso di Psicologia e Consumi del Corso di Laurea in Relazioni Pubbliche e Pubblicità con la finalità di sviluppare materiale di comunicazione per il Kit di Comunicazione. Il concorso ha previsto poi una valutazione dei risultati da parte di una commissione di esperti tra i quali anche il Preside della Facoltà di Comunicazione, Relazioni Pubbliche e Pubblicità, prof. Gianni Canova. Hanno preso parte alla commissione anche un esperto in comunicazione audiovisiva, la dott.ssa Daniela Cardini (docente di Tecniche e generi della fiction radiotelevisiva e di Format e Prodotti Visivi presso l'Università IULM), una esperta in dinamiche migratorie, antropologia e multiculturalità, la dott.ssa Barbara Ghiringhelli (docente di Antropologia Culturale presso l'Università IULM) e il coordinatore scientifico del presente progetto prof. Vincenzo Russo. In appendice si allega la valutazione della commissione come da verbale pubblicato all'interno dei canali ufficiali di comunicazione dell'Università IULM.

Di seguito una sintesi dei materiali pervenuti.

SPOT NCD REALIZZATI DAGLI STUDENTI IULM

Studente/ Gruppo partecipante	**Concept**
Spot 1 Donadoni	La studentessa non fornisce un concept dell'elaborato. Si tratta di un video molto lungo e ricco testo, forse il linguaggio è troppo difficile. Nel video mancano riferimenti specifici al target migranti. Ci sono dei disegni (molto belli) probabilmente realizzati dalla studentessa e una traccia musicale.
Spot 2 Pronzato e Buongiorno	Lo spot si basa sull'intenzione di trovare e rappresentare la maggior parte delle cause comuni a queste malattie (fumo, alcol, cattiva alimentazione, ecc.) così da raggiungere un obiettivo il più possibile globale. Lo spot inizia con un'inquadratura fissa, un plongée, che ne è la struttura portante. Viene inquadrato un tavolo sopra cui è

	disposta una marea di cibo spazzatura (panini in stile fast-food, hot-dog, patatine fritte e confezionate, merendine, caramelle zuccherate, ecc.), bevande gassate-zuccherate, birra, superalcolici e un posacenere con sigarette spente. Nella parte bassa dell'inquadratura, in sovraimpressione, è situata la linea di un elettrocardiogramma, che svolgerà un ruolo fondamentale. L'azione si svolge tutta in questa inquadratura: varie mani (di cui è stato curato l'aspetto in modo da rappresentare più culture, etnie e generi: mani bianche e nere, indiane segnate dalle hennè, femminili caratterizzate dallo smalto rosa acceso, ecc.) arraffano tutto il cibo sul tavolo, si passano sigarette e bevande, svuotando presto il tavolo. Viene usato un effetto accelerato per dare un'idea di voracità e velocità, che si collega strettamente all'elettrocardiogramma e al sonoro, fondamentale. Infatti il sottofondo sonoro è il battito di un cuore. Mentre l'azione avanza freneticamente, con le mani che prendono cibo in modo rapace e ansioso, il battito del cuore aumenta gradualmente insieme alla velocità dell'ECG, fino a diventare un battito ansioso e accelerato marcato dalla linea ECG anch'essa gradualmente più veloce. Proprio quando il tavolo sta per essere completamente vuoto e il battito è accelerato fino all'inverosimile ed ecco il buio. Un'inquadratura nera il cui sottofondo sonoro è il suono dell'ECG al momento della morte, un "bip" prolungato chiude l'azione. A questo punto sul nero spuntano i nomi delle principali NCD, seguite da due didascalie ("2/3 delle morti del mondo avvengono per malattie non trasmissibili", "le cause le hai appena viste") e il motto finale ("non mangiarti la vita" in maiuscolo). Con questo spot è stato sfruttato un fear arousing appeal di lieve entità ma di notevole impatto, così da colpire lo spettatore senza scioccarlo, evitando di mettere in azione meccanismi di rimozione del trauma, avvisando lo spettatore alla fine con una sorta di istruzione di coping che potrebbe dare allo spettatore sollievo. Si è cercato di rappresentare, attraverso le mani, varie culture ed etnie così da colpire un target il più ampio possibile di migranti e di concentrare l'azione in un tempo non troppo ampio per non risultare dispersivi e colpire quanto più possibile.
Spot 3 Tosi e Gorza	Dopo le lezioni affrontate in aula, dalle ricerche condotte e dal materiale fornito, il gruppo ha dedotto che le malattie NCD come diabete, obesità e malattie cardiovascolari sono strettamente legate tra loro; infatti lo spot non si concentrata su un'unica malattia ma molte e si sofferma principalmente sulle cause a loro comuni. TARGET Fornito il target generale, i migranti, il gruppo ha ragionato su

	come individuare un target più specifico, coinvolgendo nello spot persone di diversa etnia, età e sesso. È stato identificato il target con i migranti di prima e seconda generazione già inseriti nella nostra società. Sono state utilizzate molto di più immagini e musica rispetto a scritte e parole, dato il maggior impatto mediatico. PROGETTO Inizialmente è stato creato uno story-board che poi è stato trasformato in video. L' idea è partita dalle frasi 'a volte pensiamo che ci sia un problema solo quando lo vediamo' e 'i problemi che non vediamo sono la prima causa di morte al mondo', dopo di che è stato sviluppato l'intero video. Il progetto è composto da brevi video, fotografie e semplici didascalie , il tutto accompagnato da una melodia classica, Young and Beautiful di Lana del Rey, suonata in acustico al pianoforte. Breve spiegazione dello story board: . il video inizia con l'inquadratura di un ragazzo, il protagonista, seduto su una poltrona che accende la televisione e poi fuma una sigaretta (il fumo è una delle cause delle malattie NCD). . nella seconda inquadratura scorrono fotografie di cibi non salutari che sono un'ulteriore causa di queste malattie. . la prima didascalia: 'a volte pensiamo che ci sia un problema solo quando lo vediamo' anticipa e spiega le foto che poi seguono. . carrellata di 4 foto che mostrano i tre personaggi (donna indiana- malattia cardiovascolare, ragazzo africano – diabete , bambina russa- obesa) che vestono delle magliette il cui disegno rappresenta gli organi principalmente colpiti dalla malattia e facilmente riconoscibili nel disegno. I personaggi sono di schiena e ruotano uno alla volta per sottolineare il fatto che esteriormente non hai nessun sintomo ma l'organo può essere danneggiato. . il protagonista si ritrova addosso la maglietta della foto senza accorgersene (ma lo spettatore la vede) . altra didascalia : 'forse anche tu indossi una di queste magliette senza saperlo' . il protagonista viene inquadrato e si guarda la maglietta; si rende conto che il suo stile di vita può averlo portato ad avere una di quelle malattie. . didascalia: 'prevenire è la soluzione migliore' alla quale seguono tre foto di cibi salutari, frutta e verdura. . didascalia: 'fai un controllo!', esclamazione diretta agli spettatori, li interpella direttamente, si rivolge loro "spronandoli" a fare un controllo . nella ripresa finale, il protagonista, in piedi, dice 'i problemi che non vediamo sono la prima causa di morte al mondo'; sottolineando il fatto che facendo un controllo, anche quando apparentemente non ci sembra di averne bisogno, ci può salvare la vita. Infatti lui indossa una maglietta bianca e non più quella con gli organi danneggiati. DIFFUSIONE

	I luoghi più adatti ad intercettare il target di riferimento e per riuscire a trasmettere il messaggio di prevenzione, senza spese eccessive sono tutti quelli maggiormente frequentati quali: gli uffici postali, le asl, le stazioni, ecc… FINALITÀ Non si è voluto determinare uno stato di shock nelle persone mostrando immagini pesanti e emotivamente forti , ma favorire una sulle prevenzione, il mezzo più efficace e facilmente accessibile. Inoltre l'intento dello spot è di tipo informativo: mettere a conoscenza le persone di queste malattie che, negli ultimi anni, si stanno diffondendo come delle vere e proprie epidemie pur non essendo trasmissibili.
Spot 4 Di Benedetto, Gutry, Licitra, Mirani	L'universo delle malattie croniche non trasmissibili è vastissimo, così come sono numerose le cause che le favoriscono. Il gruppo ha scelto di puntare sulla prevenzione: dovendo comunicare in modo semplice e immediato il problema, ha deciso di sottolineare i piccoli gesti che riducono il fattore di rischio. La malattia è complessa, ma i piccoli gesti che si possono compiere per prevenirla sono estremamente banali, se considerati come un dovere verso noi stessi. È necessario dedicare alla propria persona più tempo e più cure. La vita è il tempo che ti concedi. Spenderlo per la tua salute ti aiuta a prevenire le malattie croniche non trasmissibili come cancro, obesità, il diabete e le malattie cardiovascolari, la principale causa di morte nel mondo. Lo spot sebbene sia di elevata qualità professionale non intercetta il target di riferimento ma può essere perfettamente utilizzato per la comunicazione sui medesimi temi per un target italiano e soprattutto giovane.
Spot 5 Canazza e Guerroni	Il progetto del video/spot comporta una serie di scelte di seguito motivate. La prima scelta è quella di un tipo di comunicazione che deve inquadrare trasversalmente il tema delle malattie, evitando focalizzazioni nei confronti solo di una singola patologia. La seconda scelta è quella di adattare al tipo la comunicazione sociale, la struttura del video, basandosi su fear arousing appeals, ossia l'inserimento di elementi di paura inseriti nel messaggio, al fine di ottenere un'attenzione emotiva maggiore. Questa metodologia, come sottolineato da numerosi studi, però richiede di seguito l'inserimento di una proposta risolutiva del problema. Di conseguenza la struttura dello spot si articola, sia con le immagini, sia con l'accompagnamento musicale, in due parti che possono essere definite quasi antitetiche. Il video si avvale inoltre dell'implementazione di teorie come quella dell'agenda setting e dei ruoli. Uno dei problemi più importanti è quello di affrontare e risolvere la questione delle possibili molteplici differenze culturali relative alla provenienza delle persone a cui il messaggio si rivolge, essendo altrimenti estremamente delicato e quasi inevitabile cadere in errori contenutistici, magari toccando argomenti

	sensibili in un pubblico con riferimenti formativi anche molto lontani dai nostri. Chiave del messaggio è il cambiamento di quegli stili di vita che possono essere potenzialmente dannosi, cambiamento che viene sottolineato anche dal colore rosso della frase chiave. È in atto una rivalutazione del benessere e dei valori immateriali, da cui può conseguire una maggiore attenzione alla propria salute e sia quindi necessario valorizzare l'importanza della condotta individuale: nell'attuale società del post-crescita è indispensabile formare il proprio sé, interiore ed esteriore, attraverso l'adozione di stili di vita comuni e condivisibili. Non dovrebbe essere così difficile, in una costruzione sociale come quella odierna, in cui la quantità di informazioni a cui veniamo esposti è elevatissima, trovare l'alternativa a quella sorta di "ignoranza" di conoscenze basilari che porta a scegliere stili di vita a rischio e a contrarre conseguentemente gravi malattie che sono la maggiore causa di decessi a livello mondiale. Quello che ci si aspetta dalla visione dello spot, a livello persuasivo, è un cambiamento cognitivo, ossia la presa coscienza di cause e conseguenze di errati comportamenti. Successivi saranno poi il cambiamento d'azione e comportamentale. La scelta del cibo come soggetto principale è anche dettata dall'alto valore simbolico che ricopre nella nostra vita, in cui vari fattori intervengono a livello culturale, sociale, di gratificazione e di incorporazione. L'alimentazione permette di promuovere trasversalmente dei sintetici suggerimenti per uno stile di vita ottimale. Essenziale è trovare una soluzione, attraverso immagini e suoni, alle differenze linguistiche del target. Le prime due immagini, raffiguranti la sezione umana di due corpi, permettono anche attraverso una sottolineatura musicale, di comprendere due situazioni ben distinte - e facilmente differenziabili - a livello morale. Questo poiché gli unici linguaggi condivisibili, senza altre mediazioni, da tutti sono quello iconico e musicale. Crediamo inoltre che il messaggio iniziale "Hai mai pensato di dare un occhiata dentro di te?", suggerisca una maggiore introspezione, con acquisizione di obiettività nel valutare la propria condizione. Nella struttura del sé occorre accrescere la valutazione della propria persona, riuscire a vedersi dentro, ossia divenire consapevoli che elementi di routine, quali l'alimentazione o il fumo, possono essere le maggiori cause di malattie non trasmissibili. Per descrivere questo concetto è fotografato, nell' immagine iniziale, un insieme di elementi negativi, sottolineati come tali anche a livello sonoro. Nella seconda fase il punto di svolta, nuovamente sottolineato dalla melodia, è il messaggio: "Troviamo una soluzione. Insieme", in cui si sceglie di evidenziare la parola "insieme" ponendola tra due punti, per sottolineare la compartecipazione del promotore di questo messaggio nei confronti dello spettatore e la sua volontà propositiva.

	Sono stati inseriti anche alcuni giochi di parole sonori o visuali: - nella prima parte dello spot si parla dell'effetto vorticoso delle maggiori cause delle malattie, vortice che è sottolineato dalla grafica dell'elenco; - a proposito dell'elenco, essendo il messaggio riferito a migranti sia di prima che di seconda generazione, abbiamo scelto di "giocare" sul nome di queste malattie, infatti ciò che vogliamo trasmettere, soprattutto ai genitori, è di concretizzare un cambiamento poiché la loro figura nell' ambiente famigliare è il riferimento fondamentale. La teoria di Albert Bandura, dell'apprendimento sociale e del rinforzo vicariante, viene, nel messaggio, sottolineata attraverso la musica: se nel corso della prima parte il suono risulta cupo e ansioso, nella seconda la musica, ossia la "Primavera" di Vivaldi, si apre alla soluzione e rinforza la figura rappresentante la dieta mediterranea come giusto espediente. Tutto il discorso sulle malattie e sull'adozione di una dieta più equilibrata si inserisce in un contesto in cui il consumo alimentare sta divenendo sempre più critico ed etico. Compito di questo messaggio è quello di "comunicare bene per consumare meglio". Per questo tipo di comunicazione sociale il ruolo delle istituzioni è fondamentale. Nel finale del video la scelta del quadro del lombardo Giuseppe Arcimboldo diviene quasi inevitabile: dopo la sua citazione, nell'immagine della composizione degli organi del corpo umano con le verdure, l'immagine originale serve a sintetizzare, in maniera colta ma anche diretta e comprensibile, il patrimonio culturale e alimentare della Lombardia. E proprio nella connessione tra passato e futuro riteniamo tempestiva l'importanza che viene attribuita al cibo in questo spot: lo stesso capoluogo lombardo si proporrà, nel prossimo anno, come promotore e fulcro mondiale di idee e osservazioni sull'alimentazione e su tutte le dinamiche ad essa collegate attraverso l'EXPO 2015. Il titolo dell'evento, "Nutrire il pianeta, energia per la vita", usa le parole "nutrire" e "vita" che sono le stesse che ispirano la nostra volontà comunicativa. Analogamente alla scelta dell'Arcimboldo, anche per le musiche la scelta dell'italiano Vivaldi valorizza di nuovo la congruenza con la nostra immensa e bellissima cultura che tanti gioielli ci ha regalato. L'immagine conclusiva, infine, nella sua immediatezza e semplicità, si giova del gioco dell'associabilità della struttura fisica della noce a quella del cervello. In conclusione il progetto è di carattere propedeutico allo sviluppo di una cultura del benessere personale e sociale corretta, per qualsiasi persona che vive nel nostro bellissimo e ricchissimo territorio italiano, aldilà delle differenze etniche e culturali che nondimeno rendono l'insieme ancora più completo.
Spot 6 Farace	La studentessa non fornisce un concept dell'elaborato. Il video si focalizza sul tema dell'obesità e degli stili di vita alimentari da

	abbandonare per evitare di incorrere in malattie correlate a una dieta sbagliata.
Story Board Pignatelli	Lo studente si è concentrato solo su uno storyboard legato ad un messaggio di sensibilizzazione su corretti comportamenti di consumo per potere vivere la propria vita in maniera efficace e con vigore. La storia nasce dalla rappresentazione dell'obesità: Una comune pista di atletica con diversi ostacoli compone la scena. Il tragitto è quello dei 100 metri. Si intravede una figura umana in sovrappeso. Lo storyboard continua con un lieto fine. Il prodotto non sembra particolarmente innovativo ed originale né sono sufficienti gli elementi per una valutazione complessiva.

I materiali inviati su supporto video sono pubblicati al seguente link:

Spot 1: Donadoni
http://youtu.be/Uqppn0qa2fc

Spot 2: Pronzato e Buongiorno
http://youtu.be/gIhgZW1iEgc

Spot 3: Tosi e Gorza
http://youtu.be/_hMfQ-wLONo

Spot 4: Di Benedetto, Gutry, Licitra, Mirani
http://youtu.be/tXBLG6hPvBE

Spot 5: Canazza e Guerroni
http://youtu.be/kb8D_0rTUpg

Spot 6: Farace
http://youtu.be/A33z3YRNfRg

La giuria nominata con decreto rettorale n. 16720 in data 31 marzo 2014, con il quale viene nominata la Commissione preposta alla selezione degli elaborati relativi al concorso e composta da esperti del tema e dal docenti dell'Università IULM ha dichiarato vincitore del concorso lo spot 5 realizzato dagli studenti Canazza e Guerroni – progetto titolato Arcimboldo. Inoltre considera il lavoro del gruppo di studenti coordinati dalla studentessa Di Bendetto che risulta molto interessante soprattutto per la sua qualità di realizzazione ma non specificatamente legato al target di riferimento di stranieri. Quest'ultimo spot può, tuttavia, essere perfettamente utilizzato per un target di italiani. Si suggerisce, infatti, l'uso del KIT con più spot in relazione anche al target di riferimento. Le malattie non trasmissibili sono, infatti, elemento di sensibilizzazione anche per un target diverso come gli italiani.
La commissione nel valutare i materiali presentati dai candidati ha adottato i seguenti criteri di valutazione:

- Il grado di efficacia comunicativa
- Il grado di chiarezza del messaggio
- La capacità di attirare l'attenzione
- L'appropriatezza del messaggio per un pubblico di stranieri
- Il grado di qualità professionale del lavoro

- Il grado di appropriatezza del materiale per un uso di sensibilizzazione all'interno del sito istituzionale della Regione Lombardia

Ogni commissario, oltre alla valutazione svolta adottando i suddetti criteri, ha anche espresso un parere generale sul prodotto video e\o storyboard presentato esprimendolo su una scala da uno a sette. La valutazione finale è stata pertanto espressa sulla base dei punteggi ottenuti dai singoli elaborati nei suddetti parametri di valutazione, integrato con il parere generale espresso dal singolo commissario e integrato con l'eventuale punteggio ottenuto sulla qualità degli opuscoli allegati al materiale video e\o storyboard. A tal proposito la commissione ha deciso che il punteggio ottenuto sugli opuscoli deve essere espresso in base alla qualità del materiale e alla sua ricchezza di informazioni su una scala da uno a sette come per le valutazioni espresse per tutti gli altri criteri sopra indicati.

Alcuni degli studenti/gruppi hanno realizzato anche una brochure informativa:

Brochure 1: Donadoni

Lotta Alle Malattie Non Comunicabili

Che cosa sono le NCD?

Quando si parla di queste malattie si fa riferimento al diabete, l'obesità, il cancro, le malattie cardiovascolari e respiratorie, che sono responsabili dell'80% della mortalità e del 70% di disabilità e sofferenze in tutto il mondo.

Fattori di rischio

- Consumo di tabacco

Ha raggiunto le dimensioni di un'epidemia globale. In tutto il mondo si fumano ogni giorno più di 15 miliardi di sigarette e il consumo totale continua ad aumentare. L'assunzione prolungata di tabacco incide sulla durata della vita media oltre che sulla qualità della stessa.

Per ogni settimana di fumo si perde un giorno di vita.

Il fumo aumenta il rischio di cancro anche alla vescica, al fegato, laringe, esofago, polmoni, pancreas e danni all'apparato respiratorio e vascolare. Il fumo del tabacco ha un alto prezzo in termini di salute: i fumatori invecchiano precocemente ed hanno un'aspettativa di vita molto più bassa. Il rischio di morire per una tipica malattia da fumatori aumenta di più si fuma, prima si è cominciato, più a lungo si fuma e più a fondo si inala il fumo.

- Consumo eccessivo di alcol

L’alcool è la sostanza di abuso più diffusa e utilizzata nel mondo sia dal punto di vista quantitativo sia qualitativo. L’assunzione di alte dosi determina uno stato di incoscienza, coma o addirittura la morte.
L’alcool è trasportato dal sangue in tutti i nostri organi, creando danni soprattutto al fegato, cuore, stomaco, intestino e cervello. L’alcol ingerito a forte dosi altera il metabolismo, può influire sulla pressione sanguigna e causare forme di intossicazioni, anche gravi. Gli effetti dell’alcol sul nostro organismo variano comunque in base alla dose di alcol che si ingerisce, alla concentrazione alcolica della bevanda e al fatto che l'alcol venga ingerito a stomaco vuoto oppure durante e dopo i pasti. Contano, infine, le differenze tra individuo ed individuo, quali il peso corporeo, il sesso e lo stato di salute.

- Inattività fisica

Non fare attività fisica è una malattia. Infatti uno stile di vita sedentario causa obesità, diabete e pressione alta. L’inattività ha un impatto sulla salute non solo dei pazienti obesi, ma anche su persone di peso normale. Muoversi poco fa male fino a morirne, tanto quanto fumare sigarette. Ogni anno 5,3 milioni di persone morirebbero nel mondo a causa dell'inattività fisica. Gli studi dimostrano come calando il livello di inattività almeno del 10 per cento, si potrebbero salvare ogni anno mezzo milione di vite umane.

- Consumo alimentare errato

Continua ad aumentare la quantità di grassi assunta ogni giorno attraverso il cosiddetto “cibo spazzatura”, portando ad un incremento del colesterolo nel sangue e quindi alla formazione del diabete. Altre conseguenze di un’alimentazione squilibrata sono: disturbi digestivi, cardiovascolari, obesità, diabete e può causare l’infarto. Le cause di questi stili alimentari errati vanno individuate a più livelli:

1. una maggior disponibilità di cibi spesso "impoveriti" dei loro micronutrienti – soprattutto vitamine e minerali - a causa dei tempi tecnici troppo lunghi tra il momento del raccolto/produzione, della trasformazione, conservazione, stoccaggio, distribuzione e infine consumo;
2. nelle scelte alimentari spesso affrettate imposte dalla vita quotidiana;
3. nella scarsa propensione al consumo di ortaggi e frutta freschi da parte delle generazioni più giovani e degli anziani.

Come prevenire e curare

Il consumo di tabacco deve essere completamente interrotto, perché non porta nessun beneficio, né per se stessi né per l’ambiente circostante. Quindi è necessario lottare il più possibile contro il desiderio di accendersi una sigaretta.

Bere in maniera moderata consiste nel consumo di alcool a tavola, specialmente vino, non lontano dai pasti e senza mai esagerare.

Un’attività fisica condotta con moderazione, ma anche con regolarità, fin dall’età dello sviluppo, permette all’organismo di mantenersi sano ed efficiente più a lungo, ritardando la degenerazione dei muscoli, delle articolazioni e delle strutture organiche. Gli studi scientifici ne dimostrano i benefici innumerevoli:

1. Riduce il rischio di ammalarsi di diabete
2. Riduce i livelli di pressione e colesterolo
3. Riduce il rischio di malattie cardiache e tumori
4. Riduce il rischio di infarto
5. Riduce stress e depressione
6. Riduce il rischio di obesità

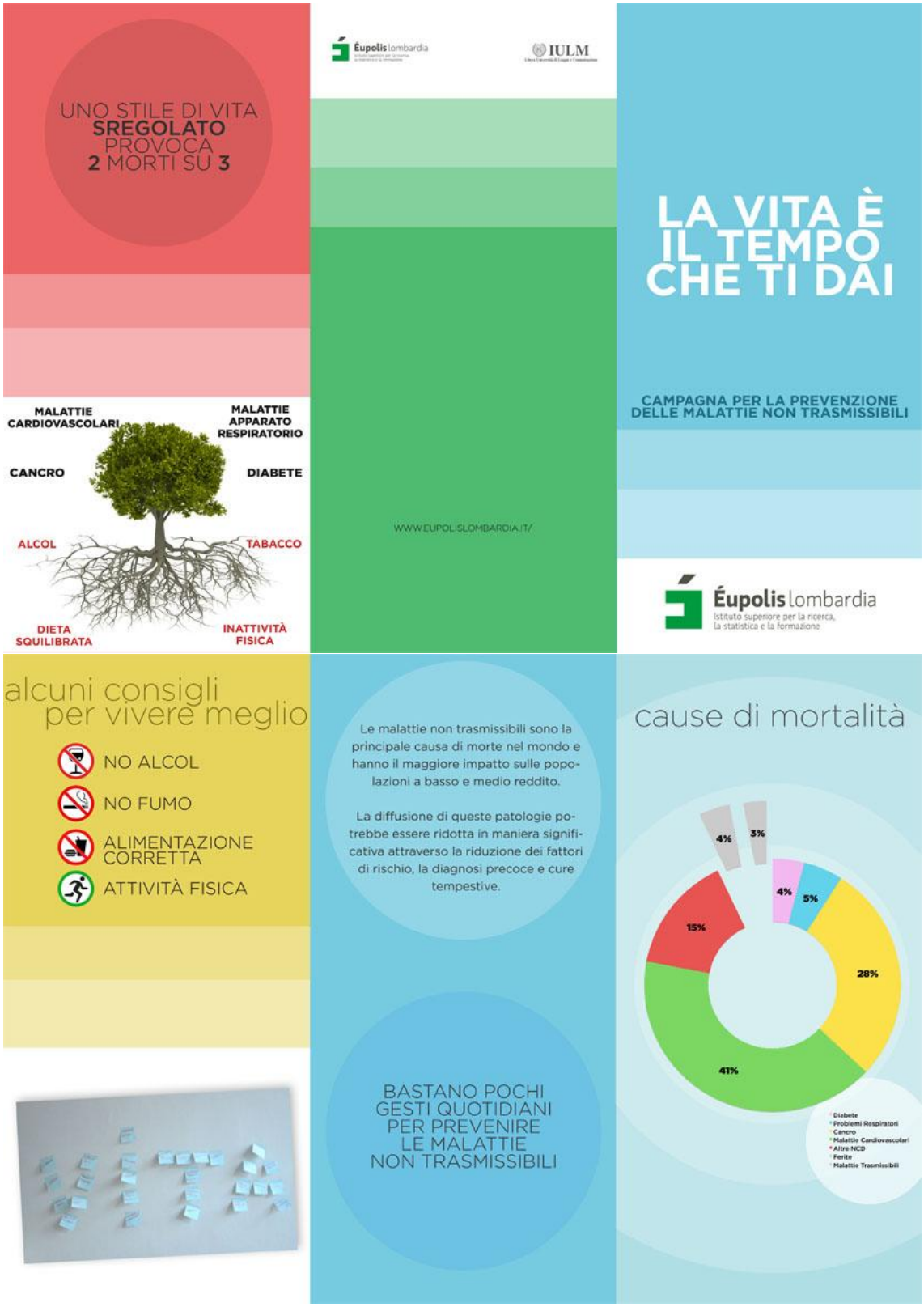
Un cuore allenato con una attività fisica regolare è un cuore che si mantiene giovane, diventa più robusto e resistente alla fatica, permette di far vivere meglio la quotidianità e si accompagna a un umore positivo, condizione che contribuisce a vivere più a lungo.

Mangiare in modo corretto aiuta a mantenersi in forma, ma anche a prevenire molte malattie. Quindi aumentare il consumo di verdure, che contengono poche calorie e grassi, ma sono ricche di vitamine, acqua, fibre e Sali minerali. Di conseguenza anche di carne, pesce, frutta e tutti gli alimenti essenziali, ma diminuire il consumo di grassi, i quali sono elementi fondamentali per il nostro organismo, ma bisogna fare attenzione a non abusarne. Per alimentazione equilibrata si intende un modo di qualitativo. La finalità è di garantire un apporto adeguato di energia e di nutrienti, prevenendo sia carenze che eccessi nutrizionali.

Danni all'economia

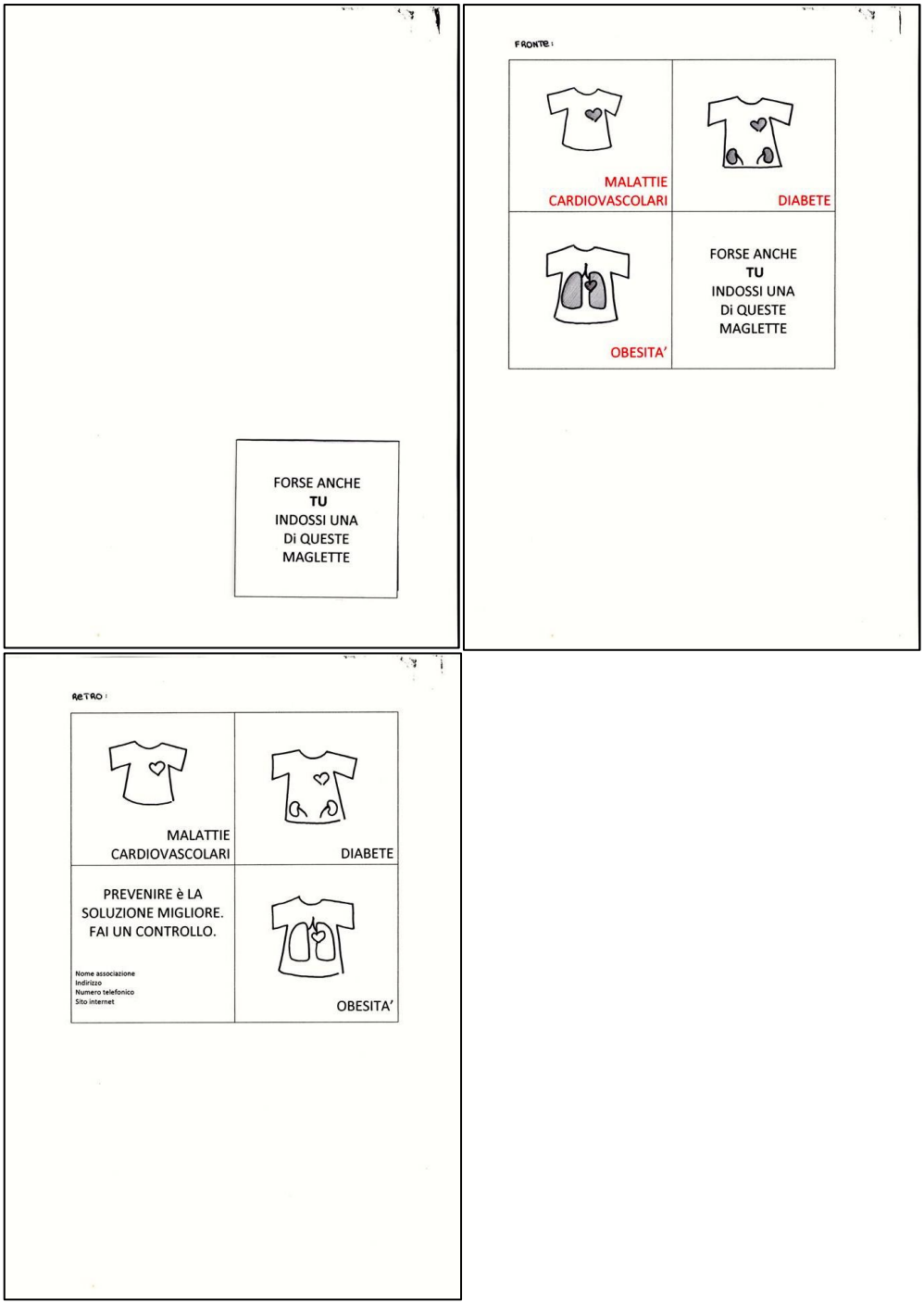
I costi che i sistemi sanitari devono sostenere sono elevati, e si prevede che aumenteranno. Malattie cardiache, ictus e diabete causano ogni anno miliardi di dollari di perdite in termini di produzione di reddito nazionale nei Paesi più popolosi del mondo. Il costo di attuazione del Piano d'azione dell'OMS è pari a circa 940 milioni di dollari per un periodo di otto anni, dal 2013 al 2020. Questo piano d'azione, dunque, va nella direzione di un miglioramento, per salvaguardare la salute e la produttività dei paesi, operare scelte informate in materia di: alimenti, media, tecnologia dell'informazione e della comunicazione, sport e assicurazione sanitaria e per individuare potenziali innovazioni per ridurre a livello mondiale la progressione dei costi dell'assistenza sanitaria in tutti i paesi.

Brochure 2: Di Benedetto, Gutry, Licitra, Mirani



Brochure 3: Canazza e Guerroni

Brochure 4: Tosi Gorza



La giuria ha giudicato la brochure realizzata dal gruppo Di Benedetto, Gutry, Licitra, Mirani, la migliore.

CAPITOLO 3
LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI. VIDEO ANIMATO

Oltre agli elaborati dagli studenti è stato realizzato un video animato ispirato dalla documentazione raccolta durante il concorso di idee e che è stato fornito insieme agli altri materiali del kit.
Il video *Le malattie non trasmissibili* ha il compito di accompagnare i lavori audiovisivi sviluppati all'interno del progetto. Il prodotto si è posto come obiettivo quello di sintetizzare il lavoro di ricerca audiovisiva in cui si sono indirizzati gli studenti IULM con i loro elaborati, cogliendone diverse suggestioni, di stile o di trattamento del tema, e integrarlo con altri punti fondamentali riguardanti la letteratura raccolta in merito alle NCD con un occhio all'informazione visiva già in circolazione.
L'animazione è il mezzo che più si presta ad esplorare le risorse di una comunicazione visiva che vanno oltre alle potenzialità del videomaking. Ha dalla sua la potenza di comunicare con le immagini e in aggiunta di stravolgere la realtà con la sua materia fatta di rimbalzi, mutazioni e magie.
Il nostro video animato si struttura con una narrazione incentrata su di un personaggio (character driven) e procede per gag in modo da informare intrattenendo. La parte infografica coadiuva il contenuto, trasmette il messaggio basico ma al contempo lascia intravvedere ambiti di approfondimento. A chi guarda è data la possibilità sia di divertirsi e recepire il messaggio più immediato che di intuire che c'è ben altro da sapere su di un argomento così importante. L'utilizzo dell'animazione infografica sta crescendo in modo esponenziale e viene incontro a una sempre crescente richiesta di informazione veicolata visivamente. Abitualmente sono compresenti tre tracce con cui il contenuto esprime: le immagini (in movimento), il testo scritto e la voce fuori campo di commento.
Si è preferito restare su una forma di comunicazione essenziale che scorra sullo schermo e sia di immediata comprensione per tutti anche se è ipotizzabile una versione con una voice over per rinforzare il messaggio.

PARTE 4

FORMAZIONE

CAPITOLO 1
BISOGNI FORMATIVI

1.1. Dati derivanti dall'indagine utente migrante e Non Communicable Diseases

Il questionario compilato a 255 operatori (202 sanitari, 42 sociali e 11 scolastici) della regione Lombardia ha permesso di individuare alcuni dei bisogni formativi maggiormente rilevanti nell'ambito delle NCD e utenti migranti. Gli operatori riferiscono difficoltà con gli utenti migranti connesse soprattutto a incomprensioni linguistiche dovute al fatto che in particolari i migranti provenienti da alcune aree geografiche (es. africano e asiatico), nella maggior parte dei casi non comunicano in italiano. Le difficoltà di gestione dell'utente migrante sono in parte anche attribuite dagli operatori intervistati alle differenze culturali.
Seppur gli operatori riferiscono strategie diversificate per gli utenti migranti nei propri ambiti di servizio, queste hanno riguardato soprattutto aspetti organizzativi e solo in misura minoritaria la formazione dell'operatore stesso.
Quasi il 40% del campione riferisce che i supporti ricevuti dalla struttura di appartenenza per facilitare la relazione con l'utente migrante sono stati insufficienti o completamente insufficiente e quasi il 50% del campione ritiene la propria formazione sul tema utente migrante tra insufficiente e sufficiente. Inoltre, più del 50% del campione di operatori riferisce di non aver mai fatto o di aver fatto poca formazione rispetto al tema della costruzione della relazione operatore/utente straniero e quasi il 60% di avere poca o nulla formazione anche nel campo delle NCD, con il risultato di avere poca o nulla conoscenza sul tema (compreso il 68% degli operatori sanitari). Gli operatori riferiscono il bisogno di conoscenze sia caratteristiche dell'utente migrante (linguistiche, culturali, socio-antropologiche) sia trasversali in merito alla comunicazione empatica.
Più del 70% del campione ritiene che sarebbe molto utile una formazione specifica sui temi culturali e relazioni per facilitare il rapporto con le persone che provengono da altri paesi e che questa dovrebbe includere sia lezioni frontali che metodologie attive.
Come da progetto l'università IULM metterà a disposizione una piattaforma di scambio materiali formativi e di interazione tra i partecipanti secondo un modello social web con utilizzo di software open source (come per esempio moodle), e metterà a disposizioni un gruppo di docenti in accordo con ÉUPOLIS e Regione Lombardia, sulla base dei percorsi formativi proposti.

1.2. Obiettivi generali di una formazione su migranti e NCD

Di seguito vengono identificati alcuni obiettivi fondanti di una formazione completa per gli operatori che si trovano a lavorare con utenti migranti potenzialmente portatori di NCD, basati su quanto emerso nel presente report. Ai fini di una formazione efficace mergono alcuni ordini di fattori rilevanti:

1. Conoscenze linguistiche, culturali rilevanti alla comprensione del rapporto del migrante con la NCD (stili di vita, fattori di rischio, instaurarsi del disturbo, comprensione del problema, aderenza alle cure, accettazione di malattia, ecc.)

   Figura professionale consigliata: sociologo, antropologo.

2. Conoscenze specifiche sulle sulle NCD: dati epidemiologici, fattori di rischio, caratteristiche principali, linee di intervento primarie e secondarie, stili di vita, ecc.

   Figura professionale consigliata: medico o infermiere specializzati in materia.

3. Competenze trasversali sulla comunicazione interpersonale finalizzata a prevenzione e promozione dell'aderenza alla cura:

- Non si può non comunicare
- Informare e comunicare sono due azioni diverse
- Stili comunicativi
- L'empatia
- La capacità di fare domande
- Le decisioni irrazionali e il coinvolgimento emotivo
- La capacità di ascoltare
- Pregiudizi personali e ostacoli a una comunicazione efficace
- Come aiutare il paziente ad aprirsi alle esperienze dolorose connesse alla malattia e a impegnarsi in comportamenti di valore e di cura

Figura professionale consigliata: psicologo con formazione sui processi decisionali, comunicativi e relazionali, anche di matrice neuroscientifica.

4. Strumenti di comunicazione: kit di comunicazione sulle NCD e migranti.

Il kit comprende materiale video, brochure informative, linee guida per la comunicazione.

Il percorso dovrebbe:

- illustrare i materiali, i documenti e le fonti utilizzate per la costruzione del kit
- illustrare il kit stesso
- fornire suggerimenti sul suo utilizzo anche in base ai risultati delle analisi del Laboratorio di Neuromarketing IULM e gli studi neuro scientifici sui processi decisionali e di comunicazione
- conseguentemente sarà proposta una esposizione/interpretazione dei risultati delle analisi del Laboratorio di Neuromarketing IULM

Figura professionale consigliata: sociologo, antropologo, esperto di comunicazione + esperto in neuromarketing

5. Fattori psicologici che favoriscono e che ostacolano l'adattamento alla malattia e l'aderenza alle cure con particolare attenzione al diabete:

- Sapere non basta
- Disturbi emotivi
- Stili di fronteggiamento della situazione
- Il rischio dell'evitamento: la possibile funzione rinforzante degli stili di vita a rischio per la malattia
- I valori personali come pilastro fondante della motivazione alla cura di sè
- Come individuare dove si trova il paziente? Segni indicatori della presenza di distress emotivo e mancanza di consapevolezza di malattia

Figura professionale consigliata: psicologo.

1.3. Tempistiche suggerite

Sulla base dei quattro macro-obiettivi identificati, si suggerisce una formazione di almeno due giornate (mezza giornata per macro-obiettivo) che coinvolgano le seguenti figure professionali competenti per le tematiche individuate: medico-infermiere specializzato in NCD, sociologo/antropologo e psicologo specializzato in materia di psicologia della salute e fattori di adattamento alla malattia, esperto in comunicazione.

PARTE 5

TEST SUL MATERIALE COMUNICATIVO REALIZZATO E ANALISI DEGLI EFFETTI EMOTIVO-AFFETTIVI (BIOFEEDBACK, EYE TRACKING)

CAPITOLO 1
IL NEUROMARKETING

Una premessa teorica

Fin dai primi studi sull'efficacia della comunicazione pubblicitaria risalenti alla fine del 1800, e come si evince dal primo lavoro in questo ambito datato 1908,*The Psychology of Advertising: A Simple Exposition of the Principles of Psychology in Their Relation to Successful Advertising*) di Walter Scott (Olivero e Russo, 2013), si è sempre cercato di dimostrare, con elementi di evidenza, l'efficacia della forza persuasiva di uno spot.
Un aspetto strategico nel campo del marketing è la comprensione del livello di coinvolgimento indotto in una persona quale conseguenza della esposizione alla comunicazione. Il riconoscimento degli stati emotivi ed attentivi rappresenta un criterio oggettivo di valutazione dell'effetto dell'esposizione del soggetto a messaggi promozionali che, affiancato ai metodi tradizionali (*self-report*, *focus group*), fornisce uno strumento essenziale per la comparazione dell'efficacia comunicativa dei messaggi pubblicitari.
Riferendoci alle emozioni, esse giocano un ruolo fondamentale nell'uomo poiché influenzano la cognizione, la percezione e i processi decisionali. Il riconoscimento emotivo è un problema complesso essendo le emozioni dei costrutti psicofisiologici che non possono essere misurati direttamente, in quanto fenomeni endogeni, e coinvolgenti diversi sistemi (Sistema Nervoso Centrale, Sistema Nervoso Autonomo, fino al Sistema Nervoso Periferico). Secondo la teoria cognitiva delle emozioni, il cervello è il centro di tutte le azioni umane, di conseguenza le emozioni e gli stati cognitivi possono essere rilevati attraverso l'analisi dei segnali fisiologici generati dal Sistema Nervoso Centrale [Mauss, Robinson, 2009]. Da ciò si evince che le misure neurofisiologiche forniscano la via più diretta e completa per il riconoscimento emotivo. La correlazione tra emozioni e cervello è stata studiata da numerosi ricercatori mediante strumentazioni non invasive caratterizzate da diversi livelli di usabilità e praticità. Risulta fondamentale cercare il più possibile di preservare le condizioni reali dell'esperienza nella fase di ricerca mediante l'utilizzo di strumentazioni non invasive, che prevedano un numero minimo di componenti a contatto con il soggetto. La Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI) e la MagnetoEncefaloGrafia (MEG) sono state ampiamente utilizzate per individuare i nuclei corticali e subcorticali coinvolti nelle reazioni affettive, ma il loro costo e le condizioni innaturali richieste per il loro utilizzo caratterizzano la scarsa praticità di questi sistemi e la difficile applicazione. Lo strumento più idoneo per l'investigazione neurale delle emozioni è sicuramente il segnale ElettroEncefaloGrafico (EEG) sia, appunto, per la sua maggiore praticità, sia per la sua elevata risoluzione temporale (Huettel et all, 2004), fattore quest'ultimo che permette di investigare dettagliatamente le dinamiche cerebrali. Il numero degli elettrodi di registrazione per il segnale EEG è variabile a seconda del sistema di registrazione scelto: maggiore è il numero degli elettrodi maggiore sarà lo scostamento dello studio dalle condizioni reali ma ovviamente maggiore sarà la risoluzione spaziale.
L'utilizzo di tecniche neuropsicologiche e, in particolare, dell'EEG nel campo della ricerca per il marketing risale ai primi anni '70 (Krugmann H.E., 1971) ma i primi studi pubblicati su riviste scientifiche apparvero negli anni '80. Nel 1985 Linda F. Alwitt pubblicò un articolo sul legame tra onde cerebrali (EEG) e reazioni a uno spot

pubblicitario. La ricerca in questo campo ha portato a evidenziare l'utilità dello studio in tempo reale delle reazioni cognitive ed emotive dei consumatori posti di fronte a un messaggio (monitorando anche quelle reazioni che sono al di sotto del livello della consapevolezza cosciente). Rispetto a questi primi studi pioneristici oggi disponiamo di computer dotati di sistemi operativi molto più avanzati e di programmi di elaborazione statistica più sofisticati.
Le nuove tecnologie disponibili hanno fatto fare enormi passi avanti nella ricerca di base e in quella applicata. Più recentemente l'EEG è stata applicata nella valutazione del coinvolgimento nella fruizione dei mass media (Swartz, 1998), nella percezione degli spot tv (Rothschild et all, 1986) e nella previsione del ricordo di specifiche parti delle campagne televisive (Rothschild, Hyun, 1990). Rossiter e Siberstein in una ricerca del 2001 hanno cercato di derivare dai pattern di attivazione neurale quali scene di spot tv sarebbero state memorizzate in modo più accurato. Utilizzando l'elettroencefalogramma sono arrivati a dimostrare che le scene che attivano una risposta più veloce nell'emisfero sinistro del cervello erano quelle maggiormente ricordate.
Nel 2009 Rafal Ohme e colleghi hanno condotto un interessante esperimento che dimostra l'utilità del neuromarketing nelle fasi di ricerca preliminari alla messa in onda di una campagna (pre-test o copy test). Gli autori hanno dimostrato come le misure neuropsicologiche possano evidenziare delle differenze significative nelle reazioni a due stimoli pubblicitari che si differenziano tra loro anche solo per pochi fotogrammi. Usando l'elettroencefalogramma (EEG), l'elettromiografia (EMG) e la misurazione della skin conductance (SC) gli autori sono stati in grado di registrare reazioni differenti a due diverse versioni di uno spot (una singola scena era stata leggermente modificata in fase di progettazione), anche se questa differenza non è stata percepita a livello cosciente dai soggetti. Il risultato di quest'indagine solleva interessanti quesiti rispetto alle tradizionali metodologie di ricerca utilizzate nel campo del marketing. I metodi di ricerca tradizionali falliscono nel tentativo di misurare gli aspetti inconsci, immediati e puramente emozionali del consumatore (Braidot, 2005; Kenning et all., 2007). Sulla base dei risultati di questa indagine risulta evidente il fatto che i soggetti non sono sempre in grado di esplicitare le proprie preferenze né di essere consapevoli di ciò che ha prodotto in loro una particolare predisposizione o repulsione verso lo stimolo. Infatti, nell'esperimento di Ohme gli spot testati si differenziavano tra loro solo per alcuni gesti dell'attrice nell'arco di 4 secondi: i soggetti sperimentali non sono stati in grado di cogliere questo dettaglio ad un livello cosciente ma il loro corpo e il loro cervello hanno reagito a tali differenze.
La valutazione dell'efficacia di un messaggio, soprattutto quello di tipo sociale come quello che è stato oggetto di indagine, è stata quindi svolta per tanti anni con tecniche classiche come le interviste nel profondo, i focus group o i questionari. Questa modalità ha un certo valore se consideriamo il soggetto come un essere razionale ("una macchina pensante che si emoziona" avrebbe detto Damasio, 1994) in grado di rispondere alle domande senza che vi sia alcuna influenza delle tecniche di indagine sul contenuto emotivo che le stesse intendono carpire e analizzare. Di fatto sappiamo che la pubblicità, prima che agire sulla dimensione razionale, agisce su quella affettiva, sia nel momento in cui intende attrarre l'attenzione del soggetto, che nella fase di interpretazione e memorizzazione del messaggio. Ogni tentativo di studiare razionalmente il processo di attivazione emotiva che un messaggio pubblicitario intende determinare deve fare i conti con il rischio di perdita di informazione che la razionalizzazione impone o l'effetto che la desiderabilità sociale può indurre nei soggetti sperimentali.

Il riconoscimento della forte valenza affettiva del messaggio pubblicitario, e il processo razionalizzante che le tecniche classiche impongo nello studio dell'effetto della pubblicità, ripropongono una riflessione sulla reale capacità che hanno le tecniche tradizionali nel riuscire a valutare l'efficacia (affettiva) del messaggio e nel cogliere gli eventuali cambiamenti emozionali determinati dallo spot. È questo un aspetto di grande interesse da cogliere, soprattutto se consideriamo che l'attivazione emotiva lascerebbe presagire una certa attenzione (aspetto a volte difficile da avere a causa di un'eccessiva pervasività pubblicitaria). Da questa critica considerazione nasce l'esigenza di trovare e sperimentare strumenti innovativi per l'analisi della dimensione affettiva che provoca un messaggio promozionale soprattutto cercando di superare l'effetto razionalizzante del processo di indagine con intervista o questionario e cercando al contempo di cogliere gli effetti che il messaggio ha sulla dimensione affettiva ed emotiva dello spettatore.
Da qui nascono le tecniche di neuromarketing di cui si parlerà più specificatamente più avanti, finalizzate a studiare il processo affettivo provocato da un messaggio pubblicitario analizzando gli effetti che provoca dal punto di vista emotivo ed attentivo attraverso indicatori psicofisiologico strettamente connessi all'emozione. Questa nuova generazione di metodologie per la ricerca sulla misurazione delle emozioni, o meglio le reazioni psico-fisiologiche correlate con le emozioni, consente di verificare con maggiore precisione la variazione della condizione emotiva rispetto ad uno stato di quiete o comunque ad una condizione presa come punto di riferimento e di paragone. Da questo confronto, in merito a diversi parametri, come l'intensità, la durata, ecc. è possibile studiare i processi emotivi in maniera più articolata.
I metodi tradizionali, pur essendo sostenuti da una notevole mole di ricerca, comportano un certo grado di imprecisione e comunque un costo in termini di energie e risorse, in quanto spesso basati sull'ausilio di esperti in grado di interpretare o tradurre i dati ottenuti in informazioni importanti per guidare il processo di conoscenza e comprensione dei fenomeni emotivi.
L'idea sottostante la ricerca delle nuove metodologie di neuromarketing per catturare e studiare le emozioni è alimentata dal tentativo di rendere l'intero processo dotato di almeno una delle seguenti caratteristiche fondamentali: più rapidità nell'acquisire i dati di interesse; aumentata automatizzazione del processo di elaborazione dei dati; aumentata obiettività dei dati, pur tenendo conto della natura soggettiva delle emozioni.
Ciò non significa che le tecniche innovative sostituiranno quelle tradizionali, anzi, per un certo periodo sarebbe addirittura auspicabile integrarle con il fine di raffinare entrambe e di ottenere uno strumento unico che si avvalga dei vantaggi di tutte le tecniche e di tutti gli strumenti.
Se un intento del genere si potesse realizzare, allora la ricerca sulle emozioni avrebbe un benefico effetto, si potrebbe considerare l'idea di studiare le emozioni per quello che sono, ovvero pattern relazionali di regolamento decisionale e comportamentale all'interno della vita quotidiana, comprensiva di tutti i piani di interesse e di ricerca possibili e immaginabili nella nostra società. Si tratta, in questa fase, del tentativo di individuare un modello di analisi delle emozioni provocate da spot che possano adeguatamente integrare sistemi classici con tecniche innovative di neuromarketing, senza scadere in facili banalizzazioni e strumentalizzazioni legate all'esigenza di avere dati oggettivi in un contesto caratterizzato da sempre da soggettività. Questa riflessione acquista un ulteriore interesse di ricerca se consideriamo la specificità del messaggio pubblicitario. Questo, infatti, rientrando nel novero dei messaggi sociali è finalizzato a modificare comportamenti e atteggiamenti ed è generalmente caratterizzato dall'esigenza di attivare forti emozioni per attrarre l'attenzione. Come

vedremo più avanti la comunicazione sociale si è spesso servita di strategie di attrazione dell'attenzione fondate sull'uso di testimonial o di stili di comunicazione fortemente emotivi (come per esempio i *Fear Arousing Appeals*). Si tratta di messaggi che hanno sempre avuto una forte componente affettiva. Per questo motivo l'adozione di tecniche di indagine di neuromarketing, o meglio di strumenti capaci di analizzare le reazioni psico-fisiologiche correlate con le emozioni, si prestano ad offrire un modello di studio interessante, anche per le eventuali applicazioni in altri contesti comunicativi e di promozione.
La pratica di misurare queste reazioni psico-fisiologiche correlate con le emozioni è sempre stata conosciuta con il termine di "Biofeedback". Essa è stata la base dei trattamenti di medicina comportamentale praticata a partire dagli anni Settanta. Proprio come il termine inglese "bio-feedback" suggerisce, il concetto di base ruota attorno alla possibilità di fornire una "informazione di ritorno" in merito al singolo stato psicofisico generale col fine di migliorare la propria regolazione dei processi fisiologici che più o meno direttamente influiscono sugli stati mentali. Il termine auto-regolazione rimanda alle abilità di osservare e acquisire le competenze necessarie per portare dei cambiamenti nella propria fisiologia, nel proprio comportamento o addirittura nel proprio stile di vita col fine di promuove salute e benessere. E' un utile strumento per raggiungere una maggiore integrazione tra mente e corpo. Nella terapia basata sulla tecnica del "biofeedback", attraverso l'impiego di schermi di computer che rappresentano i loro indici fisiologici, gli individui sono allenati ad esercitare il proprio controllo volontario sui loro parametri fisiologici, che in genero sono: l'attività cardiaca, la sudorazione della pelle, la respirazione, la temperatura periferica, la pressione del sangue, la tensione muscolare e l'attività cerebrale. Nel caso si concentri l'attenzione sull'attività cerebrale, in genere espressa attraverso le onde elettroencefalografiche, si parla anche di "Neurofeedback" oppure "Neurobiofeedback", anch'esso impiegato come tecnica per modificare i propri funzionamenti mentali, invariati campi della psicologia clinica, della psicopatologia, del sonno, ecc. I pazienti su cui si sono applicate queste tecniche vedono visualizzati in tempo reale i propri funzionamenti sullo schermo del pc, e tentano di modificare il loro andamento. Grazie a questa visualizzazione in tempo reale, il paziente è in grado di imparare con effetto immediato se i suoi tentativi sono capaci di portare significativi cambiamenti. Grazie ad un'esposizione prolungata e a sessioni ripetute nel tempo, i pazienti imparano a modificare e adattare volontariamente le proprie reazioni psico-fisiologiche, le quali permettono di intervenire sui proprio stati emotivi e psicologici col fine di alleviare certi sintomi o comunque permettendo di aumentare l'auto-regolazione su specifiche condizioni di salute. Queste tecniche si sono evolute e permettono, con la stessa logica, di offrire un quadro immediato delle reazioni emotive alle stimolazioni ambientali e permettono di analizzare le reazioni psico-fisiologiche attraverso i seguenti parametri:

a) Sudorazione cutanea, detta anche elettoconduttanza della pelle, o resistenza psico-galvanica della pelle (in inglese, "Galvanic skin resistance o response", o semplicemente "skin conductance" – conduttanza della pelle). In generale, quando aumenta il sudore, diminuisce la resistenza (elettrica) della pelle, ma vedremo meglio in seguito i meccanismi di acquisizione.
b) Variabilità cardiaca, comprendente le misure del battito cardiaco per minuto ma anche altri parametri, come vedremo. In inglese, "Heart Rate" (oppure "Heart Rate Variability" se ci si riferisce alle elaborazioni più complesse del semplice segnale del battito cardiaco per minuto).
c) Consumo di ossigeno (generalmente nel sangue, anche se possono variare i siti nel corpo in cui compiere la rilevazione).

d) Livello di tensione/rilassamento del tono muscolare, o, generalmente, elettromiografia (EMG).
e) Vasocostrizione periferica (in inglese definito anche Blood Volume Pulse o BVP, letteralmente "pulsazione del volume del sangue").
f) Segnale Elettroencefalografico del cervello, comunemente noto come EEG, con cui si misurano le onde cerebrali.

Il livello di coinvolgimento di una persona durante una certa attività o situazione è già stato oggetto di studio in numerose ricerche scientifiche. In particolare, il filone di ricerca aperto dagli studi pionieristici di Csikszentmihalyi ha permesso di analizzare lo stato di coinvolgimento, definito come "Flow", in diversi campi, come ad esempio l'ascolto della musica. Questo è stato definito come un intenso stato mentale di piacevole coinvolgimento. Secondo il suo modello, lo stato di Flow avviene quando le sfide di una certa situazione sono alla portata delle competenze della persona per affrontarle e gestirle. Tale modello pionieristico, se, da un lato, ha permesso di iniziare a studiare il livello di coinvolgimento delle persone in modo scientifico, dall'altro, ha incontrato dei problemi di natura applicativa, in quanto gli studi si erano avvalsi principalmente di tecniche di indagine basate su questionari e interviste

Ovviamente questi tecniche sono applicabili grazie ad un profondo cambiamento di paradigma relativo allo studio dei processi decisionali. Oggi sappiamo che gran parte delle decisioni legate sia al comportamento di acquisto e di consumo che alle azioni legate agli stili di vita non sono frutto di una valutazione consapevole, razionale e logica. Per decenni lo studio dei processi decisionali si è servita di quella che veniva chiamata la Teoria dell'Utilità Attesa enunciata da Bernulli e formalizzata da von Neumann e Morgenstern nel 1944, secondo la quale ogni azione è strettamente legata ad una valutazione razionale del valore e dell'entità delle conseguenze, finalizzata all'ottenimento del massimo guadagno possibile. Eppure questa legge non giustifica come mai agiamo comportamenti apparentemente contrari al principio della massima utilità personale o comportamenti apparentemente irrazionali. Ciò vale soprattutto in relazione ai comportamenti strettamente legati al benessere, alla salute ed alla prevenzione di Malattie Non Trasmissibili, collegate ad un errato stile di vita. Come si può giustificare un'azione tanto irrazionale da portare ad uno stato di malessere? Grazie, prima agli studi di Simon e alla Teoria della Razionalità Limitata e poi alle scoperte di Kahneman e Tversky (1972, 1973) abbiamo avuto una prima risposta a queste domande. Ovvero agiamo azioni apparentemente mancanti di razionalità, ma che in realtà sono guidate dalle emozioni. Questa breve premessa deve aiutarci a comprendere come mai le azioni di comunicazione non possono essere valutare con il medesimo approccio razionalistico se questo non riesce pienamente a giustificare le nostre azioni quotidiane. Non a caso da qualche tempo si sente parlare di neuromarketing e di neuroeconomia. Un diverso modo di studiare il decisore, non più schematizzato nella sua rappresentazione razionale e logica tipica dell'età moderna (homo oeconomicus), ma in una più complessa rappresentazione in cui la dimensione razionale si fonde con il suo substrato biologico (homo neurobiologicus).

Accanto alle tradizionali metodologie di studio sul consumatore (focus group, interviste, ecc.) si affiancano sempre più frequentemente strumenti in grado di analizzare le dinamiche affettive, i processi mnemonici e le attivazioni fisiologiche come indicatori di un più complesso processo che comprende l'atto di consumo. Non si tratta di considerare in assoluto il comportamento umano nelle sue determinanti biologiche, ma di analizzare le correlazioni tra comportamento osservabile e il suo correlato biologico, la cui natura può contribuire a comprendere il comportamento stesso. Il neuromarketing si offre come insieme di strategie e tecniche di indagine su quegli aspetti oggi ritenuti determinanti nel processo di consumo: il coinvolgimento

emotivo, la focalizzazione attentiva e la memorizzazione. Il primo in particolare, il coinvolgimento emotivo, l'affetto, la dimensione del desiderio spesso ritenuto elemento disturbante di un processo logico razionale diviene per le nuove tecniche di analisi psicofisiologica uno dei principali elementi da misurare attraverso indicatori o marcatori biologici. Si apre un ambito di studio che riporta l'attenzione dei ricercatori su ciò che si può misurare oggettivamente, o si pretende di misurare oggettivamente.

L'emozione collegata alla scelta di un particolare prodotto o di una determinata marca può essere misurata attraverso i suoi correlati psicofisiologici e neurofisiologici. Se come afferma Damasio (1994, pag. 201) "l'emozione è l'insieme dei cambiamenti dello stato corporeo che sono indotti in miriadi di organi dai terminali delle cellule nervose sotto il controllo di un apposito sistema del cervello", la spiegazione dell'attivazione emotiva dell'atto di consumo ci aiuta a comprenderne l'essenza. Ovviamente "la spiegazione non risiede nel dato biologico, bensì dall'analisi del rapporto tra il dato in sé, l'organismo nel suo complesso e l'ambiente in cui l'organismo agisce. Prendere uno di questi separatamente significherebbe privare la disciplina neuroeconomica (e del neuromarketing) di una qualsiasi capacità esplicativa, limitandosi a un esercizio meramente descrittivo" (Lucchiari e Pravettoni, 2011, pag. 45).

"*L'attivazione neurologica non, infatti, è riconducibile all'azione in quanto tale, ma allo scopo che l'acquirente si propone ed è la conoscenza di questo scopo che assume una forte rilevanza per il marketing*" Lugli, (2010 pag.1). Quest'affermazione offre a chi si occupa di comportamenti di consumo una descrizione dello studio neuroscientifico non fine a se stesso, ma capace di analizzare quali possano essere gli elementi in grado di orientare l'azione e giustificare un atto di consumo. Ovviamente ciò parte dal presupposto che se ci emozioniamo positivamente alla vista di un prodotto probabilmente saremo più propensi ad acquistarlo (sempre che rientri tra le nostre possibilità).

Il comportamento di consumo è, infatti, guidato dalle emozioni. Un aspetto che abbiamo sempre considerato elemento disturbante nel processo di valutazione razionale delle informazioni ma che di fatto colora e caratterizza ogni nostro atto. Come ben sappiamo il consumo non è solo l'esito di un processo logico matematico, effettuato sulla scorta di un processo del tutto razionale, esso è il punto di arrivo di una più complessa dinamica emozionale in cui il prevalere di emozioni positive su quelle negative contribuisce in maniera molto forte alla scelta finale. Se la dimensione emotiva assume un ruolo determinante nella scelta, allora si comprende bene il valore che hanno assunto in questi ultimi anni le tecniche psicofisiologiche e neurofisiologiche di analisi degli indicatori strettamente collegati all'emozione. Oggi abbiamo a nostra disposizione sofisticate metodologie ed attrezzature per misurare l'impatto fisiologico ed affettivo delle stimolazioni provenienti dal mondo del consumo (le immagini di uno spot, i colori della confezione di un prodotto alimentare, il design di un sito).

Alla base di questo approccio di studio, denominato "neuromarketing", vi sono due elementi caratterizzanti: da una parte la consapevolezza che molte delle scelte di acquisto e molti comportamenti quotidiani sono realizzati senza un'immediata attivazione del sistema cognitivo, ma grazie al sistema adattivo delle emozioni, dando significato a ciò che si è fatto solo dopo avere agito (Gray, 2007, Zurawicky, 2010). Dall'altra la convinzione che i segnali psicofisiologici e neurologici possano essere adeguatamente studiati e registrati permettendo di arricchire di informazioni gli esiti delle indagini sul consumatore svolte con le tecniche tradizionali (focus group, interviste, questionari ecc.). Attraverso le tecnologie sempre più sofisticate oggi possiamo misurare l'attività elettrica del cervello, la conduttanza cutanea, la pressione arteriosa, il movimento oculare e la dilatazione pupillare nonché il ritmo del respiro.

Tutti indicatori utili per l'analisi di una modifca psicofisiologica e neurologica da correlare con l'engagement emotivo, l'attenzione focale e la possibile memorizzazione di stimoli legati al mondo del consumo. A queste vanno aggiunte anche le indicazioni che sono state tratte da macchine più sofisticate come la PET Positron Emitted Tomography, la magneto-enefalografia (MEG) e la risonanza magnetica (fRMI functional magnetic resonance imaging).

Strumenti che hanno permesso di avere preziose informazioni riguardo le funzioni cerebrali in relazione alle decisioni di acquisto (Lindstrom, 2008; Zurawicki, 2010). Lo studio del sistema nervoso centrale ha, infatti, permesso di rilevare quali aree corticali si attivano in relazione a particolari comportamenti o esperienze (Sarter, Berntson e Caioppo, 1996, Gazzaniga, 2004). Definito *brain mapping*, questo tipo di studio ha permesso di iniziare ad avere una prima mappatura cerebrale del comportamento, così come della possibilità di inferire i processi psicologici sottostanti a particolari fenomeni. Ovviamente siamo lontano dall'avere una precisa mappa cerebrale, tuttavia diverse ricerche possono offrire alla ricerca sul consumatore interessanti spiegazioni. Come scrive Zurawicki (2010, pag. 40) "*le emozioni possono essere in qualche modo accuratamente classificate e descritte in relazione ai circuiti neuronali*". Per esempio Davidson e van Reekum, (2005) hanno dimostrato che l'orgoglio associato al raggiungimento di un obiettivo e il piacere del guadagno è strettamente legato all'attivazione di una specifica area dorsolaterale della corteccia prefrontale (quella deputata alla presa di decisione). Mentre il guadagno ottenuto da situazioni fortuite come la vincita alla lotteria attiva parti diverse del cervello. La gioia per la vincita e l'orgoglio per la riuscita sono emozioni attivate da diverse parti del cervello. Così come il piacere e la riduzione de dolore non sono concetti interscambiabili perché legate all'attivazione di diverse aree cerebrali.

Questa metodologia di studio di analisi del cervello ha ripreso e ampliato gli esiti delle scoperte fatte nel secolo scorso e che fino allo sviluppo delle tecnologie neuroscientifiche si era sviluppato sulla base dell'osservazione di soggetti traumatizzati per incidenti e rimasti in vita. Tra questi, oltre ai noti casi trattati da Broca e Wernike, vi è il caso di Phineas Gage citato da Antonio Damasio nel suo celebre testo "l'Errore di Cartesio" (1994) grazie al quale si è rilevato per la prima volta che la zona prefrontale mediale è strettamente collegata con le emozioni e con le decisioni. Phineas Gage, rimane nella storia (anche grazie alla presenza del suo cranio depositato al pubblico nel museo della Harvard Medical School) per avere contribuito nel fare comprendere come le decisioni (attribuibili alla zona prefrontale del cervello) sono strettamente legate alla dimensione emotiva ed affettiva. Conosciuto per essere diventato uno dei casi di studio più famosi in neurologia (citato come "American Crowbar Case") in seguito a un incidente sul lavoro avvenuto nel pomeriggio del 13 settembre 1848 mentre inseriva una carica esplosiva in una roccia che doveva essere fatta saltare in aria. A causa dell'esplosione accidentale della polvere da sparo, il ferro di pigiatura che Gage stava usando per compattarla schizzò in aria attraversando la parte anteriore del suo cranio, provocando un trauma che interessò i lobi frontali del cervello. Miracolosamente sopravvissuto all'incidente, già dopo pochi minuti Gage era di nuovo cosciente e in grado di parlare. Nonostante dopo tre settimane fosse in grado di uscire di casa in maniera del tutto autonoma, la sua personalità subì radicali trasformazioni, al punto che gli amici non lo riconoscevano, era divenuto intrattabile, in preda ad alti e bassi e incline alla blasfemia. Grazie ai contributi raccolti dagli studi sui casi traumatici e dalle indagini neuroscientifiche siamo ormai di fronte ad un'elevata quantità di informazioni sia nello specifico campo del neuromarketing e della neuroeconomia che nello studio dell'uomo in generale e che possono offrire interessanti suggerimenti nella comprensione del comportamento di consumo. Le

neuroscienze, infatti, sono l'esito dell'integrazione di varie discipline come la biologia molecolare, l'elettrofisiologia, la neurofisiologia, l'anatomia, la neurobiologia, la neuropsicologia cognitiva e le scienze cognitive in genere che insieme hanno creato un nuovo campo di ricerca che ha contributo recentemente a comprendere il comportamento umano grazie alle informazioni che offre in aggiunta a quanto già noto. Si comprende quanto importante sia la possibilità di analizzare le emozioni anche attraverso le tecniche neuroscientifiche al fine di avere informazioni integrative alle tecniche di indagine classiche (interviste, questionari e focus group). Ne consegue che come indicato dalla letteratura (Pradeep, 2010; Limdstrong, 2008; Babiloni et al. 2007; Krugman, 1971) e dalle esperienze consolidate dal laboratorio di neuromarketing ***Behavior and Brain Lab IULM*** la valutazione dell'efficacia della comunicazione risulta più attendibile e di grande valore predittivo se svolta integrando tecniche neuroscientifiche e di biofeedback con tecniche di indagine classiche, come interviste face to face e focus group. Ciò significa integrare nei propri modelli di studio tecniche di indagine strettamente legate alla misurazione delle emozioni.

Lo studio delle emozioni che le neuroscienze offrono integra e modifica i numerosi modelli che negli anni sono stati sviluppati per lo studio delle emozioni. Alcune interessanti applicazioni in neuromarketing si riferiscono a modelli esplicativi che non necessariamente nascono con le neuroscienze come per esempio l'uso delle tecniche di riconoscimento facciale con nuove soluzioni informatiche come il Face Reader più avanti descritto in una scheda si serve degli studi pioneristici di Paul Ekman e il riconoscimento delle emozioni facciali. Per questo riteniamo utile una breve dissertazione teorica sulle principali teorie delle emozioni. Molte di queste verranno riprese per spiegare quali possibili applicazioni si possono avere nella ricerca sul consumatore.

Lo studio della motivazione e dell'affetto sono strettamente correlati (Young, 1961). D'altra parte derivano dalla stessa radice terminologica, dal latino "movere". L'affetto infatti ha la capacità di attivare, di preparare all'azione e di stimolare il raggiungimento dell'obiettivo. Alcuni autori sostengono che l'affetto sia simile ad un programma sovraordinato in grado di direzionare la motivazione e guidare le scelte (Cosmides e Tooby, 2000). L'influenza però non è unidirezionale ma bidirezionale, l'affetto permette di raggiungere gli obiettivi e il loro raggiungimento incide sull'affetto. Ma prima di entrare nel merito proviamo a dare qualche definizione visto che sotto la parola affetto si nascondono diverse dinamiche. Essi rappresentano concetti estremamente importanti nell'influenzare il comportamento dei consumatori, anzi come sostiene Damasio l'uomo può essere inteso come una macchina emotiva che pensa. Il termine affetto si ritrova nella teoria degli atteggiamenti che verrà trattata più avanti che definisce uno dei concetti più utili per lo studio dei consumatori, l'atteggiamento, come l'insieme di tre componenti: la cognizione, l'azione e l'affetto (Eagly e Chaiken, 1993). Per affetto intendiamo uno stato sentimentale interiore (Pham e Andrade, 2007), una valutazione sentimentale verso un oggetto, evento o persona che nulla a che fare con i pensieri e la valutazione cognitiva ma con un genuino sentimento interiore o con l'umore (Carroll, 1999). L'affetto si distingue dall'umore semplicemente perché quest'ultimo è considerato come uno stato affettivo che generalmente può mancare di una precisa identificazione della sua origine ed è di bassa intensità. L'umore può essere facilmente manipolato attraverso l'esposizione a stimoli sonori, musica, immagini o attraverso il recupero di particolari ricordi emotivamente connotati (Cohen e Andrade, 2004). L'intensità della manipolazione dello stato emotivo ed affettivo con stimoli, per esempio pubblicitari, è alla base della distinzione tra emozione ed umore. L'emozione, infatti, è uno stato affettivo più intenso dell'umore e meno stabile. L'emozione è una reazione intensa, improvvisa, di breve durata, in grado di incidere sul consumatore a tre livelli: quello

fisiologico attraverso modificazioni riguardanti la respirazione, la pressione arteriosa, il battito cardiaco, la circolazione, la digestione e così via; quello comportamentale grazie al quale possiamo vedere come cambiano le espressioni facciali, la postura, il tono della voce e le reazioni (attacco o fuga, per esempio); quello psicologico che si riferisce a ciò che sentiamo e proviamo personalmente e che è in grado di modificare il controllo di se stessi. In genere sono reazioni che partono dall'ambiente, hanno una durata breve come le sensazioni, sono più intense di queste, sono inconsapevoli e inizialmente non si riescono a controllare. Diversa è invece la descrizione del concetto di sentimento. I sentimenti si riferiscono alla capacità di provare sensazioni ed emozioni in maniera consapevole e riguarda la coscienza delle proprie azioni, del proprio essere e dell'altro. Si riferiscono a una o più persone (o animali), sono meno intensi delle emozioni, hanno una durata più lunga delle emozioni e sono consapevoli.

Il ruolo della comunicazione pubblicitaria è di creare un'emozione alla vista della marca o del prodotto e con il tempo di promuovere un conseguente coinvolgimento sentimentale. Ciò vale soprattutto nel campo della comunicazione sociale Le emozioni hanno un ruolo di guida nei comportamenti. Questo obiettivo è suffragato da numerose ricerche che dimostrano come l'emozione (anche quella indotta) è strettamente correlata con la memorizzazione di fatti, episodi e persone. Un'esperienza emotiva intensa incrementa sia il ricordo a breve termiche che a lungo termine (Bradley, Greenwald, Petry e Lang, 1992). Anche se questa relazione non è detto che sia sempre garantita. A volte emozioni particolarmente intense inibiscono il processo mnemonico. Uno spot particolarmente divertente, per esempio, potrebbe creare eccessiva ilarità tanto da non incidere nella memorizzazione del prodotto comunicato o di un comportamento corretto da promuovere. In genere lo studio dell'effetto della pubblicità sociale dal punto di vista emotivo ha prevalentemente fatto riferimento a due dimensioni emotive o affettive: piacevolezza/non piacevolezza e attivazione (detta anche engagement) (Remington, Fabrigar e Visser, 2000; Russell e Carroll 1999). Molte delle valutazioni dell'effetto delle emozioni sui processi di consumo si valutano su queste due dimensioni. Questa tuttavia sembra essere un'eccessiva semplificazione. Una forte emozione positiva non è necessariamente contraria ad un'emozione negativa, anzi alcuni autori hanno individuato deboli correlazioni tra queste emozioni in soggetti coinvolti emotivamente (Diener, Smith e Fujita, 1995).

L'idea di potere vivere contemporaneamente emozioni apparentemente contrastanti, cosa impossibile secondo il modello bipolare di Russel e Carrol (1999), è stata dimostrata da Williams e Aaker (2002) e da Larsen et al. (2001). Si tratterebbe di emozioni miste che permettono di essere al contempo felici e tristi. La visione di alcuni film o spot sociali permette di provare queste emozioni così come alcuni spot si servono di questa emozione mista per attrarre l'attenzione e per incidere sulla memorizzazione del prodotto o su comportamenti virtuosi (Cohen, Pham e Andrade, 2007). La dimostrazione del rapporto tra mood e memoria è stata fornita da Bower e Forgas, 2000), che hanno mostrato come soggetti con un umore positivo tendevano a ricordare più facilmente eventi positivi di quanto facessero soggetti con umore negativo nel richiamare eventi negativi. Gli stati emotivi sono stati anche correlati con la produzione di cambiamento nel livello di attenzione, con la possibilità di richiamo di stimoli e di elaborazione delle informazioni. MacLeod e Mathews (1988) hanno dimostrato che in un gruppo di studenti con un elevato stato di ansia da esame, l'attenzione risultava particolarmente attiva per il riconoscimento di frasi e parole connesse con il tema dell'esame, mentre in coloro che avevano basso livello di ansia non si registrava questa forma di attenzione selettiva. Numerose pubblicazioni presentano utili review sull'effetto delle emozioni sui processi cognitivi, sulla memoria e sull'attenzione come per esempio il lavoro di Cohen, Pham e Andrade, (2007), un elemento che però risulta

particolarmente evidente da queste analisi è che in questi ultimi venti anni la ricerca sui consumatori ha dimostrato il grande valore delle emozioni nella decisione. Grazie alle riflessioni della psicologia economica, agli studi di behavioral economic e alle neuroscienze le emozioni, gli affetti e l'umore non sono più nell'atto di consumo elementi ritenuti intervenienti o disturbanti da controllare, ma elementi essenziali della scelta da studiare. La ricerca sul consumatore considera oggi il ruolo determinante che hanno nel condizionarne le scelte sia nel caso in cui l'emozione è integrale alla relazione con il prodotto (ovvero stimolata dal prodotto), sia quando è un elemento incidentale al rapporto con il prodotto (ovvero quando è preesistente alla relazione e determinata da altre cause), sia infine quando l'emozione è task-related ovvero strettamente legate al processo di scelta come quando occorre fare una scelta su due prodotti, o comportamenti o alternative emotivamente identiche. Al contempo cresce l'esigenza di individuare nuove tecniche di indagine in grado di permettere l'accesso alla dimensione emotiva nella sua immediatezza e purezza e senza il processo di razionalizzazione imposta da interviste o questionari, ma di questo ne parleremo più avanti descrivendo le nuove potenzialità offerte alla ricerca sul consumatore dalle neuroscienze.

Le tecniche neurofisiologiche su cui si fonda il neuromarketing consentono di verificare con maggiore precisione la variazione della condizione emotiva rispetto a uno stato di quiete o comunque ad una condizione presa come punto di riferimento e di paragone. Da questo confronto, in merito a diversi parametri, come l'intensità, la durata, ecc. è possibile studiare i processi emotivi in maniera più articolata.

La pratica di misurare le reazioni psico-fisiologiche correlate con le emozioni è anche conosciuta generalmente con il termine di "Biofeedback". Essa è stata la base dei trattamenti di medicina comportamentale praticata a partire dagli anni Settanta. Proprio come il termine inglese "bio-feedback" suggerisce, il concetto di base ruota attorno alla possibilità di fornire una "informazione di ritorno" in merito al singolo stato psicofisico generale col fine di migliorare la propria regolazione dei processi fisiologici che più o meno direttamente influiscono sugli stati mentali. Il termine auto-regolazione rimanda alle abilità di osservare e acquisire le competenze necessarie per portare dei cambiamenti nella propria fisiologia, nel proprio comportamento o addirittura nel proprio stile di vita col fine di promuove salute e benessere. E' un utile strumento per raggiungere una maggiore integrazione tra mente e corpo. Nella terapia basata sulla tecnica del "biofeedback", attraverso l'impiego di schermi di computer che rappresentano i loro indici fisiologici, gli individui sono allenati a esercitare il proprio controllo volontario sui loro parametri fisiologici, che in genero sono: l'attività cardiaca, la sudorazione della pelle, la respirazione, la temperatura periferica, la pressione del sangue, la tensione muscolare e l'attività cerebrale. Nel caso si concentri l'attenzione sull'attività cerebrale, in genere espressa attraverso le onde elettroencefalografiche, si parla anche di "Neurofeedback" oppure "Neurobiofeedback", anch'esso impiegato come tecnica per modificare i propri funzionamenti mentali.

Le applicazioni nel campo del marketing si servono degli stessi processi e delle medesime tecniche di indagine. Nello specifico, come abbiamo sopra detto, i parametri fisiologici più utilizzati sono:

- Sudorazione cutanea detta anche elettoconduttanza o resistenza psico-galvanica della pelle. In generale, quando aumenta il sudore diminuisce la resistenza (elettrica) della pelle.
- Variabilità cardiaca, comprendente le misure del numero di battiti cardiaci per minuto.
- Consumo di ossigeno (generalmente nel sangue, anche se possono variare i siti nel corpo in cui compiere la rilevazione).

- Livello di tensione/rilassamento del tono muscolare o, generalmente, elettromiografia EMG.
- Vasocostrizione periferica, Blood Volume Pulse, letteralmente "pulsazione del volume del sangue".
- Segnale Elettroencefalografico del cervello, comunemente noto come EEG, con cui si misurano le onde cerebrali (prevalentemente onde alpha e onde beta).

Oltre a questi parametri un ulteriore dato è offerto dalla dilatazione pupillare che permette di misurare il grado di attivazione di un soggetto. La dilatazione pupillare può essere misurata attraverso uno strumento indispensabile per analizzare I movimenti oculari, l'Eye Tracker.

L' Eye-Tracking (letteralmente, dall'inglese, "tracciatore dell'occhio", perché in effetti in grado di tracciare su uno schermo tutti i punti dove gli occhi guardano ad un campionamento di 50 volte al secondo) è in grado di misurare in modo abbastanza preciso il puntamento del fuoco visivo sullo schermo dell'apparecchiatura, del tutto simile ad uno schermo piatto di un normale PC. In virtù del fatto di essere governata dall'azione del sistema nervoso autonomo, la dilatazione della pupilla può essere un indicatore anche degli stati psicologici come lo stress (pupilla dilatata) e il rilassamento (pupilla ristretta).

Inoltre l'eye-tracking è in grado, come accennato, di tracciare il percorso degli occhi sullo schermo. Oltre al percorso (ricostruibile dai numeri, 1 = primo punto dove il soggetto ha guardato; 2 = secondo punto; ecc.), il sistema permette di misurare il tempo trascorso guardando un certo punto dello schermo e la frequenza di visione permettendo di valutare cosa attira l'attenzione di un soggetto o di un gruppo di persone. La mappa calorica offerta dall'Eye Tracking permette di avere una rappresentazione grafica di quali parti dell'immagine attira più l'attenzione del consumatore. Gli esseri umani, ma anche altri animali, non osservano il mondo con uno sguardo "fisso", anche se così potrebbe sembrare. Gli occhi si muovono velocemente, localizzando differenti parti della scena visiva e costruendo una "mappa" o "immagine" mentale della scena stessa, elaborata dalla corteccia visiva occipitale. Quando si fissa qualcosa, gli occhi compiono, infatti, delle "soste", dette fissazioni, della durata media di circa 200-300 millisecondi, e dei "salti" tra una "sosta" e l'altra, movimenti molto rapidi (della durata media di circa 10-20 millisecondi), chiamati comunemente saccadi, e in gergo scientifico movimenti saccadici. La ragione in chiave evolutiva che sembra giustificare la presenza delle saccadi è imputabile al fatto che solo la parte centrale della retina, la fovea, possiede quell'acuità visiva necessaria per la corretta visione, mentre le parti periferiche hanno una visione molto ridotta. Muovendo gli occhi, si possono visionare diverse (limitate) parti della scena, avendone un'alta risoluzione. Ovviamente, le persone non sono consapevoli di tali processi visivi "a scatti", cioè divisi in "fissazioni" e "movimenti saccadici", ma hanno la percezione di una esplorazione fluida della scena visiva. L'eye tracking è stato utilizzato fin dagli anni '80 per le ricerche sul consumo, in particolare per misurare l'attenzione del consumatore (Bogard e Trolley, 1988; Lohse, 1997; Pieters, Rosbergen, e Wedel, 1999; Pieters e Wedel, 2004), la memorizzazione (Krugman, 1971; Morrison e Dainhoff, 1972; Krugman et al., 1994; Wedel e Pieters, 2000), e per il processo di elaborazione delle informazioni (King, 1972; Kroeber-Riel e Barton, 1980; Kroeber-Riel, 1984). Infine non si può non fare un breve cenno alle tecniche di neuroimmagine frutto di tecnologie molto complesse in continua evoluzione. Le principali metodologie sono: la Risonanza Magnetica ("Magnetic Resonance Imaging – MRI – si aggiunge l'aggettivo "funzionale" se la scansione ha il fine di studiare la funzione delle aree attivate), la Magneto-Encefalo-Grafia (MEG), la Tomografia Computerizzata o TC (detta anche Tomografia Assiale Computerizzata o

TAC, anche se oggi il termine Assiale è superfluo, in quanto le nuove tecniche non necessitano più la scansione assiale o trasversale), la Tomografia a Emissione di positroni (Positron Emission Tomography – PET). Tutte tecniche che hanno permesso di mettere in evidenza le aree del cervello che si attivano maggiormente quando i soggetto fa l'esperienza di stati emotivi. Functional Magnetic Resonance Imaging (fMRI) o Risonanza Magnetica Funzionale (RMF). La risonanza magnetica funzionale, abbreviata in RMF o fMRI (Functional Magneting Resonance Imaging), è una tecnica di imaging biomedico che consiste nell'uso dell'imaging a risonanza magnetica per valutare la funzionalità di un organo o di un apparato, in maniera complementare all'imaging morfologico. Si tratta di tecniche che da una parte hanno permesso di avere una più chiara conoscenza del sistema cerebrale e dall'altra hanno permesso di avere interessanti applicazioni dirette nel campo della ricerca sul consumatore già dagli anni '90. Infatti sono state applicate per l'analisi della preferenza di prodotto, per la misura dell'efficacia pubblicitaria e della brand loyalty (Carmichael, 2004; Helliker, 2006), nel processo di decision making (Montague e Berns, 2002; McClure et al., 2004) e considerata come più accurata rispetto alle tecniche di indagine con focus groups and intervista nella descrizione dell'esperienza e dei sentimenti del consumatore (Kelly, 2002). È grazie anche al lavoro di McClure et al. (2004) che è stato possibile individuare nell'area dorsolaterale della corteccia prefrontale e nell'ippocampo i centri deputati alla scelta delle preferenze di prodotto e di brand. Rolls e McCabe (2007) hanno dimostrato come l'assaggio di barrette di cioccolato attiva maggiormente una parte del cervello (corteccia orbitofrontale, lo striato e la corteccia cingolata) rispetto a coloro che hanno meno desiderio di assaggiare quella barretta. Tra gli storici esperimenti non poteva che esserci quello relativo alla nota competitività tra Coca Cola e Pepsi. Read Montague e i suoi colleghi (McClure et al., 2004) hanno aggiunto al tradizionale esperimento blind la misurazione neuroscientifica anche con fMRI. Come sappiamo in blind non si polarizzano le differenze e coloro che amano una bibita non riescono a distinguerla dall'altra fino a quando non viene utilizzata la fase di indagine non in blind. In questo caso la conoscenza della marca permette di polarizzare i pareri dei die gruppi di fan. In una terza fase prima di fare assaggiare la bibita viene fatta vedere la marca mentre i soggetti erano sotto osservazione con fMRI. La consapevolezza che a breve avrebbero assaggiato la Coca Cola ha prodotto una forte reazione in alcune aree del cervello. Risosta non rilevata quando veniva mostrata la marca Pepsi. L'importanza dell'esperimento risiede nella possibilità di misurare l'effetto (brain picture) che la dimensione culturale e comunicativa ha nel cervello dei soggetti in attesa di assaggiare un certo tipo di prodotto e come questa attivazione sia diversa dalla semplice attivazione di una zona deputata alla valutazione dell'assaggio di un prodotto gradito (l'assenza di reazione alla vista della Pepsi da parte dei fan Pepsi indica questa diversa attivazione cerebrale) (Zurawicki, 2010).

Sebbene risonanza magnetica funzionale sia una terminologia generica, ovvero applicabile a qualsiasi tecnica di imaging a risonanza magnetica che dia informazioni aggiuntive rispetto alla semplice morfologia (ad esempio imaging metabolico quantificazione del flusso sanguigno imaging dei movimenti cardiaci etc.), essa è spesso usata come sinonimo di risonanza magnetica funzionale neuronale, una delle tecniche di neuroimaging funzionale di sviluppo più recente.

Questa tecnica è in grado di visualizzare la risposta emodinamica (cambiamenti nel contenuto di ossigeno del parenchima dei vasi e dei capillari correlata all'attività neuronale del cervello o del midollo spinale nell'uomo o in animali.

Da più di cento anni, è noto che le variazioni del flusso sanguigno e dell'ossigenazione sanguigna nel cervello (emodinamica) sono strettamente correlate all'attività neurale. Quando le cellule nervose sono attive, consumano l'ossigeno trasportato

dall'emoglobina degli eritrociti (globuli rossi) che attraversano i capillari sanguigni locali. Effetto di questo consumo di ossigeno è un aumento del flusso sanguigno nelle regioni ove si verifica maggiore attività neurale, che avviene con un ritardo da 1 a 5 secondi circa (in pratica l'effetto dell'aumento del consumo di ossigeno si manifesta attraverso la modificazione del flusso sanguigno dopo 1/5 sec.).
Mediante analisi con scanner per imaging a risonanza magnetica usando parametri sensibili alla variazione della suscettività magnetica, è possibile stimare le variazioni del contrasto, che possono risultare di segno positivo o negativo in funzione delle variazioni relative del flusso sanguigno cerebrale e del consumo d'ossigeno: maggiore intensità del segnale viene rappresentata da colori più accesi, brillanti e mentre minore intensità è rappresentata con colori più cupi e scuri.

La RMF ha contribuito in maniera significativa nel dare alla neuropsicologia la possibilità di analizzare differenti aspetti del ruolo di ciascuna regione cerebrale attraverso lo studio delle aree attivate in funzione di un particolare atto o pensiero.

Se la RMF misura l'attività sanguigna, che ha tempi di risposta molto più lunghi la Magnetoencefalografia (MEG) è, invece, una tecnica di immagine molto più veloce usata per misurare i campi magnetici attraverso l'impiego di apparecchiature elettroniche molto sensibili, in inglese SQUIDs: superconduting quantum interference devices. La migliore velocità di risposta è dovuta al fatto che la misurazione avviene sulla base dei campi elettrici generati direttamente dai neuroni, quindi la sua precisione temporale è simile a quella degli elettrodi impiantati direttamente nel cervello.
Il segnale MEG (ma anche quello dell'EEG) deriva dall'effetto della corrente degli ioni che scorrono attraverso la membrana dei dendriti durante le trasmissioni sinaptiche.

Poiché l'EEG è una tecnologia molto adatta a captare i campi elettrici (non quelli magnetici) dei neuroni in superficie, la combinazione di EEG e MEG risulta essere un binomio ottimale per rilevare i segnali prodotti dalla attività elettrica dei neuroni della corteccia cerebrale.
Un ultimo importante vantaggio è che la MEG non è assolutamente invasiva, e non richiede l'iniezione di sostanze nel flusso sanguigno del soggetto come la Positron Emission Tomography PET.

Un altro interessante strumento di matrice psicofisiologica legato alla capacità di misurare i tempi di reazione e il tempo di latenza è il Test d'Associazione Implicita (IAT). Lo IAT è stato originariamente sviluppato come strumento per esplorare le radici inconsce del pensiero e del sentimento ed è una tecnica per misurare le associazioni automatiche di immagini e\o aggettivi (Schmidt e Nosek, 2010; Greenwald e Nosek, 2008; Greenwald, McGhee e Schwartz, 1998). Un esempio classico di utilizzo dello IAT è quello di chiedere ai consumatori di categorizzare due coppie di concetti o un concetto e un'immagine, ad esempio l'immagine id un prodotto e brand e aggettivi positivi e\o negativi (Bar-Anan, Nosek e Vianello, 2009;). Più forte è l'associazione tra immagine e aggettivi, più veloce sarà la loro associazione. L'ipotesi di funzionamento dello IAT risiede, infatti, nel principio che se vi è un atteggiamento positivo radicato nei confronti del brand o prodotto, il tempo di latenza nell'associare l'immagine del prodotto o brand con concetti positivi sarà minore. La piacevolezza di un prodotto è associata ad una maggiore rapidità di azione nel premere un pulsante per indicare il grado di piacevolezza e ad una attivazione (arousal) che anticipa uno stato di piacevolezza di gusto (O'Doherty et al., 2006).

Le tecniche neuro scientifiche non sono una novità nel campo della ricerca sull'efficacia pubblicitaria in generale. Da tempo si è cercato di misurare uno degli elementi più caratterizzanti l'atto del consumo, ovvero l'emozione. Prima ancora dello sviluppo del marketing esperienziale, fondato proprio sulla capacità di coinvolgimento emotivo ed affettivo, il marketing ha sempre cercato di misurare l'emozione che stava dietro la

relazione con il brand e con il prodotto. L'uso del Differenziale Semantico di Osgood è stato uno dei tentativi di avvicinarsi alla misurazione dell'affettività riducendo quanto più possibile l'intermediazione cognitiva. Fin dagli anni '60 (Wang e Minor, 2008) è possibile trovare le prime applicazioni sui consumatori e le ricerche finalizzate ad analizzare le emozioni, l'attenzione, la memorizzazione (Lee, Broderick e Chamberlain. 2007; Weinstein, Drozdenko, Weinstein, 1984). Oltre alla misurazione dei comportamenti di acquisto e alla valutazione delle descrizioni verbali le tecniche psicofisiologiche che più si sono usate nel marketing sono la dilatazione pupillare, il movimento oculare e il battito cardiaco (Green e Tull, 1978; Stewart e Furse, 1982; Wiles e Cornwell, 1990; Poels e Dewitte, 2006; Wang e Minor, 2008). Negli anni abbiamo assistito all'utilizzo di specifiche tecniche: negli anni '60 e '70 la dilatazione pupillare e la conduttanza elettrodermica, negli anni '80 la misurazione cardio vascolare e le espressioni facciali. Dopo una riduzione negli anni '90 dell'utilizzo delle tecniche psicofisiologiche ancora troppo deboli in termini di attendibilità, dal 2000 in poi si è assistito ad un incremento dell'utilizzo di tutti gli indicatori anche grazie allo sviluppo delle conoscenze sul funzionamento cerebrale e al miglioramento delle tecnologie sempre più sofisticate, sensibili e sempre meno invasive ma sempre più "indossabili" (Wang e Minor, 2008).

Se l'obiettivo della ricerca sull'efficacia della comunicazione sociale è cogliere l'engagement emotivo, la capacità di attrarre l'attenzione e la memorizzazione queste nuove tecniche permettono di incrementare e di integrare le informazioni tratte dalle metodologie classiche. La finalità è di misurare il processo affettivo che si svilupperebbe spontaneamente senza alcuno sforzo cognitivo e comprende ciò che Mehrabian e Russell (1974) avevano definito reazione emotiva sotto forma di dimensione di piacere (pleasant vs. unpleasant), di attivazione e\o arousal (excited vs. calm), e dominanza (dominant vs. submissive) (Eroglu, Machleit, e Davis, 2001). Le onde alpha e onde beta dell'EEG sono state studiate da tempo per misurare l'attività cerebrale e lo stato di attivazione cognitiva del consumatore (attenzione e memorizzazione) e dell'attivazione emotiva (piacere e attivazione) (Klebba, 1985): Le applicazioni in campo pubblicitario sono state numerose già fin dagli anni '70 (Krugman (1971; Alwitt, 1989; Young, 2002). Alcuni studi hanno cercato di individuare eventuali differenze di attivazione delle due parti cerebrali (emisfero destro e sinistro) ipotizzando una diversa attivazione in base alle stimolazioni: il piacere e l'arousal (Weinstein, Weinstein, e Drozdenko, 1984), il piacere (Cacioppo e Petty, 1982), la memoria (Appel, Weinstein, e Weinstein, 1979; Rothschild e Hyun, 1990), e l'elaborazione delle informazioni (Weinstein, Appel, e Weinstein, 1980; Rothschild et al., 1988). Tuttavia gli studi sulla possibilità di distinguere le attivazioni differenziate per area cerebrale non ha portato a dati attendibili e validi.

La dilatazione pupillare è sempre stata considerata una misurazione di grande interesse (Krugman, 1965; Van Bortel, 1968; Hess, 1968; Stafford, Birdwell, e Van Tassel, 1970) e utilizzabile per la misurazione dell'attenzione, dell'arousal, dello stato di piacere, e per la misura della memorizzazione e dell'attivazione cognitiva (Watson e Gatchel, 1979; Stewart e Furse, 1982). Da allora le tecniche si sono molto raffinate e permettono di misurare l'attivazione fisiologica legata all'emozione in maniera molto più efficace e attendibile (Mauri, Onorati, Russo, Mainardi, Barbieri, 2012).

Il picco vocale è un'altra misurazione che storicamente è stata utilizzata per l'analisi dell'attivazione emotiva. Questo indicatore misura come cambia il tono di voce quando si è coinvolti emotivamente. Sviluppato originariamente da Brickman (1976) è stato anche utilizzato nel campo dell'advertising research e per misurare il cambiamento degli atteggiamenti (Brickman 1980).

Anche l'analisi del battito cardiaco ha una sua storica applicazione per la misurazione dello stato di piacere o non piacere (Bolls, Lang, e Potter, 2001), del processo cognitivo e dell'attenzione (Watson e Gatchel, 1979) e per predire il richiamo e la memorizzazione

(Lang et al. 2002; Bolls, Muehling e Yoon, 2003). Inoltre sembra essere particolarmente utile anche nella sua applicazione fuori dal laboratorio (Watson e Gatchel, 1979). Come il battito cardiaco, l'attività vascolare rappresenta un ulteriore indicatore di attivazione emotiva. Essa è stata già studiata per misurare lo stato di piacere, di arousal e di memorizzazione (Bagozzi, 1991; Brownley, Hurwitz e Schneiderman, 2000).

Come si può vedere da questa breve e incompleta review storica, le applicazioni delle tecniche neuroscientifiche sono veramente numerose, tuttavia occorre segnalare che si tratta di informazioni sempre più attendibili ma utili solo se integrate alle informazioni provenienti da indagini con tecniche classiche e se attentamente valutate le numerose variabili intervenienti. Come scrive Bagozzi (1991), il framework psicofisiologico è molto più complesso della semplice relazione one-to-one tra antecedente psicologico e singola conseguenza psicofisiologica (Bagozzi, 1991). Inoltre occorre ricordare che un cambiamento psicofisiologico può essere accompagnato da un numero infinito di processi cognitivi. Questi processi psicologici possono coesistere con l'attivazione di stimoli ambientali (spot o stimoli di marketing). A complicare le analisi vi è la consapevolezza che un particolare antecedente psicologico può portare a una serie di conseguenze fisiologiche differenti (Stewart e Furse, 1982) e che il marketing e la ricerca pubblicitaria di solito non cercano tanto di valutare l'effetto di un singolo stimolo, quanto di stabilire come una serie di stimoli, quali annunci o spot televisivi, costituiti da un numero imprecisato di elementi (Crites e Aikman-Echenrode, 2001) possono attivare il nostro consumatore.

Se analizziamo la letteratura sulle applicazioni di neuromarketing riscontriamo una grossa crescita dei lavori rispetto a quanto registrato circa cinque anni fa. Molte ricerche sono state svolte nel campo del consumo alimentare anche per la facilità di integrare dati legati alla percezione del gusto e gli indicatori psicofisiologici.

Non basta avere macchine e tecnologie avanzate per potere misurare l'attivazione fisiologica in maniera attendibile e ipotizzare un diretto effetto stimolo risposta, la complessità dei dati e l'influenza di possibili variabili intervenienti richiedono tecniche di triangolazione del dato e l'uso di saperi interdisciplinari come conoscenze psicosociali, bioingegneristiche, mediche e di biostatistica. Non a caso a supporto dei più grandi centri di ricerca di neuromarketing vi sono numerosi studiosi e prestigiose università in grado di potere contribuire alla lettura di una grossa mole di dati con consapevolezza e attenzione alle facili interpretazioni.

1.1 Le tecniche di neuromarketing e l'efficacia pubblicitaria

Il neuromarketing, pertanto, si offre come insieme di strategie e tecniche di indagine su quegli aspetti oggi ritenuti determinanti nel processo di consumo: il coinvolgimento emotivo, la focalizzazione attentiva e la memorizzazione. Questa tecnica trova la sua giustificazione in due profondi mutamenti nel campo degli studi sul consumatore. Da una parte la disponibilità di tecnologie avanzate in grado di analizzare le più piccole alterazioni psicofisiologiche e neurologiche. Dall'altra parte soprattutto la consapevolezza che il modo di pensare e studiare il decisore si fonda sempre più sulla consapevolezza che "*non siamo macchine pensanti che si emozionano, ma macchine emotive che pensano*" ovvero il modello decisionale che caratterizza gli essere umani è fortemente influenzato dalla dimensione affettiva. Dagli anni Settanta in poi gli studi offerti

dall'economia comportale e dalle neuroscienze hanno dimostrato che gli esseri umani lungi dall'essere esclusivamente razionali, nel processo di decisione si lasciano guidare molto dalle dinamiche affettive, razionalizzando e giustificando con la ragione ciò che è stato in realtà scelto e preferito affettivamente. Insomma siamo più che macchine razionali delle macchine razionalizzanti. L'emozione diventa allora un elemento determinante dei nostri comportamenti in grado di contribuire sia alla lettura di ciò che ci circonda ma anche al condizionamento dei nostri comportamenti.
Nello specifico la relazione pubblicità-comportamento non può più essere studiata solo come l'esito di un processo razionale, ma va analizzata come il punto di arrivo di una più complessa dinamica in cui i processi emozionali ed affettivi giocano un ruolo determinante.
Non a caso chi studia le azioni di marketing e i comportamenti dei consumatori si pone come obiettivo la misurazione dell'emozione considerando questa un elemento necessario per ipotizzare processi di memorizzazione, di attivazione dell'attenzione e\o cognitiva. Si tratta di tematiche più volte discusse anche dalla corposa letteratura sui *Fear Arousal Appeal* (Olivero e Russo, 2013) che trascende la nostra discussione. Tuttavia al di là dal rapporto tra emozione e comportamento, un aspetto che riteniamo importante segnala è la possibilità di misurare gli effetti immediati che la visione di uno spot può provocare sulle persone e l'eventuale differenziazione di genere di questi. Già nei primi lavori sulla pubblicità di Walter Dill Scott del 1895 si rileva l'importanza di potere misurare l'efficacia della pubblicità. Ormai da più di un secolo cerchiamo di trovare una risposta a questa domanda. Nello specifico le misurazioni più utilizzate possono essere categorizzabili in termini di "misurazioni esplicite", poiché basate sulla richiesta esplicita ai soggetti fruitori della pubblicità di fornire la propria opinione in merito all'esperienza provata. Come si può facilmente comprendere, l'aspetto più rischioso di questo metodo risiede nell'identificazione di ciò che rientra nella sfera percettiva dell'intervistato e di ciò che invece è derivato dalle sue opinioni e riflessioni razionali. In altri termini, nelle misure esplicite è difficile distinguere ciò che (implicitamente) si prova, da ciò che (esplicitamente) si pensa o meglio si dice di provare. La ricerca scientifica ha, infatti, dimostrato che le persone non sono consapevoli del fatto che alcune azioni, percezioni ed emozioni possono avvenire anche in modo autonomo e incontrollato (Heath, 2012). Numerose ricerche nel campo della Behavioral Economic (Lucchiari e Pravettoni, 2011) hanno dimostrato come le emozioni siano in grado di influenzare i comportamenti senza che la persona ne sia completamente consapevole. Già nel 1979, gli studi di due psicologi come Kahneman e Tversky hanno aperto la strada per la conquista del premio Nobel dell'Economia (ricevuto poi solo da Kanheman) dimostrando come le quantità economiche hanno una declinazione soggettiva in base a specifiche dinamiche affettive di cui non si è pienamente consapevoli. Per queste ragioni, i metodi basati sulle percezioni emotive soggettive non sono sempre in grado di cogliere con precisione lo stato emotivo della persona, né a dare garanzia dell'efficacia pubblicitaria. Non a caso uno dei problemi che la psicologia da qualche tempo cerca di affrontare riguarda l'individuazione di una teoria efficace delle emozioni e di un modo attendibile per misurarle. Le tecniche classiche, infatti, non riescono ad accedere a indicatori "diretti" delle emozioni. Queste vengono ipotizzate sulla base di una risposta a strumenti che però misurano la "razionalizzazione" del vissuto cosciente (anche emotivo) e non l'emozione in sé. Né possono misurare eventuali effetti della stimolazione pubblicitaria nel determinare processi inconsapevoli ed automatici (Heath, 2012). Se con le informazioni esplicite ricavate con metodi tradizionali (interviste, questionari, focus group) è possibile costruire un quadro interpretativo di ciò che è capitato al consumatore, come appunto si è fatto fino ad oggi, con le medesime tecniche non si è però in grado di eliminare alcuni bias tipici che

intercorrono inevitabilmente nella costituzione del giudizio, delle opinioni, e delle aspettative che scaturiscono dai processi decisionali (Pravettoni e Vago, 2007).

Oggi le strumentazioni fornite dalle neuroscienze rappresentano un importante contributo per ottenere interessanti indici di misurazione. Questi, infatti, consentono di avere informazioni sull'attivazione psicofisiologica e sui movimenti oculari durante la visione di uno spot pubblicitario, la navigazione in un sito web o la visione di un brand o di una etichetta, misurando direttamente un'attivazione legata ad uno stato emotivo. Al contrario delle misurazioni esplicite, quelle implicite, basate su misurazioni tipicamente utilizzate nelle tecniche neuroscientifiche, si distinguono per il tentativo di prescindere, in parte, da quello che il soggetto dichiara di sentire, concentrandosi sulle sue componenti emotive cogenti e non consapevoli.

Avvalendosi di tecniche neuroscientifiche si ha invece la possibilità di avere informazioni prive di queste distorsioni e quindi più efficaci. Tra le tecniche neuro scientifiche più conosciute e impiegate anche nel Behavior and Brain Lab IULM si segnalano le seguenti:

- EEG: l'elettroencefalografia, più comunemente abbreviato nell'acronimo "EEG", misura l'andamento temporale dell'attività elettrica del cervello attraverso 14 elettrodi integrati in un caschetto e posizionato sullo scalpo. L'EEG, usato da decenni nella pratica clinica, medica e appunto neuroscientifica, è in grado di leggere oscillazioni a diverse frequenze associabili a diversi stati mentali o livelli di coscienza. In particolare le onde maggiormente prese in considerazione sono le theta (4-7 hz), ovvero quelle legate a un elevato impegno cognitivo e un basso livello di engagement, e le alpha (7 – 12 hz) che si attivano a seguito di elevato engagement e basso impegno cognitivo.
- Face Reader: software in grado di riconoscere le emozioni provate da un soggetto mediante il riconoscimento facciale automatizzato di una serie di micro espressioni non controllabili dalla persona.
- Eye tracker: tecnologia capace di restituire l'intero percorso effettuato dall'occhio durante la vista di qualsiasi stimolo visivo, nonché le aree su cui si è focalizzata maggiormente l'attenzione visiva.

Oltre a queste tecniche di indagine, ne vengono anche utilizzate altre che misurano: il battito cardiaco (HRV), la respirazione, la conduttanza cutanea e l'elettromiografia, tutti segnali psicofisiologici in grado di informare circa la capacità della pubblicità di suscitare una attivazione nello spettatore.

1.2 Processi decisionali e pubblicità: il ruolo della dimensione affettiva [31]

Il compito della comunicazione pubblicitaria è complesso ed articolato ma perché si possa parlare di efficacia comunicativa occorre considerare questi aspetti caratterizzanti: la capacità di attirare l'attenzione, di informare, la possibilità che il messaggio sia correttamente ricordato ed infine la sua capacità persuasiva. Oggi la pubblicità ha un compito sempre più complesso. Circondati da stimolazioni pubblicitarie, più o meno dichiarate, e da un affollamento mediatico unico nel suo genere, siamo sempre più oggetto di studio da parte di chi ha il compito di attirare l'attenzione e riuscire a persuadere. Una prima esigenza dei comunicatori e degli esperti di marketing è infatti riuscire ad attirare l'attenzione e a suscitare interesse di un pubblico sempre più consapevole, costantemente avvolto da comunicazioni di tipo commerciale e sociale, ma anche un po' stanco dell'eccessiva pervasività pubblicitaria (Fabris, 2009). In questo contesto il meccanismo di risparmio di energia, ovvero l'economia dell'attenzione (Davenport e Beck, 2001) costituisce uno degli aspetti più rilevanti per riuscire a persuadere. Una volta che il messaggio è riuscito ad attirare l'attenzione è necessario che questo venga percepito correttamente. Diverse ricerche hanno dimostrato che non sempre le intenzioni del pubblicitario vengono colte dal proprio target di riferimento (Russo, 2007; Olivero e Russo, 2013). A complicare le cose vi è anche l'esigenza e l'attesa che i contenuti del messaggio possano poi essere correttamente immagazzinati e ricordati quando è opportuno che accada, ovvero nel momento della scelta di acquisto, nel momento in cui occorre agire un comportamento pro sociale o, come nel nostro caso, di tutela della propria salute tramite l'adozione di uno stile di vita sano. Come sappiamo questo processo non è sempre lineare e diretto.

L'implicita assunzione che sottostava a questo modo di studiare la relazione tra persuasione e decisione era che il comportamento poteva essere "catturato", spiegato da un modello onnicomprensivo o da una "grande teoria" logicamente e razionalmente ineccepibile. Non a caso la più nota e diffusa teoria spiegava il comportamento come esclusivamente guidato dai principi esplicativi dell'utilità e dalla logicità dei processi.

Secondo tale principio, l'individuo è un soggetto capace di prendere le decisioni sulla base di un'attenta e razionale ricerca e valutazione delle informazioni, cercando di ottenere il massimo dei benefici (individuali o sociali) per la soddisfazione dei bisogni personali e sociali con il minimo di dispendio di energie.

In questa accezione l'individuo appare come un essere animato da principi universali validi in qualsiasi contesto ed in ogni tempo, quei principi che in piena rivoluzione industriale venivano trasmessi dalle classiche istituzioni come la famiglia, la religione, la comunità di appartenenza. Allora si faceva riferimento a "un uomo dotato di giroscopio interiore", capace di trasferire all'interno il sistema di coordinate che lo rendono riconoscibile e che consentono agli altri di sapere con chi hanno a che fare, di prevedere il suo comportamento e quindi di sapersi regolare nell'interazione e nello scambio sociale.

Questa stabilità era collegata a un principio di coerenza di aristotelica memoria che vincolava l'individuo ad essere coerente con i valori ed i principi che aveva

[31] Parte di questo paragrafo è tratto dal capitolo scritto da V. Russo dal titolo "La pubblicità nelle scienze economiche e sociali pubblicato nel testo Psicologia della Pubblicità di Mancini, Russo e Bellotto.

interiorizzato e che doveva essere in grado di tradurre in comportamenti congruenti, anche in assenza di un contesto sociale capace di supportare questi modelli valoriali (Siri, 2001). Non è un caso che una ragguardevole quantità di ricerche si sia occupata dei processi di dissonanza cognitiva (Festinger, 1957). In un tempo in cui l'uomo era considerato razionale e logico appariva più che normale occuparsi dell'insofferenza determinata da azioni incoerenti con i propri atteggiamenti o con le proprie dichiarazioni. Lo studio e la ricerca dei processi più o meno consapevoli, e dei meccanismi di influenza sociale sono stati l'occasione per verificare il costrutto della razionalità e, perché no, provare a difenderlo dall'evidenza della sua incapacità esplicativa. Si è trattato di un errore interpretativo che ha delle origini molto lontane e che chiama in causa il pensiero di Cartesio che distingueva radicalmente ciò che è razionale da ciò che è emotivo. L'errore più grosso che ha influenzato il pensiero filosofico occidentale è stato proprio quello di considerare, non solo differenti, ma del tutto opposti i processi emotivi e quelli razionali (Du Plessis, 2008, Damasio, 1994). Il concetto di intelligenza emotiva di Goleman non avrebbe avuto alcun senso in questo panorama esplicativo, anzi i due termini sarebbero stati giustapposti in maniera assolutamente paradossale. Il contesto culturale della società post moderna modifica profondamente questo modo di intendere l'uomo e i suoi processi decisionali.

La postmodernità rinuncia infatti all'idea di un soggetto e di una coscienza stabili, autogovernantisi, ancorati attraverso la ragione ad una universale razionalità oggettiva, capace di contenere le influenze manipolatorie dei processi persuasivi. La postmodernità sceglie di "accettare la radicale determinatezza del soggetto, la sua contestualità, l'assenza ad ancoraggi alla razionalità" (Siri, 2004 pag.67).

É in un nuovo orizzonte complesso, caratterizzato da molteplicità, instabilità, dalla fluttuazione tra realtà e virtualità (sempre più imponente nella nostra quotidianità), dalla flessibilità e dalla continua ricerca di suggerimenti per la costruzione identitaria che l'analisi dei processi decisionali deve fare riferimento alla soggettività, al valore dei processi individuali, alla contestualizzazione dell'esperienza e alla continua costruzione di senso. Il tema della persuasione pubblicitaria muta radicalmente rispetto al passato. Accanto ai risultati della ricerca classica sulla persuasione e relativa alle singole caratteristiche degli elementi della catena linea della comunicazione (fonte, messaggio, destinatario), la ricerca contemporanea cerca di soffermarsi sempre più su due nuove e sfidanti dimensioni, gli aspetti più globali e complessivi e i processi di costruzione del significato (Russo, 2007, Russo et al. 2007) e sul valore della dimensione affettiva ed emotiva. Tuttavia prevalgono ancor oggi, nella letteratura e nella pratica, approcci che pongono l'enfasi sui processi cognitivi e che spesso considerano il decisore - individuo od organizzazione – come se fosse un attore unico (completamente o limitatamente razionale, non importa) trascurando l'interazione di una molteplicità di attori che normalmente sono in gioco ma soprattutto cercando di cogliere la dimensione affettiva con strumenti offerti dalla razionalizzazione.

Il contributo offerto in questa parte dell'indagine permette di valutare se almeno una delle dimensioni concernenti la misura diretta delle emozioni e dei suoi correlati psicofisiologici possa dare vita ad un modello di indagine dell'efficacia comunicativa da integrare nel sistema classico di indagine e se questo modello può essere usato nel caso in uno specifico modello comunicativo come quello sviluppato per le NCD.

1.3 Gli stili della comunicazione sociale: i Fear Arousing Appeals

Per una corretta analisi di contenuto occorre segnalare che gli spot che si servono di stili di comunicazione che fanno appello alla paura (Fear Arousing Appeal) sono studiati da tempo soprattutto in relazione alla comunicazione sociale. Queste pubblicità mirano a determinare reazioni di paura verso quanto mostrato o detto, e a provocare un senso di vulnerabilità personale di fronte alla minaccia. Lo scopo di questi appelli è dissuadere dall'attuare determinati comportamenti "pericolosi" mostrando il rischio e la minaccia a cui le persone vanno incontro se non modificano le loro abitudini. La rappresentazione di una forte minaccia stimola la paura, un'emozione valutata negativamente ma che induce un alto livello di attivazione, favorisce l'elaborazione cognitiva delle informazioni ed aumenta la motivazione ad evitare la minaccia. è stato dimostrato che i fear arousing appeals non sempre risultano efficaci (Janis e Feshback, 1953). Può, infatti capitare che messaggi a impatto troppo forte attivino negli spettatori meccanismi di difesa che li portano a non prendere in considerazione quanto viene loro proposto. Non sempre lo spettatore è motivato a seguire il consiglio dato in una pubblicità per evitare una situazione spiacevole. Il rischio di una rimozione del messaggio per limitare la spiacevolezza dell'emozione suscitata è in questi casi molto elevato. Tuttavia è stato riscontrato che l'uso della paura ha un efficace risultato se oltre all'esposizione alla minaccia, vengono fornite delle istruzioni di coping, promuovendo una soluzione che sia percepita realmente e facilmente applicabile dal soggetto per scongiurare le conseguenze spiacevoli presentate (Mannetti, 2002).

L'effetto negativo può essere, così, evitato bilanciando la paura suscitata con adeguati consigli per risolvere la minaccia mostrata, enfatizzando l'efficacia della soluzione proposta (Stroebe e Stroebe, 1995). Infatti, se questi consigli risultano adeguati diventa possibile affrontare la paura provata ed eliminare la minaccia, mettendo così in atto una risposta adattiva che porta a modificare i comportamenti nocivi; in caso contrario la paura viene ridotta tramite meccanismi di difesa e la pericolosità della minaccia non viene neppure considerata, ma semplicemente negata (Rippeto e Rogers, 1987; Prentice-Dunn, Floyd e Flournoy, 2001).

É stato inoltre riscontrato un diverso effetto positivo dell'uso persuasivo della paura in funzione del grado di angoscia che un messaggio contiene: quando la paura è elevata (si pensi ad esempio alla campagna pubblicitaria aggressiva sul problema del tumore al seno o sui rischi di contrarre l'AIDS) gli spettatori possono respingere le informazioni, selezionandole, per difendersi dalla minaccia che esse contengono (Aspinwall e Brunhart, 1996, Witte, 1998), mentre quando la paura è moderata le persone possono più facilmente sentirsi coinvolte e dedicare maggiore attenzione alla questione (Mantovani, 2003; Rogers e Prectice-Dunn, 1997).

Dalle ricerche effettuate risulta in modo del tutto contro intuitivo che prospettare conseguenze catastrofiche produce cambiamenti di atteggiamento verso posizioni che consentono di evitare tali conseguenze più lievi rispetto a quanto avviene prospettando sviluppi futuri negativi, ma meno drammatici.

Queste considerazioni sono di grande importanza ed utilità nel campo della comunicazione sociale e nella promozione di scelte comportamentali attente alle situazioni di disagio e di difficoltà.

È questo un campo di analisi dei processi persuasivi che da qualche tempo ha assunto un importante ruolo e che si sta sviluppando in maniera significativa anche

per ovvi motivi storici, culturali ed economici: il procedere della crisi del welfare state (Barbetta 1996, Boccacin, 1993, Fiorentini, 1992), lo sviluppo di un impegno sempre più articolato nell'area del disagio da parte delle sempre più numerose strutture del non profit, ma soprattutto la crescita di un maggiore impegno sociale personale nella attività di volontariato, non più strettamente legato a quel senso civico e sociale delle società collettive, quanto piuttosto correlato all'esigenza più specificatamente individuale di un impegno considerato prima di tutto personale (sentirsi bene aiutando gli altri) e solo successivamente finalizzato a rispondere ad un'esigenza sociale e comunitaria (Siri, 2001; Fabris, 2003).

Oltre alla ripetizione del messaggio, già valutata dal gruppo di Yale e di Hovland (1951, 1953) come uno degli elementi di efficacia del messaggio persuasivo e che si ricollega all''euristica della disponibilità (tendenza a stimare come maggiormente probabili le informazioni più disponibili in memoria, Olivero e Russo, 2009), un messaggio persuasivo non dovrebbe fare affidamento alla tensione e alla paura, quanto piuttosto enfatizzare risultati positivi associati al cambiamento di un particolare comportamento, come fatto in quasi tutti i video testati presso il Behaviour & GBrain Lab sul tema delle Non Communicable Deseases. Il riferimento alla paura in questo ambito è spesso abbastanza frequente, come vedremo più avanti, senza che vengano opportunamente considerati gli effetti che potrebbe avere nel generare difese percettive, piuttosto che attirare l'attenzione. Ancora troppo spesso diversi messaggi tendono a enfatizzare le conseguenze negative di un comportamento piuttosto che presentare modelli comportamentali adeguati.

Per essere realmente efficace e influenzare i processi decisionali il messaggio dovrebbe, inoltre, soffermarsi sulle indicazioni di quali siano le specifiche modalità e le necessarie competenze per risolvere i problemi, piuttosto che offrire informazioni generali sul tema e sui pericoli (Parrot, Monahan, Ainsworth e Steiner, 1998): nel campo della prevenzione dell'AIDS alcuni autori sostengono che si è data eccessiva enfasi sull'informazione del problema e ancora indicazioni insufficienti sui comportamenti da adottare, come dimostrato da una ricerca su circa 33 paesi (Johnson, Flora, e Rimal, 1998). A tal proposito è utile segnalare che un messaggio di questo tipo può essere annoverato tra quelli di grande successo se riesce a stimolare nell'audience la voglia di comunicare, condividere e affrontare il problema con altre persone (Hafstad e Aaro, 1997). Le ricerche, infatti, dimostrano che la discussione di un messaggio e la sua difesa durante un confronto dialettico con gli altri facilita indubbiamente l'adozione delle scelte e dei comportamenti riportati nel messaggio (Parrot et al. 1998). La riproposizione con gli altri di un tema o argomento presentato da un messaggio comunicativo avrà pertanto un duplice effetto: da una parte garantisce la diffusione del messaggio tra più persone anche con il passa parola, e, dall'altra, facilita l'adozione dei comportamenti promossi nel messaggio in coloro che trattano e difendono il tema affrontato.

CAPITOLO 2: ANALISI NEUROSCIENTIFICA DEL MATERIALE COMUNICATIVO SULLE NCD

2.1 Introduzione alla ricerca

Per testare il materiale comunicativo prodotto sono state utilizzate le tecniche neuroscientifiche offerte dal laboratorio di indagine psicofisiologica Behavior and Brain Lab IULM, coordinato dal prof. Vincenzo Russo.

Il laboratorio di ricerca è uno dei più avanzati laboratori universitari di psicofisiologia e di "consumer neuroscience" progettati per lo studio dell'attivazione attentiva ed emotiva in relazione alla comunicazione e ai processi di scelta, di acquisto e di consumo. Il laboratorio si serve di un gruppo di psicologi, sociologi, antropologi, bioingegneri, biostatistici ed esperti di biofeedback e di 5 postazioni di lavoro per l'indagine neuroscientifica connessi in simultanea, di cui una sincronizzata con un sistema di tracciamento dello sguardo (Eye-tracking) e di lettura delle espressioni facciali (Face Reader), per studiare gli effetti dell'esperienza e della comunicazione, in tutte le sue declinazioni, attraverso l'analisi delle reazioni neuro- e psico-fisiologiche e dei tracciamenti dello sguardo.

Il Behavior & Brain lab IULM attraverso strumenti obiettivi e misurazioni oggettive e ripetibili, permette di misurare il livello di coinvolgimento e il grado di attivazione psicofisiologica delle persone in risposta a eventi esterni (messaggi promozionali, visione di prodotto, elementi ambientali stressanti) ed a eventi interni (per esempio stati di ansia e di stress).

I dati estrapolati con le tecniche tradizionali, come questionari o interviste, sono stati pertanto integrati con gli indicatori marker biologici/cerebrali capaci di identificare lo stato di coinvolgimento e di attivazione, quale punto di riferimento o "asticella" per valutare l'efficacia dei prodotti di comunicazione.

In particolare, le misure che sono state utilizzate, oltre quelle rilevate con i metodi tradizionali (indagine qualitativa e quantitativa), riflettono l'attività del Sistema Nervoso Autonomo e sono:

- conduttanza della pelle,
- variabilità cardiaca,
- respirazione;
- segnali legati all'attività del Sistema Nervoso Centrale, come quelli multipli di elettroencefalografia realizzato con caschetti EEG;
- gli indici derivati dal tracciamento dello sguardo: numero e durata delle fissazioni, percorso di esplorazione visiva e rapidità dei movimenti saccadici (Eye Tracker).

In quest'ultimo caso si tratta di integrare l'indagine con un sistema di monitoraggio offerta da un Eye Tracker per la misurazione dell'attenzione oculare durante la fruizione del materiale video. Lo strumento è infatti determinante per potere valutare la capacità degli stimoli visivi nel focalizzare l'attenzione del soggetto sui principali messaggi veicolati dal video. La possibilità inoltre di integrare il dato Eye Tracking con i correlati elettroencefalografici permette di avere una più precisa misurazione del

rapporto tra ciò che viene mostrato in video o in un sito web e ciò che viene stimolato cognitivamente offrendo un'ulteriore indicazione di efficacia in merito alla capacità di focalizzazione e di riconoscimento dei messaggi inviati dal video.

Si tratta di un sistema d'indagine che oltre ad offrire interessanti dati integrativi alle tradizionali metodologie permette di sperimentare un modello di studio innovativo sull'efficacia dei messaggi di comunicazione.

Al processo di valutazione descritto si abbina una fase di analisi della mimica facciale, attraverso la scansione e il confronto con le espressioni codificate secondo il Facial Action Coding System (F.A.C.S.) di Paul Ekman (Ekman e Friesen) che viene realizzato mediante l'applicazione delle tecniche F.A.C.S. da combinare con quelle basate sul tracciamento dello sguardo sincronizzato con il monitoraggio di parametri neuro e psicofisiologici. Queste ultime, si sono sviluppate ulteriormente nei laboratori del Massachusetts Institute of Technology (MIT) grazie allo sviluppo di algoritmi e di procedure di analisi del segnale in grado di catturare (molto più rispetto al passato) la relazione tra il pattern biologico e lo stato mentale, grazie agli studi del gruppo di ricerca coordinato dalla prof.ssa Rosalind Picard, la quale ha coniato il termine "Affective Computing", che mette insieme due parole che possono sembrare un paradosso, in quanto sembrerebbero in antitesi tra loro: "computazione affettiva". Tale disciplina si arricchisce delle conoscenze offerte da diverse materie scientifiche: da un lato, le Neuroscienze, dall'altro le scienze matematiche e bio-ingegneristiche utili per elaborare algoritmi sempre più raffinati in grado di estrapolare e inferire dagli indici biologici informazioni inerenti gli stati emotivi, attentivi e cognitivi; infine, le scienze e le tecnologie della comunicazione (campo in cui l'Università IULM ha un vasto e consolidato expertise nazionale e internazionale) che hanno sviluppato conoscenze sempre più articolate per produrre messaggi sempre più sofisticati.

Oltre all' "Affective Computing", oggi è inoltre possibile abbinare anche l'analisi automatizzata delle espressioni emotive tramite le espressioni del volto, grazie alla teoria di Ekman che identifica specifici pattern espressivi per distinguere la felicità, la sorpresa, la tristezza, la paura, la rabbia, e il disgusto (Ekman, 1973, Izard, 1971 e 1977; Kleinke, Peterson e Rutledge, 1998). Ekman (1982), così come altri autori (Tomkins, 1962; Izard, 1977; Friesen, 1986), sostengono infatti che le emozioni primarie o fondamentali sono caratterizzate anche da configurazioni facciali espressive, distintive e non ambigue, innate e universali. Ekman nelle sue ricerche è riuscito, inoltre, a dimostrare l'esistenza anche di micro-espressioni del volto che sono strettamente legate ai circuiti cerebrali delle emozioni e pertanto poco controllabili ma rilevabili da un occhio esperto e allenato. Si tratta di micro-espressioni strettamente legate alle emozioni fondamentali perché "risposte adattive"..

2.2 Il protocollo: obiettivo, metodologia e tecniche di indagine neuroscientifica

2.2.1 Obiettivo

Valutare l'impatto delle diverse strategie comunicative del materiale prodotto inerente le *Non Communicable Deseases* (NCD) attraverso tecniche tradizionali (uso di questionari) e tecniche innovative basate sull'analisi delle reazioni neuro- e psicofisiologiche dei soggetti in risposta alla visione degli stimoli scelti. Gli stimoli presentati sono stati:

- 3 video prodotti da studenti IULM e risultati meritevoli di attenzione per la cura nella realizzazione e/o per l'originalità del messaggio veicolato
- 2 brochure informative prodotte da studenti IULM
- Una brochure informativa "Linee guida europee" sulle NCD

2.2.2 Materiale pubblicitario testato

I VIDEO

1) Arcimboldo

Il video si apre con una scritta: "Hai mai pensato di dare un'occhiata…DENTRO DI TE?", seguita da un'immagine che appare sullo schermo per pochi decimi di secondo, rappresentante una sorta di lastra di un busto umano. L'effetto è enfatizzato dal colore grigio della figura e dal suono che accompagna la comparsa dell'immagine, simile allo scatto di una fotografia. Il busto è composto da una bottiglia di birra e gli organi interni sono composti da elementi che rappresentano i cattivi stili di vita che possono danneggiare ciascuno di essi.

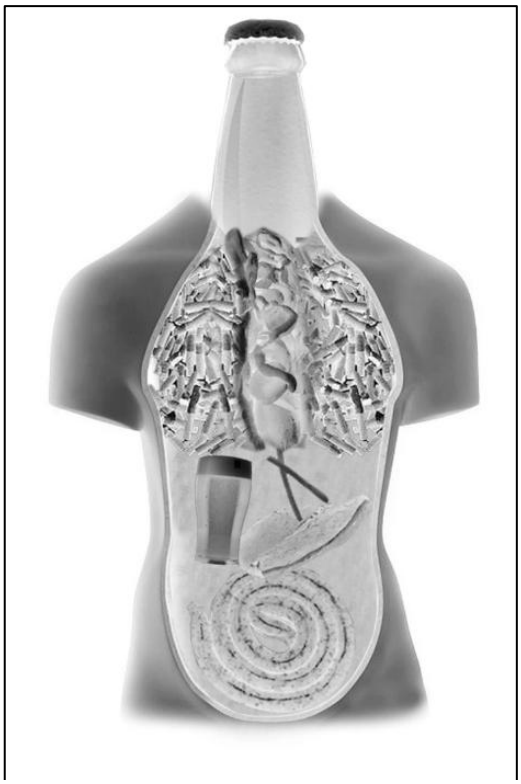


Figura 2. 1 – "Lastra" di un corpo poco sano (organi interni composti dai fattori di rischio specifici).

L'immagine si colora gradualmente e, per ciascun organo, appare la scritta relativa alla malattia specifica connessa ai fattori di rischio rappresentati.

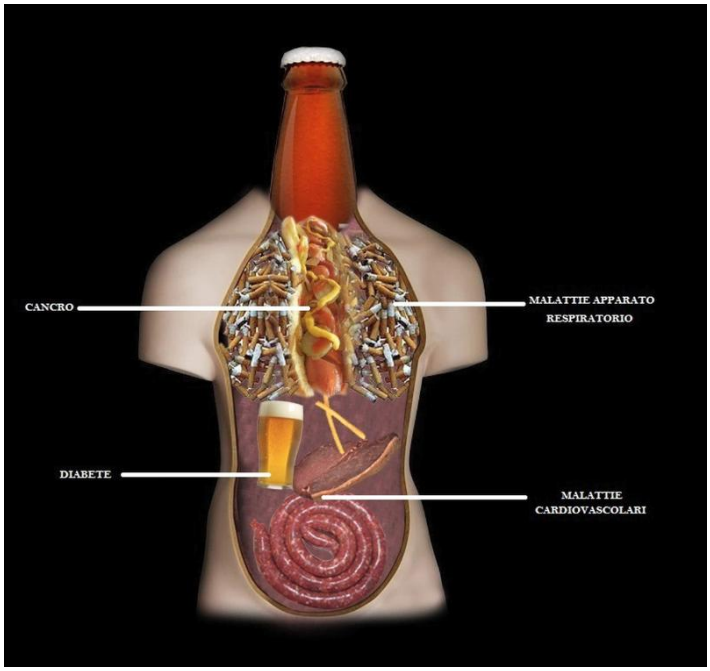


Figura 2.2 – Interno di un corpo poco sano e indicazione delle malattie specifiche per ciascun organo.

Segue una parte informativa, con le affermazioni: "Una dieta sbagliata, sedentarietà, droghe, fumo, alcool, ESCI DA QUESTO VORTICE" e "Le malattie non trasmissibili sono la prima causa di morte al mondo". Quest'ultima frase rafforza la sensazione di

vulnerabilità verso le malattie elencate nell'immagine, cercando di suscitare un senso di timore verso le conseguenze negative dei comportamenti poco salutari elencati. Appare poi una scritta di colore rosso dal tono prescrittivo: "Non trasmetterle agli altri con i tuoi cattivi stili di vita".

L'ultima parte dello spot, prova invece a indurre una sensazione di sollievo, esordendo con la frase: "Troviamo una soluzione insieme", seguita da un'immagine simile alla precedente, ma nella quale l'interno del corpo umano è costituito da organi rappresentati da cibi salutari. Si forniscono così delle istruzioni di coping ai soggetti molto chiare e dirette, soprattutto legate all'alimentazione corretta. Da notare come, con l'inizio delle immagini positive e rassicuranti, il ritmo musicale diventa più incalzante, contribuendo a coinvolgere lo spettatore, che è così maggiormente propenso a concentrarsi sulle informazioni che gli vengono fornite.

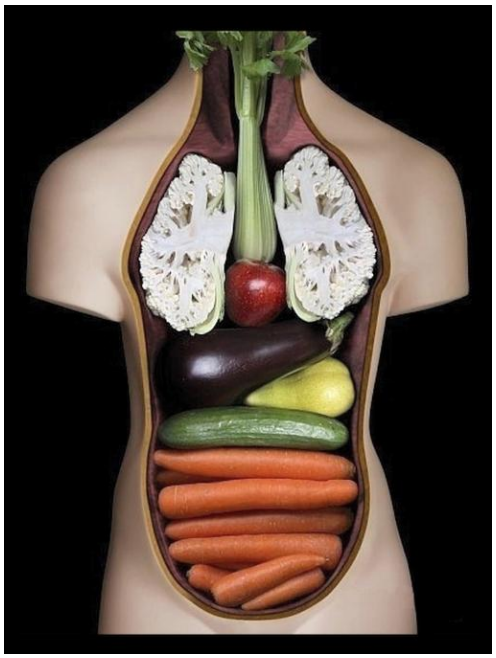


Figura 2. 3 - Corpo sano (organi interni composti da cibi salutari).

L'immagine è seguita dall'indicazione: "Coltiva uno stile di vita sano e abbraccia la dieta del nostro Paese". Viene poi presentata la rappresentazione del quadro di Vertumno dell'Arcimboldo (il celebre ritratto dell'imperatore Rodolfo II, raffigurato nella veste del dio delle stagioni, il cui volto è composto da frutta, ortaggi, foglie e fiori) e sullo schermo appaiono le frasi "è nella nostra cultura", "è nella nostra natura".

Figura 2. 4 - "Vertumno".

Le ultime immagini hanno uno stile ironico e divertente. Una suggerisce: "scegli la strada per stare bene con te e con gli altri", rappresentando i soggetti con degli acini d'uva antropomorfizzati dal viso sorridente.

Figura 2.5 - Penultima immagine dello spot.

L'ultima immagine mostra una noce aperta e sfrutta la somiglianza della forma del gheriglio con quella del cervello umano, affermando: "usa il cervello".

Figura 2.6 - Ultima immagine dello spot-tono ironico.

Il focus dello spot è sull'alimentazione sana e sul legame tra questo aspetto e la cultura italiana. Presenta quindi la scelta di una dieta equilibrata come un modo per integrarsi e per vivere meglio. L'aspetto sociale è sottolineato anche dalla frase "non trasmetterle agli altri", che suggerisce l'impatto delle cattive abitudini sull'intera società, oltre che sulla salute del singolo.

2) Magliette

Il video si apre con un ragazzo di colore che guarda la televisione, poi estrae una sigaretta dal pacchetto e la accende. La scena è ambientata in un'abitazione modesta, arredata in maniera semplice.

Figura 2.7 - Primo fotogramma del video.

Seguono delle immagini che rappresentano alcune cattive abitudini alimentari.

Figura 2.8 - Cibi malsani.

Dopo la presentazione attraverso le immagini dei fattori di rischio, inizia la parte di "appello alla paura", che cerca di suscitare una sensazione di timore e vulnerabilità nello spettatore. Appare sullo schermo la scritta: "A volte pensiamo che ci sia un problema solo quando lo vediamo", seguita dall'immagine del ragazzo visto nella prima parte del video, insieme a due protagoniste femminili, anch'esse straniere. Tutti e tre i personaggi sono di spalle e si girano a uno a uno, mostrando la parte anteriore della maglietta, sulla quale sono raffigurati rispettivamente: cuore, reni e polmoni.

Figura 2.9 - Magliette.

Per ciascuno degli organi appare poi un'indicazione della *Not Communicable Desease* che può coinvolgerlo.

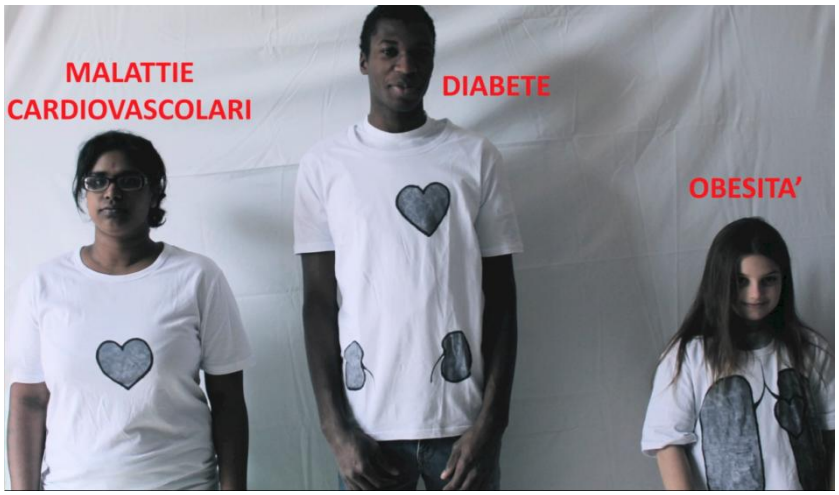


Figura 2.10 - NCD.

Si presenta nuovamente l'immagine del ragazzo che fuma, questa volta di fronte allo spettatore, che può guardarlo negli occhi. Questo coinvolge maggiormente chi osserva il video, preparandolo ad un messaggio diretto: "Forse anche tu indossi una di queste magliette senza saperlo". Ancora una volta si evidenzia un tentativo di far percepire una sensazione di vulnerabilità rispetto al problema presentato. Vengono poi fornite alcune informazioni, sia testuali: "Prevenire è la soluzione migliore", sia a livello di immagini di frutta e verdura. Anche in questo caso, pur presentando tra i fattori di rischio anche consumo di alcool e fumo, il focus delle istruzioni di coping riguarda l'aspetto dell'alimentazione.

Figura 2.11 - Cibi sani.

Un altro suggerimento offerto sotto forma di testo scritto è: "Fai un controllo!".

L'ultima parte del video mostra nuovamente il ragazzo delle scene precedenti con una maglietta bianca che si rivolge allo spettatore, dicendo: "I problemi che non vediamo sono la prima causa di morte nel mondo".

3) Post-it

Lo spot inizia mostrando una ragazza che guarda fuori dalla finestra con un volto triste.

Figura 2.12- Scene iniziali del video.

Vengono poi presentate delle scene della vita quotidiana della protagonista con enfasi posta sulla sedentarietà del suo lavoro e sulle sue cattive abitudini: un'alimentazione scorretta, il consumo di alcool e il vizio del fumo.

Figura 2.13 - La protagonista che mangia delle patatine davanti al computer.

Figura 2.14 - La protagonista che beve del vino.

Figura 2.15 - La protagonista che fuma.

Viene suggerita l'idea del tempo che passa mostrando un calendario che viene sfogliato di mese in mese, mentre la ragazza continua a mettere in atto comportamenti poco salutari. Analogamente al video descritto precedentemente ("Magliette"), dopo aver presentato allo spettatore delle immagini che rappresentano uno stile di vita non sano, si cerca di indurre in lui una sensazione di angoscia. Viene mostrata la ragazza che tossisce, con un'espressione sofferente e un volto pallido. Inoltre si nota la disapprovazione nello sguardo dei colleghi della protagonista. Si evidenziano quindi conseguenze negative sia per la salute, sia da un punto di vista sociale.

Figura 2.16 - La protagonista che tossisce.

Seguono le istruzioni di coping, fornite attraverso l'esempio dato dal comportamento della ragazza, che butta via i cibi malsani e va a dormire presto. Il giorno successivo apre la finestra assaporando l'aria esterna con un'espressione soddisfatta e speranzosa, intenzionata ad attuare uno stile di vita più corretto.

Figura 2.17 - Il nuovo inizio.

La protagonista poi appiccica sul muro alcuni Post-it che ricordano le buone abitudini (ad esempio la scritta "Fumare" barrata). L'escamotage delle indicazioni scritte consente di fornire informazioni più dettagliate senza annoiare lo spettatore. Si vede poi la ragazza che acquista cibo sano, va a correre e butta le lattine di bibite alcoliche.

Figura 2.18 - Post-it con indicazioni per una vita sana.

Vengono poi date nuove informazioni legate alle NCD e c'è un nuovo richiamo alla paura: "2 persone su 3 muoiono per malattie non trasmissibili". Lo sfondo rosso richiama ulteriormente un allarme, un pericolo.

Segue l'indicazione dei comportamenti da mettere in atto, preceduta dalla scritta: "La prevenzione è fatta di piccoli gesti", che suggerisce come la strategia da mettere in atto per evitare le conseguenze spiacevoli sia facilmente accessibile. I suggerimenti sono nuovamente presentati attraverso i foglietti che la ragazza ha attaccato sul muro. Infatti, l'ultimo Post-it, posto sopra tutti gli altri, reca la scritta "Cambiare la mia", mentre quelli sottostanti compongono nel loro insieme la parola "vita".

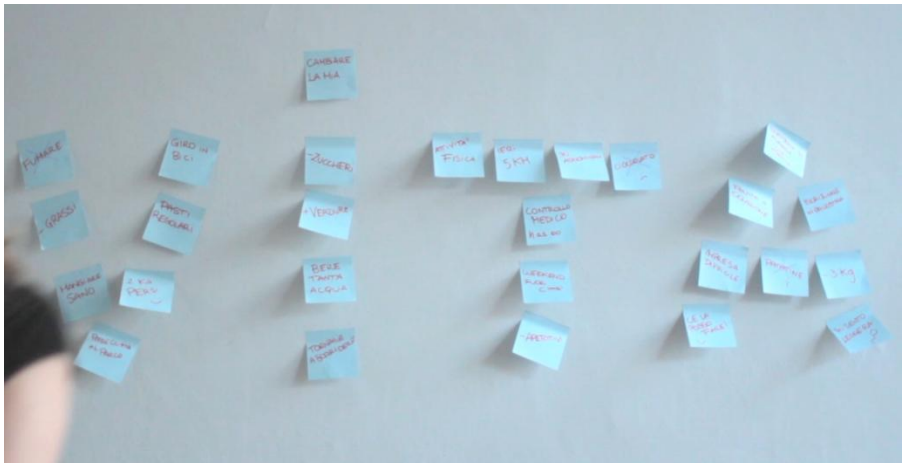


Figura 2.19-Post-it con indicazioni, che compongono la scritta "vita".

L'ultima schermata presenta l'affermazione: "La vita è il tempo che ti dai".

Oltre al materiale pubblicitario video, sono stati sottoposti a test anche le brochure, di seguito riportate in ordine.

1) Arcimboldo: la brochure è stata proposta dal gruppo che ha prodotto lo spot omonimo, e riprende lo stile, le immagini e i testi del video.

Figura – Opuscolo "Arcimboldo" fronte e retro

2) Magliette: anche in questo caso la brochure è abbinata al video omonimo.

Figura – Opuscolo "Post-it" fronte e retro

3) Linee guida: questo opuscolo non è legato a nessuno dei tre video testati.

Messages les plus Efficaces pour Motiver les Familles à Adopter un Mode de Vie plus Sain	
MESSAGES PRINCIPAUX	**CONSEILS**
Connaître le bon nombre.	Apprendre le nombre de calories à consommer chaque jour est une première étape essentielle pour la gestion de votre poids.
S'amuser, c'est aussi se dépenser!	Dépensez-vous avec votre famille, que ce soit en jouant au football dans la cour, en allant danser ou en faisant un tour à pied dans le quartier.
Prendre son poids en main.	Eliminer les calories ingérées par la nourriture et les boissons en pratiquant une activité physique vous aide à contrôler votre poids.
Petites étapes = gros changements.	Servez de petites portions pour limiter le nombre de calories et pour garder votre poids sur la bonne voie.
Garnissez votre assiette d'une nourriture qui offre des nutriments bénéfiques et qui soit pauvre en calories.	Choisissez plus souvent des fruits et des légumes, des céréales complètes et enrichies, des viandes maigres, des haricots et des noix, ainsi que des produits laitiers allégés en matières grasses.
Vous représentez un modèle important pour vos enfants.	Montrez à votre famille comment profiter de leurs plats et de leurs boissons favoris riches en calories, en savourant ensemble de plus petites portions.

Top-Performing Messages for Motivating Families to Lead Healthful Lifestyles	
CORE MESSAGE	**GUIDANCE**
Know your number.	Learning how many calories you should consume in a day is a critical first step in managing your weight.
Fun stuff counts as exercise!	Get active with the family, whether it's soccer in the backyard, dancing to music or taking a walk in your neighborhood.
Take charge of your weight.	Balancing the calories you eat and drink with the calories you burn through physical activity puts you in control.
Small steps = big changes.	Serve smaller portions to help curb calories and keep your weight on the right track.
Base your plate on nutrient-rich foods that offer beneficial nutrients and fewer calories.	Choose fruits and vegetables, whole and enriched grains, lean meats, beans and nuts, and low-fat and fat-free dairy foods more often.
You are an important role model for your children.	Show your family how to savor their favorite higher-calorie foods and beverages by enjoying smaller portions together.

Figura – Opuscolo "Linee guida" versione francese e inglese

2.2.3 Campione

Un gruppo di 12 soggetti stranieri è stato utilizzato per una fase preliminare della ricerca. Tale pre-test è stato condotto al fine di settare l'attrezzatura e raffinare gli algoritmi di analisi dei segnali, una volta selezionati gli indicatori più predittivi di una buona efficacia del messaggio. Il protocollo finale è stato costruito sulla base dei risultati del test preliminare.

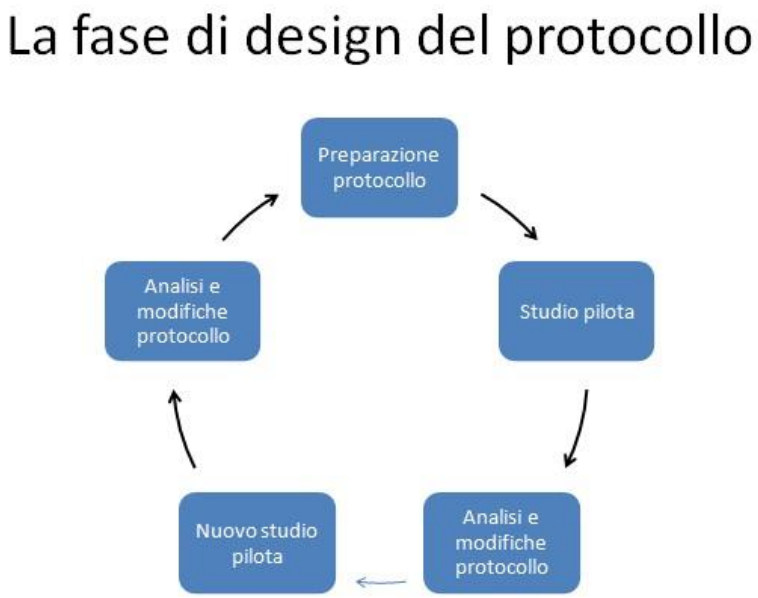
Le analisi compiute su questo campione preliminare non saranno qui riportate (appunto perché pre-test).

Il campione qui preso in esame è composto invece da 16 soggetti stranieri con un'età compresa tra i 20 e i 46 anni, per la prima fase della ricerca. È stato poi condotta una seconda fase con 24 soggetti, con le stesse caratteristiche dei 16 e dei 12 precendenti.Gli studi che utilizzano metodologie neuro scientifiche, con indicatori di attivazione fisiologica e neurale, non necessitano di un campione composto da un numero elevato soggetti. Infatti, vi è minor rumore casuale da minimizzare rispetto agli studi condotti attraverso le tecniche tradizionali (Genco, Pohlmann, Steidl, 2013). Campioni relativamente piccoli possono quindi fornire delle informazioni utili. In questo caso, in particolare, il campione era omogeneo, composto da stranieri immigrati, in Italia da un periodo limitato di tempo e provenienti da famiglie tradizionali.

2.2.4 Fasi della ricerca

L'intera ricerca è suddivisibile in 3 fasi: uno studio pilota, la fase di test con 16 soggetti di cui si presentano in questa sezione i dati, e infine una fase da 24 soggetti di cui verranno presentati più avanti gli esiti. Tale suddivisione ha permesso di migliorare il design del protocollo (grazie ai ripetuti test durante lo studio pilota), di testarlo una prima volta su tre stimoli (spot audiovisivi di Arcimboldo, Magliette e Post-it) con 16 soggetti; e infine, sulla base degli output emersi dal primo test, ripetere un secondo ciclo, sempre con tre spot, di cui due erano i migliori secondo dati emersi dal primo test, e il terzo spot rappresentava le caratteristiche migliori prese dagli altri due con la possibilità di ri-testare nuovamente i 3 stimoli.

Qui illustriamo brevemente la fase di design del protocollo grazie alla fase dello **studio pilota**, in cui la preparazione del protocollo ha subito continue modifiche al fine di migliorarne il design, come illustrato dalla immagine qui sotto.



Nella fase di svolgimento dello **studio pilota** della ricerca sulle malattie non trasmissibili (Not Comunicable Disease – NCD), sono stati coinvolti 12 partecipanti col fine di iniziare a testare le diverse procedure di tutto il protocollo sperimentale. A questo fine, infatti, dopo avere preparato sul computer fornito di tecnologia eye-tracking il protocollo (all'interno del software Experiment Center di SMI) in grado di presentare le istruzioni alla ricerca, la fase di baseline, i tre spot in modo random, e infine i self-report, i partecipanti sono stati chiamati per verificare che il sistema funzionasse correttamente. Tale studio pilota, se da un lato richiede necessariamente di perdere dei soggetti (in quanto se, dopo i primi test, qualcosa viene cambiato, non è più possibile utilizzare i dati acquisiti), dall'altro permette tuttavia di verificare che tutto l'impianto di acquisizione, registrazione e di sincronizzazione funzioni correttamente e nel modo più automatizzato possibile, riducendo al minimo l'errore che un ricercatore potrebbe introdurre involontariamente e quindi dando la possibilità che nella acquisizione dei soggetti sperimentali (in genere ben più numerosi rispetto allo studio pilota) non si verifichino "imprevisti" o "bachi" e, in ultima istanza, di portare al massimo grado la probabilità di svolgere una sola, unica, ripetuta e sempre identica procedura di svolgimento, riducendo al minimo possibile l'introduzione di variabili intervenienti che possano apportare dei "bias" ai risultati della ricerca. Basti pensare per esempio al fatto di fornire istruzioni che, a seconda del ricercatore che le introduce, potrebbero risultare più o meno comprensibili ai partecipanti. Il sistema dotato di tecnologia eye-tracking è il computer centrale che permette di fare da punto di riferimento per le altre tecnologie impiegate: ovvero la tecnologia che monitora le onde cerebrali tramite caschetto Epoc della Emotiv, il sistema che monitora e

decodifica le espressioni facciali della Noldus, e infine il sistema che monitora i parametri psicofisiologici della Thought Technology (sudorazione della pelle, battito cardiaco e respiro). Tutti questi sistemi sono stati sincronizzati attraverso il software Observer XT della Noldus (che mette in comunicazione Eye-tracking, caschetto EEG e software che analizza le espressioni facciali), oltre ad uno speciale dispositivo della Thought-technology che permette di sincronizzare i dati psicofisiologici con il protocollo creato tramite l'experiment center del computer dotato di tecnologia eye-tracking. Tale congegno si avvale di una ventosa che viene attaccata sullo schermo del pc con tecnologia eye-tracking, per tenere costantemente puntata contro lo schermo una fibra ottica in grado di rilevare la presenza di una schermata bianca (in tal caso, la fibra rileva un valore pari a +1) rispetto alla presenza di una schermata scura (in questo secondo caso, la fibra rileva un valore pari a -1). Per "marcare" sul tracciato dei segnali biologici l'avvicendarsi delle diverse sessioni (baseline, domande self-reports, i tre spot in modo random, ecc.) si è prevista l'inserzione, nella sequenza degli stimoli, di apposite schermate bianche e nere al fine di "segmentare" in modo scientifico (osservabile e misurabile a posteriori) tutta la sequenza degli stimoli all'interno dei tracciati dei segnali psicofisiologici. Tale procedura è complessa e richiede sempre una fase pilota in cui verificare che tutto il sistema di registrazione dei dati e di sincronizzazione proceda come previsto dal protocollo. Dopo le prime acquisizioni con i primi 4 soggetti, sono state modificate le tempistiche della segmentazione del protocollo (il baseline è stato ridotto, in quanto si è visto che la prima versione di 5 minuti era troppo lunga e generava un effetto noia che si riverberava nelle successive acquisizioni durante la visione degli spot, introducendo un bias non marginale). Le domande sono state articolare in modo maggiore, fino a richiedere una successiva ripetizione su 4 nuovi soggetti, che hanno fornito dati abbastanza allineati a quelli della letteratura in merito sia alle risposte self-report, sia in merito ai segnali riverberati dal baseline. Come se non bastasse, alcuni spot sono stati "modificati" con l'inserzione di alcuni fotogrammi sia per uniformare i tempi di durata, sia per cercare di renderli ancora più efficaci attraverso l'utilizzo di alcuni stratagemmi comunicativi: per esempio, per Arcimboldo, riscontrata una certa predominanza di emozione "gioia" nei self-report, ma non così marcata come si era ipotizzato, si è voluto inserire un fotogramma finale in cui gli acini di un grappolo d'uva (mostrato per comunicare l'importanza di mangiare frutta fresca per ridurre le NCD) sono stati tutti "ritoccati" con un pennarello che ha disegnato uno "smile" su ogni chicco d'uva. Tale accorgimento ha effettivamente fatto lievitare ancora di più il numero di risposte riportate come "gioia" nei self-report, ma ha richiesto necessariamente di escludere i soggetti che avevano testato la versione del protocollo con i tempi degli spot uniformati (testato con la seconda tranche di 4 soggetti) e con il tempo del baseline "tarato" sul campione (testato con la prima tranche di 4 soggetti). Sommando la prima tranche necessaria per tarare il baseline di 4 soggetti, alla seconda da 4 per uniformare i tempi di esposizione e verificare la sincronizzazione, e infine l'ultima tranche di 4 soggetti che hanno permesso di modificare gli spot stessi secondo i codici comunicativi specifici, si è arrivati ad uno studio pilota di 12 soggetti che, pur essendo stati esposti al protocollo sperimentale, sono stati esclusi a causa delle modifiche introdotte per

migliorarne il design del protocollo sperimentale e per verificarne il funzionamento ottimale.

2.2.5 Misure utilizzate

Ai fini dell'indagine sono stati acquisiti e analizzati i seguenti dati biologici (in condizione di relax – baseline – e durante la visione dei **tre filmati**):

- Eye tracker per analizzare il comportamento di esplorazione visiva.
- Caschetto EEG per valutare i livelli medi degli indici di: engagement, excitement, frustration e meditation.
- Analisi della conduttanza cutanea (skin conductance) per valutare il livello di attivazione prodotto dallo stimolo.
- Analisi del battito cardiaco (IBI) per valutare il livello di coinvolgimento.
- Analisi del periodo respiratorio: indice che correla con il battito cardiaco e fornisce alcune indicazioni sulla valenza emotiva dello stimolo.

Le **brochure** informative (in doppia lingua: italiano e francese) sono state analizzate tramite il sistema di tracciamento dello sguardo "Eye-Tracker" al fine di evidenziare le aree del testo e/o le immagini su cui lo sguardo dei soggetti si è soffermato più a lungo e, quindi, le aree di maggior interesse.

2.2.6 Procedura

Dopo una fase di organizzazione del calendario del laboratorio, è stato concordato con ogni soggetto una data ed un orario in cui svolgere la ricerca, che si è suddivisa nelle fasi qui di seguito elencate:

- Accoglienza e spiegazione dei fini della ricerca
- Posizionamento dei sensori
- Calibrazione e validazione dell'Eye-tracker
- Visione delle brochure
- Due minuti di baseline
- Visione del primo stimolo
- Questionario post
- Due minuti di stimolo neutro e rilassante
- Visione del secondo stimolo
- Questionario post
- Due minuti di stimolo neutro e rilassante
- Visione del terzo stimolo
- Questionario post
- Congedo

Tutti gli stimoli sono stati sottoposti ai soggetti in ordine casuale per evitare effetti di trascinamento di una condizione sulla successiva.

Dopo ogni spot i partecipanti hanno valutato tramite un questionario: intensità dell'emozione provata e tipo di emozione provata.

2.2.7 Output finale

- Analisi dei dati psicofisiologici dei tre spot a confronto.
- Analisi dei dati EEG dei tre spot a confronto.
- Restituzione analisi questionari e self-report al termine della visione di ciascun spot.
- Analisi delle espressioni emotive del volto tramite tecniche F.A.C.S.

CAPITOLO 3
I DATI PSICOFISIOLOGICI

La ricerca sulle emozioni ha avuto una crescita esponenziale negli ultimi decenni. Gli studi si sono focalizzati sui processi emotivi in ambienti sperimentali relativamente controllati, elicitando le emozioni con un duplice obiettivo: considerandoli come una variabile dipendente in fenomeni strettamente correlati con le emozioni (ad esempio l'attivazione autonomica, CIT Levenson, 1988, o centrale, CIT LeDoux, 1996), oppure una variabile indipendente in fenomeni in cui il contributo delle emozioni stesse risulta importante se non fondamentale (ad esempio nell'aggressività, CIT Zillman & Weaver, 1999). La presente ricerca si basa sui risultati ottenuti nelle ricerche sulla componente emotiva dell'attivazione autonomica o centrale per evidenziare l'importanza della componente emotiva per la trasmissione di messaggi socio-culturali tramite stimoli audiovisivi.
Lo sviluppo di video come elicitatori emotivi si è sviluppato in modo parallelo alla maturazione delle emozioni come campo scientifico di indagine. Infatti, inizialmente la scelta si basava su criteri personali e relativamente informali (CIT Lazarus, Speisman, Mordkoff, & Davison, 1962), fino alla definizione dell'affidabilità e validità dell'induzione di attivazione emotiva basata sulla visione di videoclip (Polivy, 1981).
Ci sono evidenze scientifiche relative alla capacità dei film e videoclip di elicitare attivazioni in sistemi modulati dai processi emotivi (ad esempio, sistemi centrali ed autonomici, CIT Karama et al , 2002 e Palomba et al., 2000). Quindi, quando l'obiettivo della ricerca è elicitare una generica risposta multisistemica, l'uso di videoclip può apportare dei vantaggi rispetto ad altre procedure (Rottenberg Ray & Gross).
In particolare, per misurare l'attività di elaborazione emotiva è possibile fare indirettamente ricorso a risposte somatiche quali la frequenza cardiaca (HR), la frequenza respiratoria e la risposta galvanica della pelle (SC), modulate dal sistema nervoso autonomico (CIT Baumgartner et al., 2006).
L'attività galvanica della pelle è infatti una misura sensibile dei cambiamenti del ramo simpatico del sistema nervoso autonomo, associata all'attenzione, allo stress fisico e cognitivo e alle emozioni (Critchley, 2002). Il legame tra la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria ed il bilancio simpato-vagale è ampiamente mostrata in Letteratura (Malik et al. 1996, Onorati et al 2013).
Nella ricerca svolta, i segnali fisiologici quali elettrocardiogramma (ECG), dilatazione toracica, una misura indiretta della variazione di volume respiratorio, e la risposta galvanica della pelle, ovvero la conduttanza cutanea (SC, dall'Inglese *Skin Conductance*) sono stati acquisiti tramite la scheda di acquisizione Flexcomp della Thought Technology, ad una frequenza di acquisizione di 256 Hz. Il *tool* di acquisizione e creazione di protocolli sperimentali Biograph Infiniti della Thought Technology offre alcuni algoritmi di elaborazione dei segnali in real-time. Per i nostri scopi è stato usato un modulo per il calcolo dell'*inter-beat interval* (IBI) dal segnale ECG, ovvero il segnale R-R, definito come la distanza temporale in ms tra due picchi R. Tramite questo segnale è stato possibile ricavare delle *features* significative dell'attivazione autonomica a seguito degli stimoli audiovisivi. Similmente, è stata ricavato il periodo respiratorio istantaneo, ovvero la distanza temporale in ms tra due picchi respiratori, attraverso un secondo modulo. Per la successiva elaborazione dei segnali, si è fatto uso di *tool* appositamente creati in ambiente MATLAB.

3.1. Skin conductance

Dopo avere effettuato la pulizia dei segnali (processo che permette di individuare e togliere gli artefatti dovuti al movimento del soggetto), i dati psicofisiologici sono stati analizzati da bioingegneri che hanno calcolato i valori medi dei segnali per ogni soggetto rispetto ai tre spot e alla condizione di baseline.
Per quanto riguarda la SC, l'unica trasformazione al segnale prima di calcolare le *features* è stata la sottrazione del primo valore della baseline $SC_{Baseline}(t=0)$, che è stato considerato come il *ground zero* per ogni soggetto. Dopo aver filtrato e campionato a 2 Hz, sono state calcolate le seguenti *features*

$$\mu_{SC} = \frac{1}{N}\sum_{i=1}^{N}(SC_i - SC_{Baseline}(t=0))$$

$$M_{SC} = max\{SC_i - SC_{Baseline}(t=0)\}$$

ovvero la media del segnale nell'intervallo di tempo considerato ed il suo valore massimo.Per quanto riguarda la media degli andamenti della SC nel tempo, è stata necessaria una normalizzazione per poter confrontare i diversi andamenti tra diversi soggetti. I questo caso, prima di eseguire la media punto a punto, è stata effettuata la seguente normalizzazione intersoggettiva e interstimolo

$$SC_{norm}^{i,j} = \frac{SC_{norm}^{i,j} - \widehat{SC}_{norm}^{i,j}}{\max(SC_{norm}^{i,j}) - \min(SC_{norm}^{i,j})}$$

dove gli indici i, j rappresentano rispettivamente il soggetto e lo stimolo (ovvero, baseline e i tre video) entro cui viene effettuata la normalizzazione. $\widehat{SC}_{norm}^{i,j}$ rappresenta la media dello spezzone di segnale considerato. Questa procedura standard permette di riportare i valori tra -1 e 1 e quindi evidenziare le fluttuazioni in modo indipendente dalla media del segnale e dal *range* dello stesso.

La letteratura scientifica riporta molti lavori di ricerca (ne citiamo solo alcuni più inerenti alla ricerca qui presentata: Sequeira et al., 2009; Mauri et al., 2010, Scotti et al., 2006; Lang, 1995) che hanno mostrato come ad una maggiore sudorazione della pelle (in termini di micro-variazioni) corrisponda (a parità di temperatura del luogo dove avvengono i test sperimentali) una maggiore attivazione del sistema nervoso simpatico, ovvero quella parte del sistema nervoso autonomo adibita a governare i cambiamenti dell'organismo per una pronta risposta di attacco o fuga dinanzi ad uno stimolo o situazione percepita come pericolosa o ostile. Tale processo si verifica anche quando il soggetto si trova dinnanzi a stimoli audiovisivi minacciosi o comunque in grado di generare una risposta emotiva: paura, rabbia e gioia sono emozioni che producono importanti incrementi della sudorazione della pelle (in termini di micro-variazioni) ed è quindi possibile sfruttare l'attività di questo segnale per valutare l'effetto di una comunicazione anche durante la visione di spot pubblicitari. Qui riportiamo il grafico che mostra l'andamento medio di tutti i soggetti durante l'esposizione ai tre spot sociali. Va spesa qualche altra parola in favore degli altri due spot. Guardando ai grafici relativi alla sudorazione della pelle, si vede che il secondo video che produce un aumento del livello di attivazione è "Arcimboldo", con un volare medio di 1,37 e con un valore massimo di 2,23. Se nel caso di Magliette si è ottenuto il valore assoluto più elevato, nel caso di Arcimboldo la reazione c'è stata ma on grado

minore. Lo spot "post-it" ha ottenuto la risposta minore: probabilmente, col fatto che in quest'ultimo spot i protagonisti sono studenti universitari, l'identificazione da parte dei soggetti immigrati è stata minore essendo minore la probabilità di riconoscersi in un contesto universitario. Nel caso di Arcimboldo, va detto che la mancanza di testimonial specifici (persino il volto composta da frutta e verdura non permette di identificare un soggetto preciso, ma rimane semplicemente un volto che potrebbe sembrare chiunque il partecipante decide di vedere) permette ai partecipanti di concentrarsi quasi elusivamente sui contenuti del messaggio.

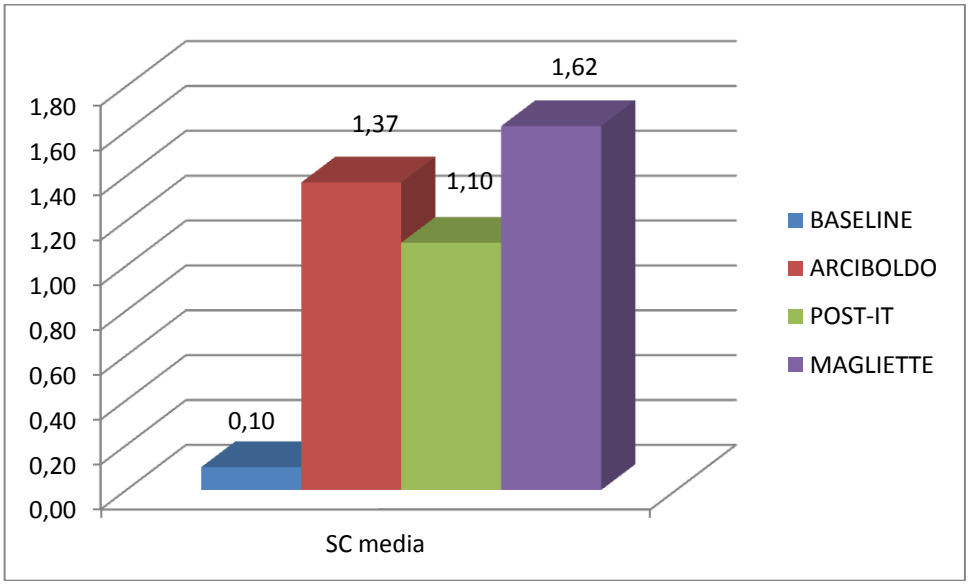


Grafico 3.1 - Skin Conductance (SC) media di tutti i soggetti durante l'esposizione ai 3 filmati e alla condizione di baseline.

Come possiamo notare dal grafico sopra riportato la skin conductance (valori espressi in micro-ohms, sull'asse delle ordinate) dei soggetti risulta molto bassa durante la baseline (sull'asse delle ordinate, abbiamo le diverse prove sperimentali: baseline iniziale e i 3 spot: spot denominato "Arcimboldo", spot denominato "Post-it" e lo spot denominato "Magliette"), momento nel quale le persone dovevano cercare di rilassarsi osservando una croce bianca sullo schermo nero del computer. Come è possibile evincere guardando il grafico, durante il baseline i soggetti hanno avuto una reazione minima corrispondente ad un innalzamento di circa 0.10 micro-homs. Prendendo in esame i valori medi durante la visione dei tre spot, vediamo che il valore di "Arcimboldo" sale a 1,37 micro-ohms, mentre per lo spot "Post-it" il valore è più basso, cioè di 1,10 micro-ohms, e infine lo spot "Magliette" arriva al valore di 1,62 micro-ohms, il valore più elevato in assoluto rispetto a tutte le altre condizioni sperimentali. Facendo una analisi statistica di comparazione tra il baseline da una parte e gli stimoli audiovisivi dall'altra, tutte e tre gli spot hanno generato una risposta elettrogalvanica della pelle significativamente più elevata rispetto alla baseline: rispettivamente, i valori di "p" sono i seguenti: 0,30 per "Arcimboldo, 0,26 per "Post-it" e 0,46 per "Magliette".

Lo stimolo che ha suscitato la maggior attivazione risulta essere quindi il video 3, "Magliette". Questo spot presenta una risoluzione grafica e una qualità di montaggio più scadente rispetto agli altri ma è l'unico che utilizza al suo interno interpreti

stranieri. Questa caratteristica del video ha indotto i soggetti immigrati ad identificarsi maggiormente nei protagonisti della vicenda narrata e ad emozionarsi di più di fronte allo schermo, emozione che si è riverberata in una maggiore attivazione della sudorazione della pelle. I soggetti stessi hanno riportato, al termine dell'esperimento, che il video che li aveva maggiormente colpiti era proprio quest'ultimo (si vedano, a questo proposito, anche i risultati emersi nei self-report, dove appunto le valutazioni espresse dai soggetti hanno ottenuto il punteggio più elevato in termini di intensità dell'emozione per lo spot "Magliette")

Tale dato inerente una maggiore risposta emotiva tramite la reazione psicogalvanica della pelle risulta anche confermato dall'analisi del valore massimo della conduttanza cutanea durante la visione degli spot, che, come è possibile osservare nel grafico successivo, mostra come il picco massimo di risposta psicogalvanica della pelle sia avvenuto mediamente per tutti i soggetti proprio durante la visione dello spot "Magliette".

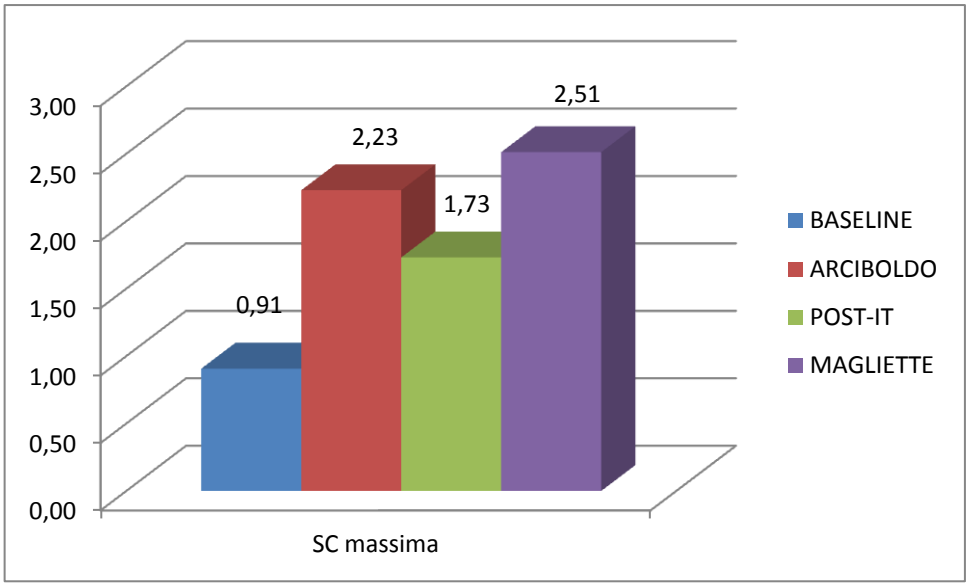


Grafico 3.2 - Valore massimo della "Skin conductance" durante l'esposizione ai filmati e alla condizione di baseline

3.2. Segnale cardiaco

Per il calcolo della frequenza cardiaca istantanea a partire dai singoli valori di IBI, al segnale è stata applicata la seguente trasformazione

$$HR_i = \frac{60}{IBI_i/1000}\ bpm$$

in cui l'indice i rappresenta il singolo valore del segnale IBI. L'unità di misura è il numero di battiti al minuto (*bpm*, dall'Inglese *beats per minute*). Il segnale HR è stato campionato e filtrato a 2 Hz per eliminare i possibili artefatti ad alta frequenza, e da cui

sono stati calcolati due parametri per ogni stimolo, ovvero la media delle frequenze cardiache istantanee e la loro deviazione standard, parametri statistici aggregati che danno una rappresentazione dell'attivazione autonomica

$$\mu_{HR} = \frac{1}{N}\sum_{i=1}^{N} HR_i$$

$$SDHR = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^{N}(HR_i - \mu_{HR})^2}{N}}$$

in cui N è la lunghezza del segnale HR filtrato.

Il segnale cardiaco, anch'esso già investigato in parecchi studi scientifici come fortemente e significativamente correlato con gli stati emotivi (qui ne citiamo solo alcuni: Schwartz et al., 1981; Sinha et al., 1992; Rainville et al., 2005; Magagnin et al., 2010). Qui sotto mostriamo il grafico inerente l'andamento medio dei soggetti relativamente all'indice dei battiti per minuto (rappresentati sull'asse delle ordinate) durante l'esposizione ai tre spot e alla condizione di baseline (come già spiegato precedentemente, rappresentate lungo l'asse delle ascisse).

In generale, si evince che il battito medio superiore in assoluto si registra per lo spot "Magliette", con un valore medio che va a sfiorare i 79 battiti al minuto, rispetto alla baseline con un valore medio poco sopra i 78 battiti al minuto. È interessante notare che lo spot "Post-it" ha ottenuto il valore più basso, inferiore anche al baseline, sotto i 78 battiti al minuto. Mentre lo spot "Arcimboldo" si attesta poco sotto allo spot Magliette, a 78,69 battiti per minuto. Mediamente il cuore dei soggetti batte più velocemente durante l'esposizione allo spot "Magliette". Tale dato è in linea con quanto già emerso analizzando i grafici dei parametri psicofisiologici precedenti: ovvero una maggiore attivazione del sistema simpatico (quella parte del sistema nervoso autonomo che gestisce tutti gli "acceleratori" dell'organismo quando esso deve affrontare uno stimolo o situazione di "attacco" o "fuga") correlata ad una maggiore emozione riverberata anche dal sistema cardiocircolatorio. Va anche detto che le differenze rispetto alla condizione di baseline non sono statisticamente significative, per cui possiamo considerare tali dati come "trend" convergenti a quelli risultati invece significativi in merito alla sudorazione della pelle.

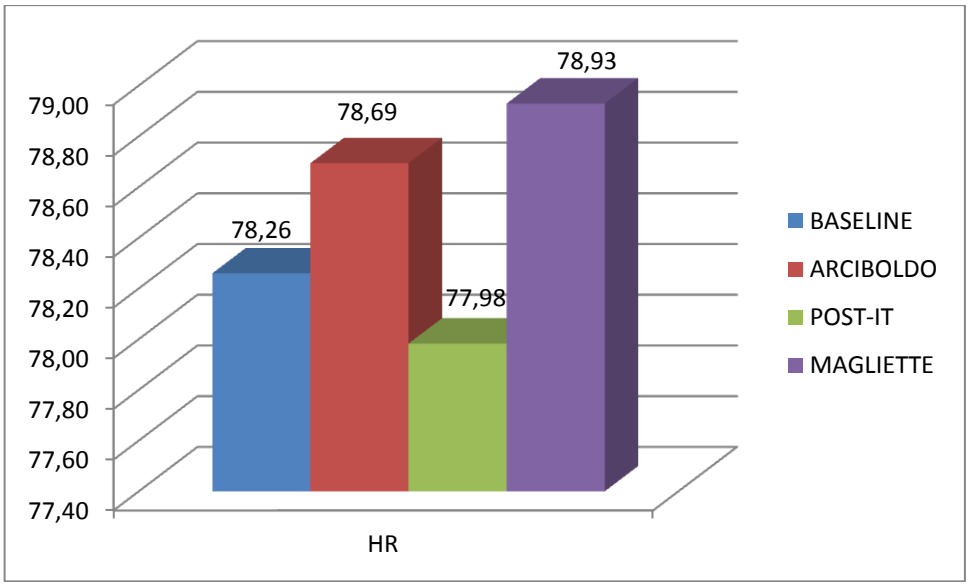


Grafico 3.3 - Valore medio del battito cardiaco (Heart Rate – HR) espresso in battiti al minuto durante l'esposizione ai filmati e alla condizione di baseline

Visti i dati convergenti ma non significativi della attività cardiaca espressa dall'indice "Battiti per minuto", abbiamo provato ad analizzare anche la variabilità cardiaca, ovvero la differenza tra picchi minimi e picchi massimi del battito per minuto in tutte le condizioni. Riportiamo nel grafico qui sotto (Grafico 3.4) la media della deviazione standard del battito cardiaco, che riassume appunto la variabilità cardiaca.

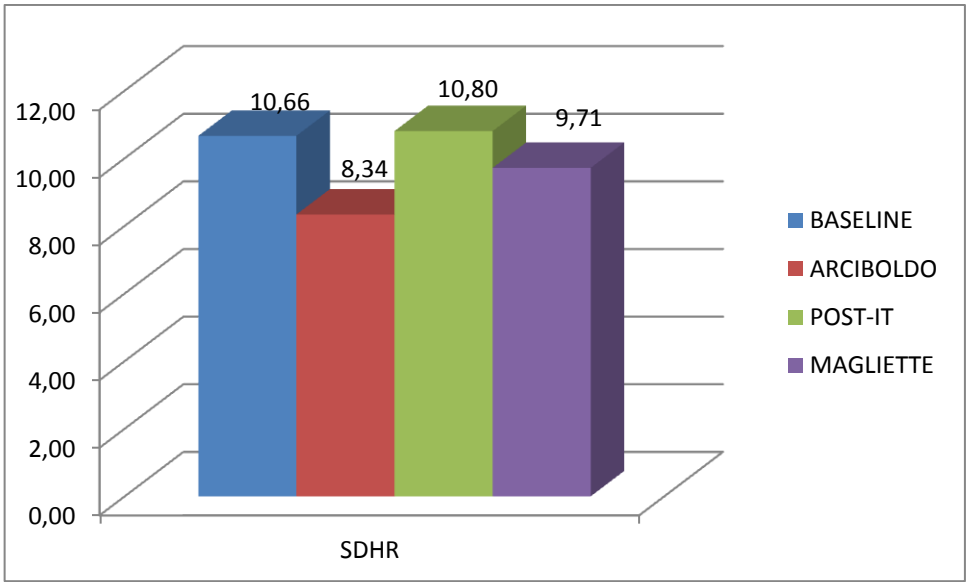


Grafico 3.4 - Valore medio di tutti i soggetti della Variabilità Cardiaca (standard deviation – SD – dalla media del battito cardiaco – Heart Rate, HR) durante l'esposizione ai filmati e alla condizione di baseline

Da notare come la variabilità cardiaca sia maggiore in assoluto nel video "Post-it" (dato comparabile con quello della "baseline"). Tale dato sta ad indicare come questo filmato sia riuscito a suscitare nei soggetti uno stato di maggiore rilassamento e di calma rispetto agli altri due filmati. Il cambio narrativo della storia (la ragazza che ad un certo punto decide di "cambiare vita") può aver contribuito in questa direzione, proponendo una "soluzione" che ha indotto uno stato di sollievo e rassicurante

rispetto agli altri due video. Il video "Magliette" quindi, pur attivando maggiormente i soggetti, mantiene il loro stato di attivazione costante durante tutta la sua durata (dato che concorda con le risposte ottenute dai questionari: è un video che induce emozioni negative, in particolare la tristezza e a questa non viene contrapposta nessuna emozione antagonista). Va notato inoltre che il dato minore inerente la variabilità cardiaca (e anche il più distante rispetto al valore di riferimento di calma dato dal baseline) è relativo allo spot "Arcimboldo": la differenza tra valori minimi e massimi, per questo stimolo audiovisivo, è in assoluto il minore rispetto a tutti gli altri video. Ciò sta ad indicare che per Arcimboldo deve esserci stato un trend di maggiore attivazione che, se anche non ha raggiunto il valore massimo come nel caso di "Magliette", si è tuttavia mantenuto successivamente per tutta la visione del filmato. Detto in altre parole, se anche in Arcimboldo l'intensità non è stata così forte come per Magliette, tale intensità ha avuto la tendenza a restare alta per tutta la visione del filmato audiovisivo.

3.3. Respiro

La frequenza respiratoria istantanea è stata calcolata con una trasformazione simile a quella utilizzata per il battito cardiaco, a partire dal segnale di periodo respiratorio istantaneo ottenuto durante l'acquisizione

$$f_{RESP_i} = \frac{60}{T_{RESP_i}/1000}\ bpm$$

in cui l'indice i rappresenta il singolo valore del segnale T_{RESP} . L'unità di misura è il numero di atti respiratori al minuto (bpm, dall'Inglese *breaths per minute*). Anche il segnale f_{RESP} è stato campionato e filtrato a 2 Hz per eliminare i possibili artefatti ad alta frequenza, e da cui è stata calcolata la media delle frequenze respiratorie istantanee

$$\mu_{f_{RESP}} = \frac{1}{N}\sum_{i=1}^{N} f_{RESP_i}$$

In letteratura scientifica è stato già riportato come il respiro abbia una significativa correlazione con gli stati emotivi (Butler et al., 2006; Magagnin et al., 2010; Rainville et al., 2006).

In particolare, presentiamo il grafico qui sotto con le analisi in merito all'indice che monitora il periodo respiratorio, espresso (sull'asse delle ordinate) in numero di respiri al minuto. Il grafico riporta gli andamenti medi di tutti i soggetti relativi all'ampiezza media dei respiri durante l'esposizione ai tre spot e alla condizione di baseline. Come possiamo notare guardando il grafico, durante la baseline i soggetti in media producono circa 15 respiri al minuto. I video "Arcimboldo" e "Post-it" suscitano una respirazione più affannosa (16,72 respiri al minuto), quasi 2 respiri in più rispetto al baseline, indice quindi di una maggiore attivazione (significatività statistica p-value rispettivamente: 0.006 e 0.014) respiratoria: combinando tale dato con quanto emerso dai self-report, in cui i soggetti hanno riferito di avere provato maggiormente "gioia" durante la visione dello spot "Arcimboldo", allora è comprensibile una maggiore

attivazione respiratoria in tal senso. Il video "Magliette" produce un innalzamento della frequenza respiratoria minore rispetto ai suoi concorrenti. Ciò può essere spiegato con il tipo di emozione suscitata: come riportato dai dati self-report, l'emozione più provata dai soggetti durante la visone del filmato "Magliette" è stata la tristezza, quest'ultima provoca infatti un abbassamento del ritmo respiratorio. Va inoltre considerato che le differenze rispetto al baseline sono significative solo per "Arcimboldo" (con un "p value" di 0,006) e per lo spot "Post-it" (con un "p value" di 0,014), ma non per lo spot "Magliette" (con un "p value" di 0,095). Tale dato, se combinato a quello cardiaco, ci permette di inferire che, mediamente, il filmato "Arcimboldo" ha comunque generato una risposta cardiorespiratoria maggiore rispetto a tutti gli altri filmati, permettendo di sostenere che la gioia dichiarata manifestamente dai partecipanti sia stata di una intensità tale da riflettersi anche nella psicofisiologia dei soggetti.

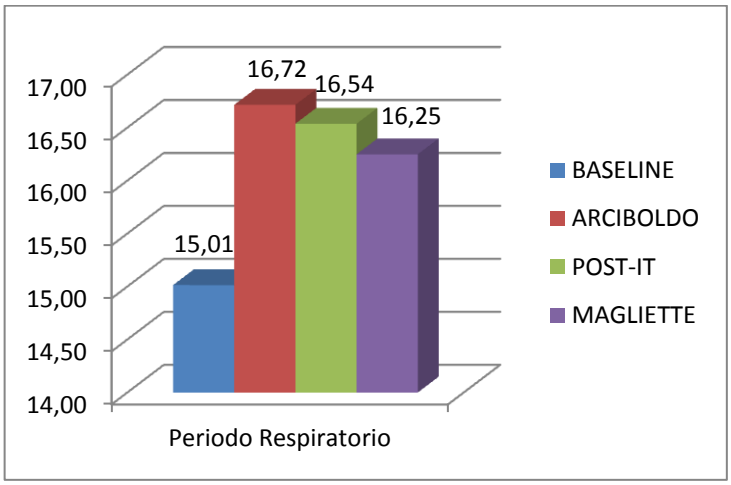


Grafico 3.5 - Valore medio del periodo respiratorio (numero di respiri al minuto) durante l'esposizione ai filmati e alla condizione di baseline

CAPITOLO 4
I DATI EEG E L'ANALISI SELF REPORT DEI QUESTIONARI

4.1 Gli indici EEG

L'acquisizione dell'attività elettrica cerebrale è stato condotta in questa ricerca per mezzo del caschetto Emotiv EPOC, un sistema di Brain-Computer Interface (BCI). I principali benefici dell'EPOC risiedono nella semplicità d'uso e nel comfort dichiarato dai soggetti rispetto ad altri sistemi dello stesso tipo, dovuto alla poca invasività del sistema [Ekandem J.I. et al., 2012]. L'EPOC consta di 16 sensori i quali, posizionati sullo scalpo, registrano l'attività elettrica cerebrale, Figura 4.1. I segnali EEG vengono rilevati in corrispondenza delle seguenti posizioni standard del Sistema Internazionale 10-20: AF3, F7, F3, F4, F8, FC5, FC6, AF4, T7, T8, P7, P8, O1 e O2. Ogni sensore contiene una spugnetta in feltro che deve essere inumidita con della soluzione salina prima del posizionamento sullo scalpo, questo conferma l'EPOC come una soluzione più confortevole rispetto ad altre strumentazioni che richiedono generalmente l'utilizzo di gel conduttivo.

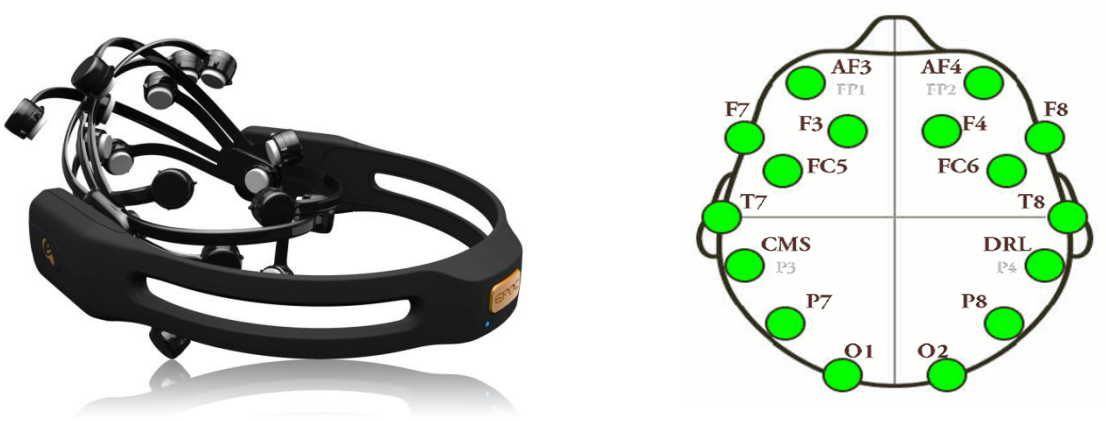


Figura 4.1 - A sinistra il sistema di registrazione Emotiv EPOC, a destra la mappatura delle posizioni degli elettrodi di registrazione.

I dati registrati vengono trasmessi via *wireless* ad un'unità ricevente connessa ad un computer. Il segnale viene quindi elaborato grazie a specifici *tool* di detezione uno dei quali chiamato "*Affectiv Suite*" è stato impiegato in questo progetto. Il *tool* elabora i dati EEG dell'utente fornendo in maniera automatica una misura tra 0 e 1 del livello di 5 emozioni soggettive, ovvero "Engagement", "Instantaneous Excitement", "Long Term Excitement", "Frustration" e "Meditation" [Inventado et al., 2010; Goldberg et al., 2011; Koutepova et al., 2010; Gonzalez-Sanchez et al., 2011]:

- Instantaneous Excitement: è definito come l'attivazione corticale a breve termine (nell'ordine di alcuni secondi) generata a seguito di una stimolazione

positiva. A livello fisiologico l'Excitement è caratterizzato dall'attivazione del Sistema Nervoso Simpatico il quale determina una serie di risposte incluse dilatazione pupillare, stimolazione delle ghiandole sudoripare, aumento della frequenza cardiaca e della tensione muscolare ed inibizione della digestione. Le emozioni correlate a tale indice sono: la stimolazione, il nervosismo, l'agitazione. In generale, un aumento dell'attivazione fisiologica determina un aumento nel valore di tale parametro.

- Long-Term Excitement: è definito allo stesso modo dell'Instantaneous Excitement ma è più accurato nel misurare variazioni su periodi di tempo più lunghi (dell'ordine dei minuti).
- Frustration: può essere definito come quell'indice rappresentativo di uno stato psicologico in cui ci si viene a trovare quando si è bloccati o impediti nel soddisfacimento di un proprio bisogno o desiderio. E' correlato quindi ad emozioni negative.
- Engagement: è definita come l'attenzione verso uno stimolo o un compito. E' caratterizzato dall'aumento dell'attivazione fisiologica e, a livello corticale, dalla presenza delle onde Beta nel tracciato EEG (tipicamente associate a condizioni di attenzione e memorizzazione) e ad un'attenuazione delle onde Alpha (viceversa associate a condizioni di rilassamento). Le emozioni correlate sono: attenzione, vigilanza, concentrazione, stimolazione ed interesse. Maggiore è l'attenzione, il focus e il carico di lavoro cognitivo, più alto sarà l'Engagement.

4.2 L'indicatore EEG dell' "Engagement"

Iniziamo a considerare il dato dell'engagement, in merito ai tre spot e alla condizione di baseline. Qui sotto riportiamo il grafico che riassume i valori medi di tutti i soggetti per le 4 condizioni sperimentali considerate.

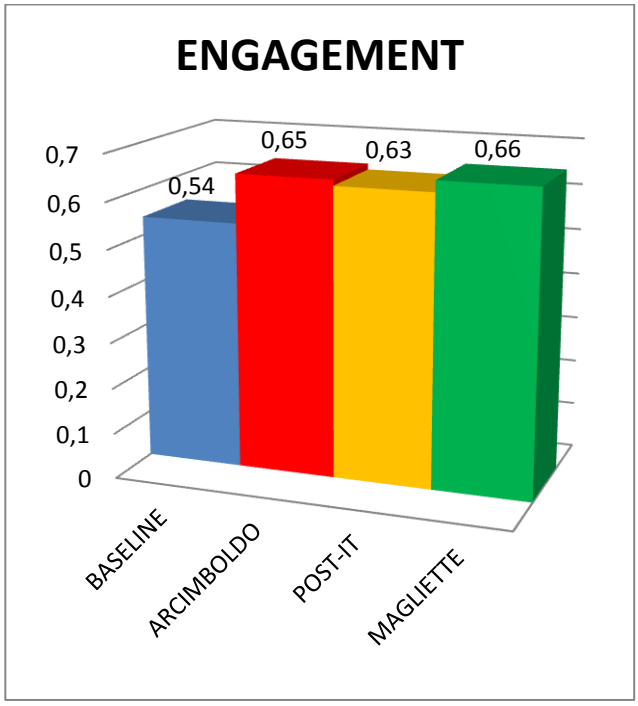


Grafico 4.2 - Valore medio di tutti i soggetti dell' "Engagement" (derivato dal segnale EEG) durante l'esposizione ai filmati e alla condizione di baseline

Come è possibile evincere osservando il grafico, lo spot "Magliette" suscita il valore medio più elevato, di 0,66 rispetto al massimo valore possibile (1,00). Il valore più basso, all'opposto, è relativo alla condizione di baseline, 0,54, distante ben 12 punti rispetto al valore generato da "Magliette". La differenza tra la condizione di baseline e lo spot "Magliette" è risultata significativa (in quanto il "p value" è di 0,028), mentre non risulta significativa la differenza tra la condizione di baseline e gli altri due spot, "Arcimboldo" e "Post-it".
Tale dato converge sia con il segnale di sudorazione della pelle, sia con il dato cardiaco, sia con il dato dei self-report, dove i soggetti dichiarano di aver provato un'emozione più intensa durante lo spot "Magliette". Lo spot "Arcimboldo" si colloca ad un livello medio di engagement inferiore di un solo punto rispetto a "Magliette", ma comunque distante 11 punti rispetto al baseline. Su un campione più vasto sarebbe possibile valutare se la differenza tra "Arcimboldo" e baseline possa essere significativa.

4.3 L'indicatore EEG della "Frustration"

Iniziamo a considerare ora un secondo indicatore derivato dall'EEG: quello della "Frustration". Qui sotto riportiamo il grafico che rappresenta il valore medio tra tutti i soggetti di questo indicatore durante la visione dei tre spot considerati. Il baseline presenta il valore in assoluto più elevato, in quanto la fissazione della croce al centro dello schermo nero del monitor del pc permette ai partecipanti di attivare le onde della frustration in modo maggiore.

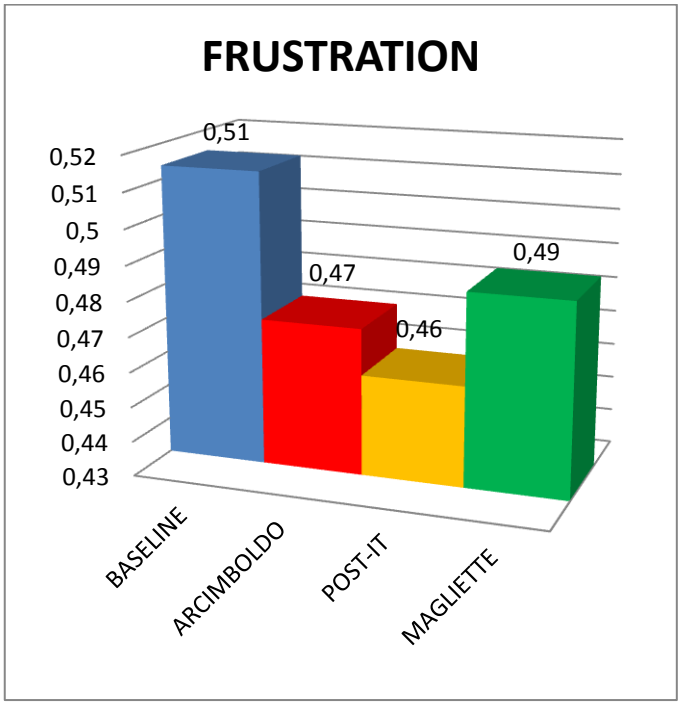


Grafico 4.3 - Valore medio di tutti i soggetti dell' "Engagement" (derivato dal segnale EEG) durante l'esposizione ai filmati e alla condizione di baseline

Come è possibile notare guardando il grafico, Il valore più elevato in assoluto, dopo la baseline, è relativo allo spot "magliette", mente quello più basso risulta essere lo spot "Post-it". Tale dato rivela come quello delle magliette sia maggiormente "frustrante", mentre quello più rilassante è invece relativo allo spot "Post-it". Anche questo dato si allinea a quanto giù visto per il dato EEG precedente, oltre che per la sudorazione della pelle e il dato cardiaco e dei self-report. Lo spot "Arcimboldo" si colloca invece ad un livello intermedio tra "Magliette" e "Post-it".

4.4 Analisi congiunta del segnale EEG e Eye-Tracker per gli spot pubblicitari

I video di sensibilizzazione sulle NCD sono stati analizzati prendendo in considerazione per ciascuno di essi l'andamento elettroencefalografico medio di tutti i soggetti corrispondente al frame visivo.

Per quanto concerne il video numero 1 ("Arcimboldo"), si evidenzia un innalzamento del segnale dell'engagement (in rosso), ovvero il coinvolgimento verso ciò che si sta osservando, in alcuni particolari momenti. Si può osservare come tale attivazione si verifichi dal momento in cui viene vista l'immagine del corpo umano contenente una serie di cibi grassi e abitudini scorrette considerate responsabili delle NCD.

Per quanto riguarda l'andamento del segnale notiamo come vi sia un innalzamento dello stesso in corrispondenza di due frame ben specifici. Il primo è quello in cui è raffigurato un corpo umano al cui interno sono contenute frutta e verdura a simboleggiare uno stile di alimentazione sana, il secondo è quello in cui si invita il pubblico a "scegliere la strada per stare bene", ovvero si invita ad adottare uno stile di vita sano che permetta di stare bene con se stessi e con gli altri.

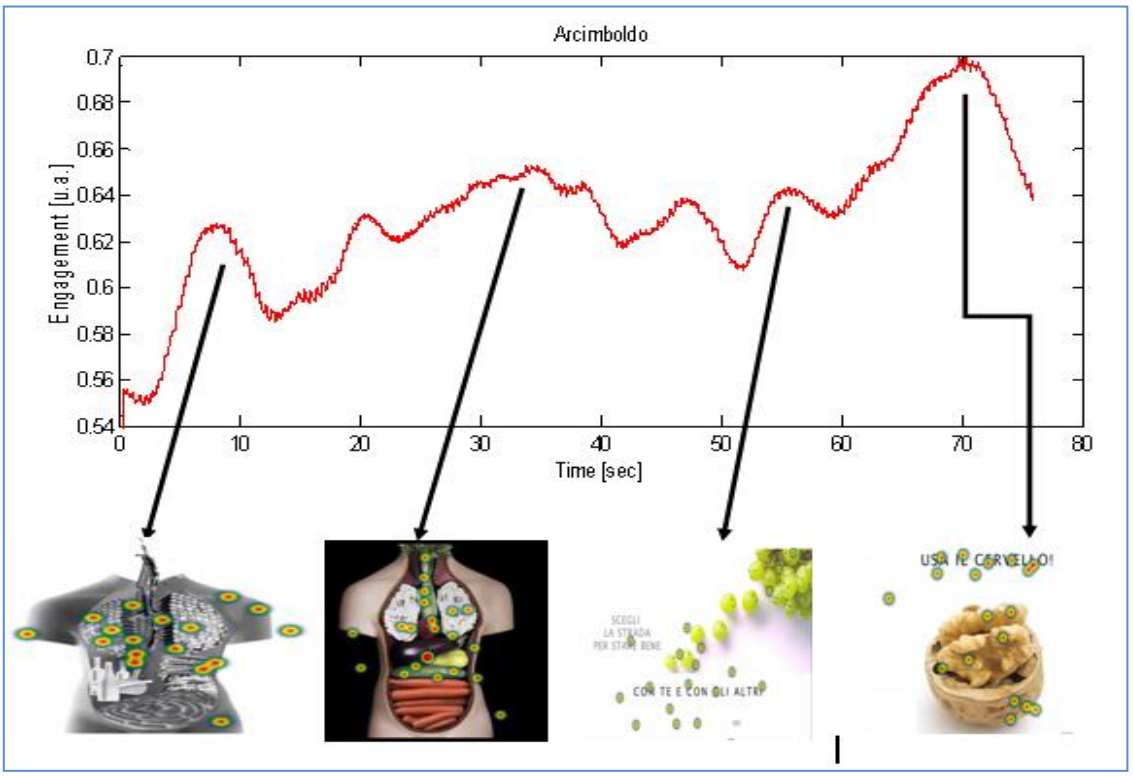


Figura 4.4 – EEG (Engagement, Arcimboldo)

Per quanto riguarda il video numero 2, "Post-it", si osserva un primo innalzamento dell'engagement in corrispondenza di immagini che rappresentano scene di vita conviviale (primo frame riportato). Il picco successivo riguarda il frame corrispondente all'inquadratura del volto disgustato del collega di lavoro che induce nella protagonista la decisione di cambiare stile di vita. Questo sguardo giudicante e di disapprovazione provoca nei soggetti un'identificazione con la ragazza protagonista dello spot e una conseguente volontà di rivalsa.
Il coinvolgimento dei fruitori dello spot (deducibile dall'indice EEG "engagement") si fa maggiore quando il cambio di vita diventa concreto e la ragazza scrive su dei post-it gli obiettivi che si prefigge per il proprio futuro (frame 3). Il cambio del registro narrativo porta ad un maggior engagement da parte dei soggetti.

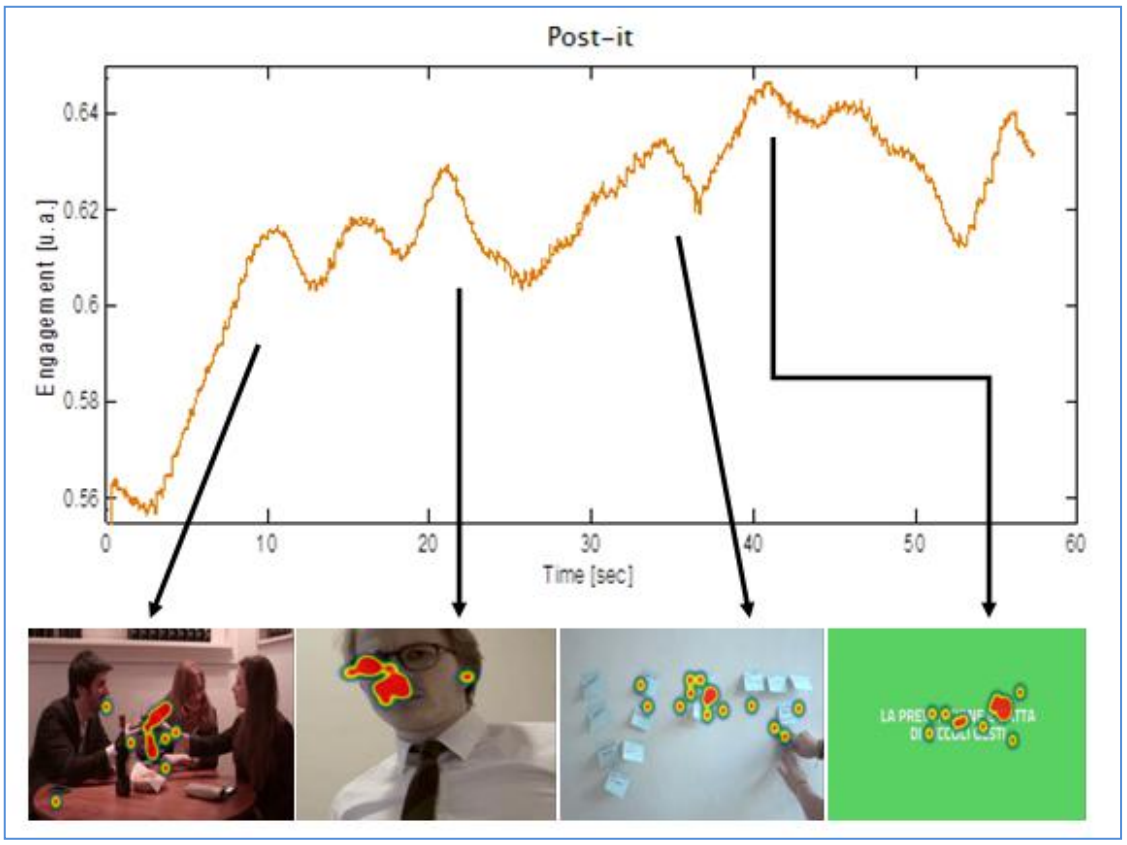


Figura 4.5 – EEG (Engagement, Post It)

Analizzando il terzo filmato ("Magliette"), si nota come per l'intera durata vi sia una forte attivazione del parametro EEG legato all'engagement, ad indicare una forte capacità dello spot nel coinvolgere l'utente.

Altro aspetto qualificante il filmato è legato alla presenza di alcuni evidenti picchi di attivazione cognitiva provocata dallo stimolo visivo osservato, in particolar modo nei frame in cui il testimonial accende una sigaretta, nei frame in cui compaiono i protagonisti del filmato con indosso la maglietta che porta impressa la loro patologia e

nel momento in cui viene proposta la soluzione del problema: gli alimenti naturali e sani.

L'interesse dei soggetti, l'attenzione e la concentrazione sembrano dunque raggiungere i picchi massimi in questi momenti cardine nei quali la narrazione assume un significato ben preciso.

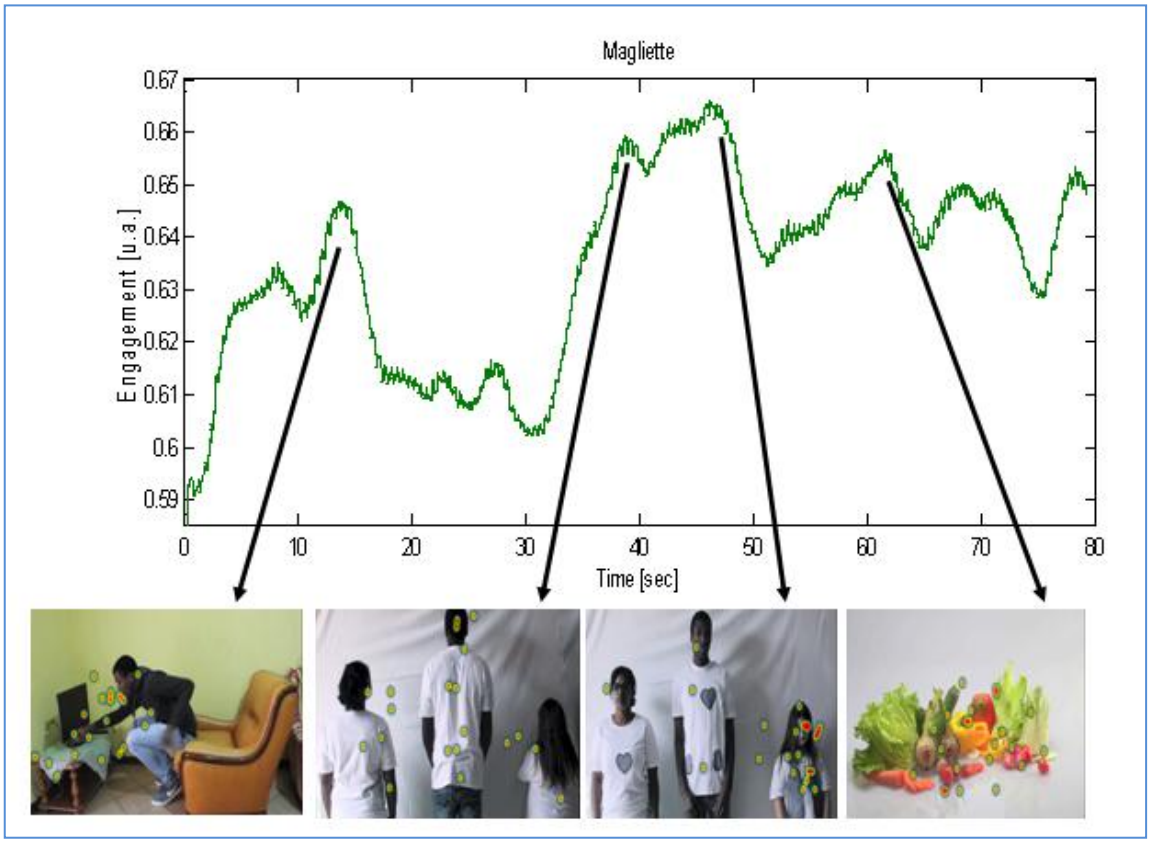


Figura 4.6 – EEG (Engagement, Magliette)

4.5 Questionari self report dei video

In seguito alla visione di ciascun video, i soggetti hanno risposto ad alcune domande relative alle emozioni provate guardando il filmato. In particolare, veniva chiesto loro di indicare su una scala da 0 (=per niente) a 4 (=moltissimo) il grado in cui si erano sentiti emozionati e poi, più nello specifico, quanto il video aveva suscitato in loro gioia, rabbia, disgusto, stupore, tristezza, paura. Ciascuna delle emozioni è stata giudicata separatamente.

Il video che ha ricevuto un punteggio maggiore per quanto concerne il grado di emozione generale riportata dai soggetti, è stato "Magliette", con una media di 2.07/4, seguito da "Arcimboldo", con una media di 2/4. "Post-it" è stato invece valutato con un voto medio di intensità emotiva di 1,79 su 4.

In base alle risposte date dai soggetti in modo esplicito alle domande sulle specifiche emozioni, il video "Magliette" ha provocato un'intensità emotiva superiore

in assoluto, ma tuttavia connotato dalle dimensioni emotive negative: rabbia, paura, tristezza.
(questa in assoluto la più riferita dai partecipanti alla ricerca, con una valutazione media di 1,64). Inoltre, presenta una media superiore agli altri video anche per quanto riguarda il giudizio sullo stupore provato.

Il video "Arcimboldo" è invece quello che suscita, assoluto, il maggior livello di gioia (1,57) e presenta valori inferiori rispetto agli altri due filmati per quanto riguarda l'autovalutazione fatta dai soggetti su tutte le emozioni negative: rabbia, disgusto, stupore e tristezza provati.

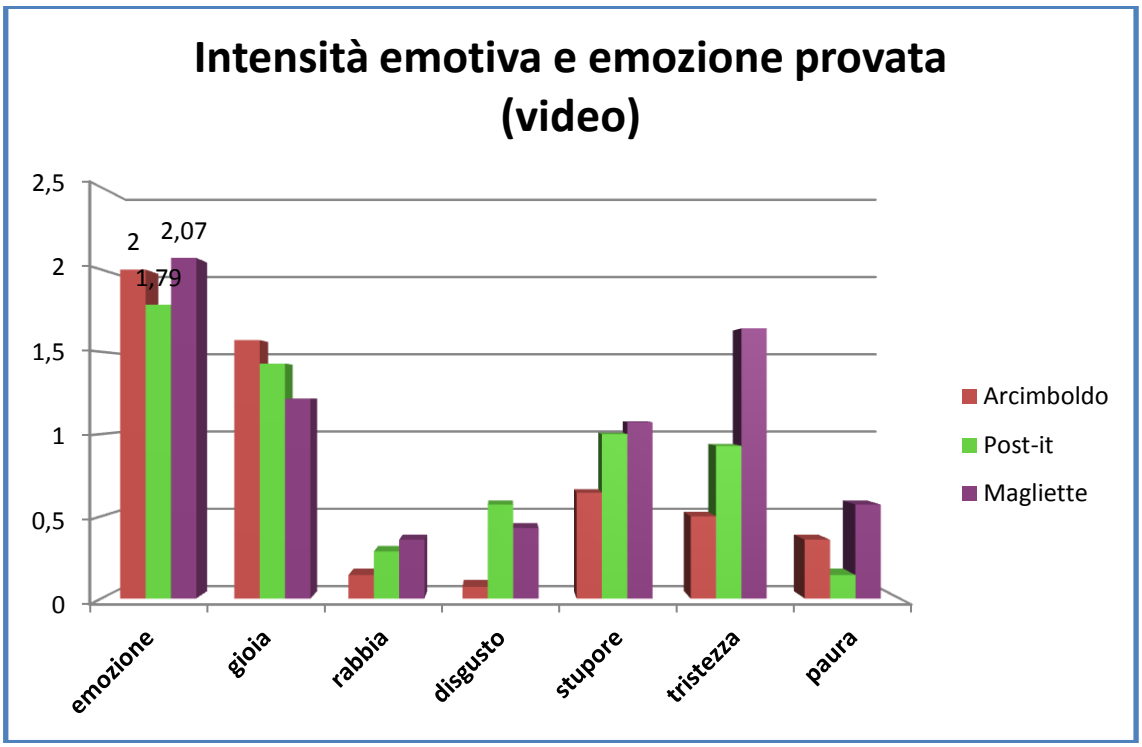


Grafico 4.7 - Self report sulle emozioni provate durante la visione dei video.

CAPITOLO 5
CODIFICA E DECODIFICA DELLE ESPRESSIONI DEL VOLTO

Il viso è da sempre l'oggetto di osservazione primaria durante una comunicazione dal vivo tra soggetti: l'osservatore coglie innumerevoli informazioni in rapida sequenza, utili a comprendere umori, stati d'animo, emozioni e intenti dell'interlocutore; l'osservato, se è sensibile all'attenzione che riceve e se è consapevole del contesto comunicativo in cui si trova, si pone una serie di domande: È una rilassante conversazione tra amici? È un importante colloquio di lavoro? È accusato di aver compiuto un crimine e deve difendersi? Sta conversando con una persona di cui non si fida? Sta cercando di conquistare la fiducia dell'altra persona? Può scegliere se essere sincero, spontaneo e comunicare in modo coerente intenti, pensieri ed emozioni che prova realmente - correndo però il rischio di offendere o causare imbarazzo all'ascoltatore, o apparire importuno - oppure "sfiduciare" l'ascoltatore, mentendo, dissimulando od omettendo quanto realmente pensa e prova emotiva mente. Sincerità e onestà - in armonia con il proprio stato interiore e il proprio sistema di valori - di contro al deliberato, continuo e dispendioso filtraggio delle informazioni che intende lasciar emergere. Comunicazione empatica, in accordo con i principi dell'assertività, di contro alla comunicazione priva di spontaneità - per ottenere vantaggi per sé, eludere punizioni, evitare situazioni sociali sgradevoli ed emozioni negative, salvaguardare qualcuno o la propria privacy.

Come si manifestano o si dissimulano le emozioni nel viso? Ed è possibile controllare deliberatamente i muscoli facciali per dissimulare le emozioni?

Le espressioni emotive che compaiono sul viso sono universali e innate, ma la loro comparsa può essere influenzata da regole culturali specifiche, da stati interni, umori passeggeri, variabili di temperamento e di personalità proprie del soggetto (in termini di manifestazione o inibizione, intensità, facilità di comparsa e refrattarietà all'inibizione). Per meglio chiarire tali aspetti, si esporranno i concetti e metodologie sviluppate dal massimo conoscitore - ed esperto scientifico al mondo - in merito alla comunicazione non verbale e, nello specifico, circa le espressioni facciali connesse alle emozioni primarie e secondarie: Paul Ekman.

5.1 Gli studi pioneristici di Paul Ekman. Espressioni facciali: natura o cultura?

Da sempre interessato a scoprire quali elementi non verbali emergessero in concomitanza di esperienze emotivamente coinvolgenti, lo psicologo americano Paul Ekman ha speso gran parte della propria vita professionale con l'intento di comprendere il variegato e complesso sistema di variabili comunicative non verbali proprie dell'essere umano. Ha individuato sette emozioni di base: felicità, sorpresa, paura, rabbia, tristezza, disgusto e disprezzo - la cui manifestazione espressiva facciale

è pressoché la stessa in ogni essere umano, indipendentemente da razza, età, cultura e status sociale, deficit sensoriali o patologie psicologiche.

Il tema dell'universalità della mimica facciale è stato da sempre fonte di discussione. Il pioniere della posizione innatista fu Charles Darwin (*The Expression of the emotions in Man and Animals*, 1872), ritenendo che la mimica delle espressioni di base non fosse acquisita tramite la "cultura" del proprio gruppo di appartenenza, ma valesse per tutti gli esseri umani e fosse il frutto dell'evoluzione, svolgendo un'importante funzione adattiva, per la sopravvivenza non solo del singolo, ma anche del gruppo sociale.

A tal proposito, Ekman realizzò innumerevoli esperimenti, che dimostrarono come l'espressione mimica delle emozioni di base fosse innata e universalmente riconosciuta:

- In un primo esperimento, furono presentati alcuni filmati, elicitanti forti sensazioni di disgusto, a studenti universitari degli Stati Uniti e del Giappone.
  In una prima fase dell'esperimento, i filmati furono visti dai soggetti in solitario, mentre in una seconda fase furono visti alla presenza di un assistente dello sperimentatore. Tale differenza condizionale era volta a verificare se gli studenti reagissero differentemente in presenza o meno di una persona estranea. Nella condizione in cui il filmato fu visto in solitario, la mimica usata da studenti degli Stati Uniti e da quelli del Giappone era pressoché identica, in termini quantitativi osservabili. Nella seconda fase dell'esperimento, non si ottenne invece il medesimo risultato, poiché gli studenti del Giappone, alla presenza dell'assistente degli sperimentatori, inibirono grandemente la manifestazione mimico-facciale emotiva, cercando di nascondere le loro sensazioni e le loro espressioni. Ekman dedusse che ciò che c'è di universale nelle espressioni è il modo in cui sono espresse nei volti, ma le regole di esibizione, introiettate dai soggetti in seno alla propria cultura d'appartenenza, incidono sulla loro libera manifestazione a seconda delle contingenze ambientali.
- In un secondo esperimento messo a punto da Ekman e collaboratori, furono mostrate a osservatori di cinque paesi diversi (Stati Uniti, Giappone, Cile, Argentina e Brasile) fotografie di volti che rappresentavano le sei emozioni primarie, richiedendo poi a tali osservatori di associare a ogni fotografia un'emozione. I risultati confermarono la tesi dell'universalità di Darwin, poiché gli osservatori di diversi paesi riconobbero nelle diverse fotografie, con percentuali di concordanza altissime, le stesse emozioni primarie. Ekman, in ottica falsificazionista, postulò potesse però aver influito un fattore d'apprendimento esterno, comune in tutti i paesi succitati, nel riconoscimento dalla mimica facciale associata a un'emozione: esperienze visive derivanti dai mass media.
- In un terzo esperimento, volle analizzare popoli "incontaminati", cioè privi di contatto col mondo civilizzato e le immagini dei mass media. Si recò presso una tribù d'indigeni degli altopiani orientali della Nuova Guinea. Con l'aiuto di un interprete, egli cercò di evocare manifestazioni emotive, chiedendo loro di immedesimarsi in alcune situazioni, come ad esempio: «Tuo figlio è morto. Fai la faccia che faresti se questo fatto fosse realmente accaduto!», per poi indicare quale, tra le espressioni facciali mostrate in fotografia, fosse la più coerente. Ad eccezione della paura e della sorpresa, spesso confuse tra loro, le mimiche espressive furono correttamente riconosciute, a conferma definitiva dell'universalità della mimica facciale.

Ekman riuscì quindi a dimostrare che, contrariamente alla convinzione di alcuni antropologi tra cui Margaret Mead, Edward T. Hall, Gregory Bateson, Ray Birdwhistell e Charles Osgood, le espressioni facciali e le emozioni non sono determinate dalla cultura. Possono tutt'al più essere inibite nella loro manifestazione, secondo regole di esibizione dettate dall'ambiente culturale del soggetto.

5.2 La nascita del Facial Action Coding System (FACS)

Di ritorno dalla Nuova Guinea con un innumerevole quantitativo di materiale video, Ekman volle condividere e analizzare con il proprio mentore, Silvan Tomkins, le scoperte effettuate. Mentre sembrava che Paul Ekman riconoscesse, con un procedimento intuitivo, le emozioni mediante l'osservazione complessiva delle diverse espressioni facciali, Tomkins riusciva nell'intento con un metodo dissimile, cioè mediante l'analisi dei singoli muscoli facciali attivati.

Stimolati da tale esperienza, Paul Ekman e Wally Friesen (1978) si dedicarono alla stesura del primo atlante del volto umano, il *Facial Action Coding System (FACS)*, con una descrizione sistematica in parole, fotografie e filmati di come misurare i movimenti facciali in termini anatomici, scomponendoli in singole unità di movimento *(AU - Action Unit)*. Furono così isolati e misurati, in termini d'intensità, sia tutti i singoli movimenti muscolari facciali producibili dall'uomo, sia le loro combinazioni, identificandone più di diecimila.

Durante il lavoro d'identificazione delle emozioni principali Ekman e Friesen, riproducendo personalmente le singole espressioni, notarono come specifici movimenti muscolari, volontariamente eseguiti, producessero effettivi cambiamenti neurofisiologici attivando le emozioni corrispondenti: in sostanza, Ekman e Friesen avvertivano realmente le sensazioni e le emozioni da loro semplicemente simulate meccanicamente.

Ekman e Friesen hanno calcolato 44 AU (Action Unit) che considerano variazioni nelle espressioni facciali, e 14 AU che interpretano i cambi nella direzione dello sguardo e nell'orientamento della testa. Le combinazioni ottenibili, per effetto congiunto di più Action Unit attivate nello stesso momento nel volto, coprono la globalità di tutte le possibili configurazioni facciali che un essere umano possa assumere (più di 10.000 in totale).

Un Codificatore Certificato FACS (avente superato specifico esame abilitante) può interpretare quasi tutte le espressioni del viso, scomponendole in unità di azione specifiche e suddividendole nelle loro fasi temporali. A oggi, la versione aggiornata del FACS (Ekman P., Friesen W. V., Hager J. C., 2002) è in versione CD-ROM.

5.3 La scoperta delle microespressioni facciali

Durante il periodo in cui lavorava al *Langley Porter Psychiatric Institute*, Ekman si imbatté fortuitamente nella scoperta delle *microespressioni*: durante un colloquio, ripreso con una telecamera, una paziente dimissionanda da lui interrogata (pratica di routine: la paziente aveva, senza successo, tentato il suicidio molteplici volte prima del ricovero) non mostrava alcun segno di tristezza, al contrario era sorridente, pareva perfettamente a proprio agio alle domande incalzanti poste a lei dal professionista. Rilasciatole il permesso di rincasare, la paziente, forse vinta dai sensi di colpa (Ekman godeva fortemente della stima della paziente), appena pochi passi al di fuori della struttura ospedaliera, ritornò frettolosamente da Ekman, confessando lui che in realtà meditava di farla finita una volta "libera". Stupefatto dell'accaduto, Ekman visionò molteplici volte il filmato del colloquio, senza notare alcun indicatore di eventuale menzogna o tristezza, ma visionando il video a velocità rallentata, scoprì una minuscola e velocissima espressione di tristezza nel volto della donna, mascherata poi da un sorriso, alla domanda dello psichiatra circa cosa avrebbe voluto fare una volta rincasata. Per pochissimi istanti, a velocità invisibile ad occhio nudo, la donna aveva manifestato una *microespressione*: quando un'espressione mimica emotiva si manifesta e svanisce nell'arco di una frazione di secondo (fino a un venticinquesimo di secondo), per via di una sua brusca interruzione volontaria, viene definita "*microespressione*". Come dice lo stesso Ekman (*Emotions Revealed*: *Understanding Faces and Feelings*, 2007) «emozioni sincere innescano reazioni immediate che automaticamente, attraverso l'innervazione dei muscoli del viso direttamente collegati al Sistema Nervoso Autonomo, emergono sotto forma di espressioni mimiche; quando queste sono bloccate consciamente, nel tentativo di controllare e nascondere un'emozione, presentano un lieve ritardo che provoca una fuga d'informazioni, consentendo a un osservatore allenato di riconoscere l'emozione che si cercava di tenere celata».

Le espressioni e le microespressioni possono esprimersi in tutto il volto o anche solo in una sua parte (parte superiore o parte inferiore). In quest'ultimo caso sono definite *espressioni sottili*.

Nel corso degli ultimi anni, Paul Ekman ha sviluppato e messo a disposizione alcuni software online, veri e propri training di apprendimento, utili al riconoscimento delle microespressioni facciali e delle espressioni sottili (*F.A.C.E. Trainings*): il *Micro Expression Training Tool* (attuale versione: eMETT 3.0) e il *Subtle Expression Training Tool* (attuale versione: eSETT 3.0).

5.4 Che cos'è il FACS?

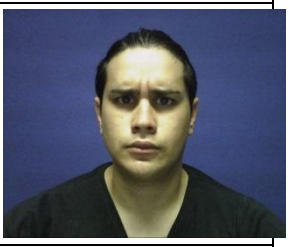
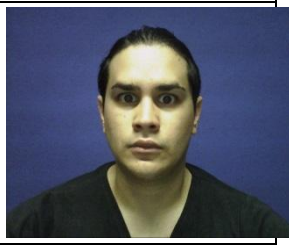
Il FACS è, come chiarito in precedenza, uno strumento di ricerca utile a misurare qualsiasi espressione facciale che un essere umano possa realizzare.

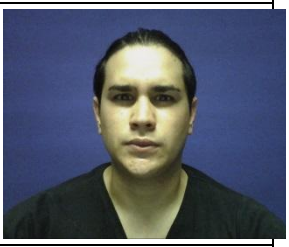
Le singole Action Unit costituiscono l'essenza dell'intero "atlante" e sono ora riportate in tabella 5.1., corredate di nomenclatura e incipit descrittivo, le immagini d'esempio inerenti l'attivazione separata di ogni singola Action Unit, messe a confronto con immagini del volto neutrale del soggetto.

(*P.S.: l'autorizzazione alla riproduzione di esempi fotografici delle Action Unit è stata ufficialmente concessa dal Prof. Joseph C. Hager in data 27/05/2014, e accordata al Dott. Luca Marzari - il soggetto ritratto nelle fotografie - in qualità di Codificatore Certificato FACS,*

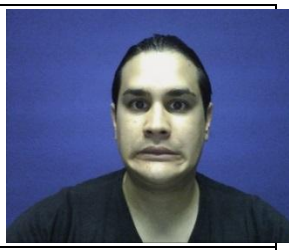
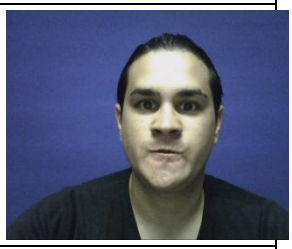
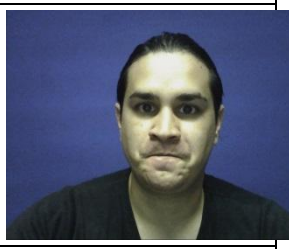
impiegato nel progetto sperimentale descritto in questa relazione; non costituendo violazione dei contenuti e del copyright del manuale Facial Action Coding System, le immagini riprodotte risultano sprovviste dei contenuti descrittivi e didattici del manuale, e risultano mere performance, altresì accentuate in intensità a fini dimostrativi, delle AU in oggetto).

Figura 5.1 – Esempi d'attivazione di singole Action Unit

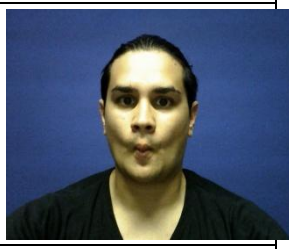
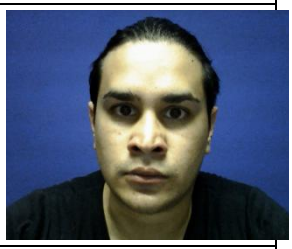
AU	MOVIMENTO O DESCRIZIONE	MUSCOLO FACCIALE PARTECIPANTE	IMMAGINE NEUTRA VS IMMAGINE DI ESEMPIO	
AU 0	NEUTRALE	NESSUNO		
AU 1	SOLLEVARE L'INTERNO DELLA FRONTE (SOLLEVAMENTO DEI LATI INTERNI DELLE SOPRACCIGLIA)	FRONTALIS, PARS MEDIALIS		
AU 2	SOLLEVARE L'ESTERNO DELLA FRONTE (SOLLEVAMENTO DEI LATI ESTERNI DELLE SOPRACCIGLIA)	FRONTALIS, PARS LATERALIS		
AU 4	AVVICINARE (CONTRARRE) E ABBASSARE LE SOPRACCIGLIA	DEPRESSOR GLABELLAE, CORRUGATOR SUPERCILII, DEPRESSOR SUPERCILII		
AU 5	SOLLEVAMENTO DELLA PALPEBRA SUPERIORE	LEVATOR PALPEBRAE SUPERIORIS		

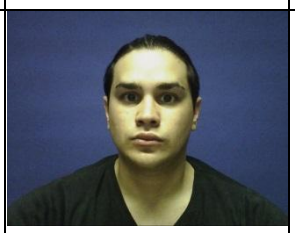
AU 6	SOLLEVAMENTO DELLA GUANCIA E CHIUSURA DELLE PALPEBRE	M. ORBICULARUS OCULI (PARTE ESTERNA)		
AU 7	TENSIONE DELLE PALPEBRE INFERIORI	M. ORBICULARUS OCULI (PARTE INTERNA)		
AU 8(+25)	LE LABBRA L'UNA CONTRO L'ALTRA (BOCCA IN POSIZIONE APERTA PRE-ESISTENTE)	ORBICULARIS ORIS		
AU 9	ARRICCIAMENTO DEL NASO	M. LEVATOR LABII SUPERIORIS ALAEQUE NASI		
AU 10	SOLLEVAMENTO DEL LABBRO SUPERIORE	M. LEVATOR LABII SUPERIORIS		
AU 11	DEPRESSORE DELLA PIEGA NASOLABIALE	LEVATOR ANGULI ORIS (A.K.A. CANINUS)		
AU 12	SOLLEVAMENTO DEGLI ANGOLI DELLA BOCCA; SOLLEVAMENTO UNILATERALE DI UN ANGOLO DELLA BOCCA	M. ZYGOMATICUS MAJOR		

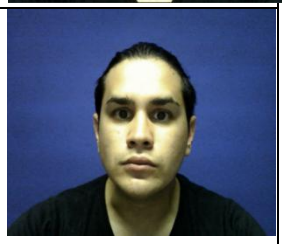
AU 13	GONFIARE LE GUANCE (GUANCE PROMINENTI)	ZYGOMATICUS MINOR		
AU 14	COMPRESSIONE DELLE GUANCE; COMPRESSIONE UNILATERALE DELLA GUANCIA	BUCCINATOR		
AU 15	ABBASSAMENTO DEGLI ANGOLI DELLA BOCCA	M. DEPRESSOR ANGULI ORIS		
AU 16(+25)	DEPRESSORE DEL LABBRO INFERIORE	DEPRESSOR LABII INFERIORIS		
AU 17	SOLLEVAMENTO DEL MENTO	M. MENTALIS		
AU 18(+25)	CORRUGARE LE LABBRA	INCISIVII LABII SUPERRIORIS AND INCISIVII LABII INFERIORIS		
AD 19 (+25+26) (ACTION DESCRIPTOR)	**ESIBIZIONE DELLA LINGUA**			

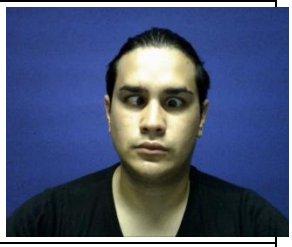
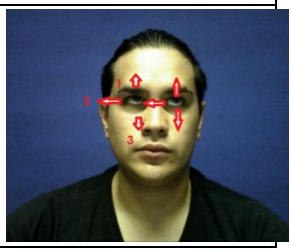
AU 20	STIRAMENTO ORIZZONTALE DELLE LABBRA	M. RISORIUS UND PLATYSMA		
AU 21	TENSORE DEL COLLO			
AU 22 (+25)	PROTENDERE LE LABBRA (BOCCA VENTOSA)	ORBICULARIS ORIS		
AU 23	LABBRA TESE	ORBICULARIS ORIS		
AU 24	PRESSIONE DELLE LABBRA L'UNA VERSO L'ALTRA	M. ORBICULARIS ORIS		
AU 25	LE LABBRA SONO APERTE	DEPRESSOR LABII INFERIORIS OR RELAXATION OF MENTALIS OR ORBICULARIS ORIS		
AU 26 (+25)	LA MASCELLA VIENE LASCIATA CADERE	MASSETER; TEMPORAL AND INTERNAL PTERYGOID RELAXED		

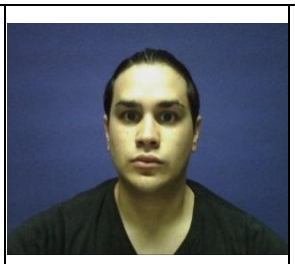
AU 27 (+25)	STIRAMENTO DELLE LABBRA	PTERYGOIDS, DIGASTRIC		
AU 28	RISUCCHIO DELLE LABBRA	ORBICULARIS ORIS		
AD 29 (ACTION DESCRIPTOR)	**SPOSTAMENTO IN AVANTI DELLA MASCELLA INFERIORE (PROTRUSIONE DELLA MASCELLA)**			
AD 30 (ACTION DESCRIPTOR)	**SPOSTAMENTO LATERALE DELLA MASCELLA**			
AU 31	**TENERE LA MASCELLA SERRATA/STRETTA**			
AD 32 (ACTION DESCRIPTOR)	**MORDERE IL LABBRO**			
AD 33 (ACTION DESCRIPTOR)	**SBUFFARE**			

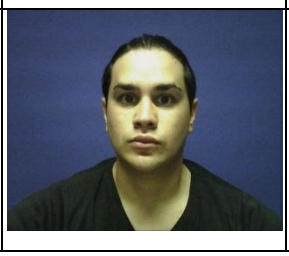
AD 34 (ACTION DESCRIPTOR)	**GONFIARE LE GUANCE**			
AD 35 (ACTION DESCRIPTOR)	**SUCCHIARE LE GUANCE**			
AD 36 (ACTION DESCRIPTOR)	**SPINGERE LA LINGUA CONTRO LA GUANCIA O LE LABBRA (GONFIORE – BORSA)**			
AD 37 (ACTION DESCRIPTOR)	**PASSARSI LA LINGUA SULLE LABBRA (PULIRSI LE LABBRA = ALMENO MEZZO LABBRO)**			
AU 38	DILATARE LE NARICI	NASALIS; PARS ALARIS		
AU 39	COMPRIMERE LE NARICI	NASALIS; PARS TRANSVERSA AND DEPRESSOR SEPTI NASI		
40 (GROSSI MOVIMENTI DEL CORPO)	**SNIFFARE**			

AU 43	CHIUSURA DELL'OCCHIO TRAMITE ABBASSAMENTO DELLA PALPEBRA SUPERIORE	RELAXATION OF LEVATOR PALPEBRAE SUPERIORIS; ORBICULARIS OCULI, PARS PALPEBRALIS		
AU 45	LAMPEGGIO (BATTITO DELLE SOPRACCIGLIA) CON CHIUSURA E RIAPERTURA DELL'OCCHIO	RELAXATION OF LEVATOR PALPEBRAE SUPERIORIS; ORBICULARIS OCULI, PARS PALPEBRALIS		
AU 46	SBATTERE UNA PALPEBRA - UNILATERALE (AMMICCAMENTO + LENTO DI AU 45)	RELAXATION OF LEVATOR PALPEBRAE SUPERIORIS; ORBICULARIS OCULI, PARS PALPEBRALIS		
50 (GROSSI MOVIMENTI DEL CORPO)	**PARLARE**			
51	**LA TESTA GIRATA VERSO SINISTRA**			
52	**LA TESTA GIRATA VERSO DESTRA**			
53	**TESTA VOLTA VERSO L'ALTO**			

54	TESTA VOLTA VERSO IL BASSO (LO SGUARDO APPARE MINACCIOSO)			
55 ; O M55 + AU14	LA TESTA INCLINATA A SINISTRA; TESTA INCLINATA A SINISTRA IN M55 L'INIZIO DELLA AU 14 (FOSSETTE) È IMMEDIATAMENTE PRECEDUTA O ACCOMPAGNATA DALL'INCLINAZIONE DELLA TESTA A SINISTRA			
56; O M56 + AU14	LA TESTA INCLINATA A DESTRA; TESTA INCLINATA A DESTRA IN M56 L'INIZIO DELLA AU 14 (FOSSETTE) È IMMEDIATAMENTE PRECEDUTA O ACCOMPAGNATA DALL'INCLINAZIONE DELLA TESTA A			
57; O M57 + AU 17 + AU24	TESTA IN AVANTI; TESTA IN AVANTI IN M57 L'INIZIO DI AU17 (SOLLEVA IL MENTO) + AU24 (PRESSIONE DELLE LABBRA) È IMMEDIATAMENTE PRECEDUTO, ACCOMPAGNATO O SEGUITO DA UNO SPOSTAMENTO DELLA TESTA IN			
58	LA TESTA RIVOLTA INDIETRO			
M59 + AU17 +AU24	ANNUIRE. IN M59 L'INIZIO DI AU17 (SOLLEVA IL MENTO) + AU24 (PRESSIONE DELLE LABBRA) È IMMEDIATAMENTE PRECEDUTO, ACCOMPAGNATO O SEGUITO DA UNO SCUOTIMENTO DELLA TESTA DA SU IN GIÙ			
M60	FARE NO CON LA TESTA; SCUOTIMENTO DELLA TESTA DA UNA PARTE ALL'ALTRA IN M60 L'INIZIO DI AU17 + AU24 È IMMEDIATAMENTE PRECEDUTO, ACCOMPAGNATO O SEGUITO DA UNO SCUOTIMENTO			

61 (EYE MOVEMENT CODE) ; M61 + AU14	GLI OCCHI GIRANO A SINISTRA; OCCHI GIRATI A SINISTRA IN M61 L'INIZIO DI AU14 (FOSSETTE) È IMMEDIATAMENTE PRECEDUTO, ACCOMPAGNATO O SEGUITO DA UN MOVIMENTO DEGLI OCCHI VERSO SINISTRA			
62 (EYE MOVEMENT CODE) ; M62 + AU14	GLI OCCHI GIRANO A DX; OCCHI GIRATI A DESTRA IN M62 L'INIZIO DI AU14 (FOSSETTE) È IMMEDIATAMENTE PRECEDUTO, ACCOMPAGNATO O SEGUITO DA UN MOVIMENTO DEGLI OCCHI VERSO DESTRA.			
63	OCCHI IN SU			
64	OCCHI IN GIÙ			
65	OCCHI A PESCE (STRABISMO DI VENERE)			
66	OCCHI INCROCIATI			
M68 (EYE MOVEMENT CODE) (+ AU4, AU5, AU7 O AU14)	GLI OCCHI SI MUOVONO IN SU E DI LATO E TORNANO GIÙ CON UN MOVIMENTO CONTINUO + AU 14			

69 = GUARDARE FISSO NEGLI OCCHI DIRITTO (POI ESEGUIRE O 4 O 5 O 7); M69 (EYE MOVEMENT CODE) + AU4, AU5, AU7 O	DA GUARDARE FUORI A PRESENZA DI UN MOVIMENTO DEGLI OCCHI O DELLA TESTA CHE SI RIVOLGONO AD UN'ALTRA PERSONA (DI FRONTE) COINVOLTA NELLA CONVERSAZIONE + 4,7,5 O 14 (O COMBINAZIONE DI QUESTE AU)			
70 POSSIBILI PARTI NON VISIBILI DEL VOLTO E QUINDI NON CODIFICABILI	SOPRACCIGLIA E FRONTE NON VISIBILE			
71 POSSIBILI PARTI NON VISIBILI DEL VOLTO E QUINDI NON CODIFICABILI	OCCHIO/I NON VISIBILE			
72 POSSIBILI PARTI NON VISIBILI DEL VOLTO E QUINDI NON CODIFICABILI	PARTE INFERIORE DELLA FACCIA NON VISIBILE			
73 POSSIBILI PARTI NON VISIBILI DEL VOLTO E QUINDI NON CODIFICABILI	FACCIA INTERA NON VISIBILE			
74 POSSIBILI PARTI NON VISIBILI DEL VOLTO E QUINDI NON CODIFICABILI	USATO QUANDO SI PENSA CHE PROBABILMENTE VI SIA QUALCHE COSA CHE POTREBBE ESSERE SEGNATO, MA PER QUALCHE RAGIONE NON SI PUÒ SEGNARE ALCUN AUS (INCLASSIFICABILE)			
80 (GROSSI MOVIMENTI DEL CORPO)	DEGLUTIRE			

81 (GROSSI MOVIMENTI DEL CORPO)	MASTICARE			
82 (GROSSI MOVIMENTI DEL CORPO)	SOLLEVARE LE SPALLE			
M 83 (HEAD MOVEMENT) + AU14	MOVIMENTO ASIMMETRICO DI ARRETRAMENTO DEL COLLO VERSO INDIETRO + LATO			
84 (GROSSI MOVIMENTI DEL CORPO)	SCUOTERE LA TESTA ALL'INDIETRO E IN AVANTI ("GALLINA")			
85 (GROSSI MOVIMENTI DEL CORPO)	SU E GIÙ CON LA TESTA			
91 (GROSSI MOVIMENTI DEL CORPO)	FLASH CON GLI OCCHI			
92 (GROSSI MOVIMENTI DEL CORPO)	FLASH CON GLI OCCHI PARZIALE			

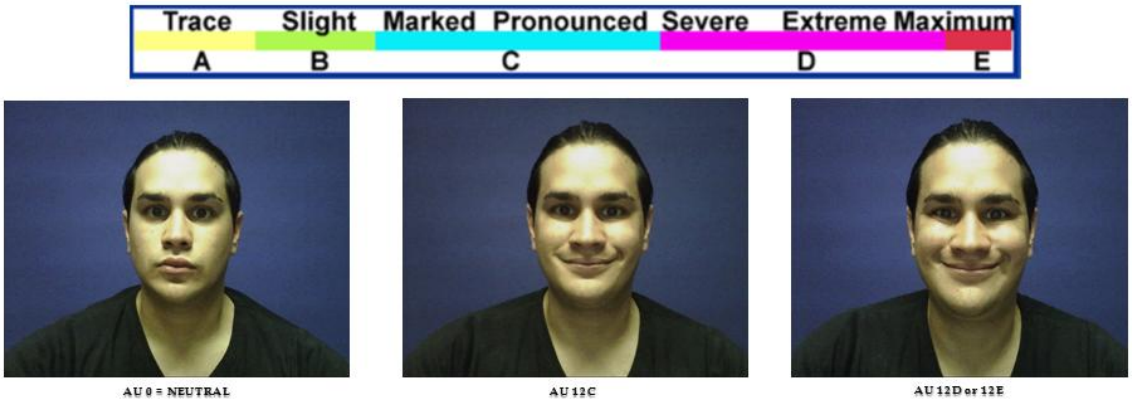
*97 (GROSSI MOVIMENTI DEL CORPO)	RABBRIVIDIRE / TREMARE			
*98 (GROSSI MOVIMENTI DEL CORPO)	VELOCE SGUARDO DALL'ALTO IN BASSO			

Le singole Action Unit, se attivate contemporaneamente in un dato momento, vengono definite *Combination of AUs.* Alcuni esempi di combinazioni di Action Unit sono riportati nella figura 5.2.

Figura 5.2 – Esempi di Combination of AUs

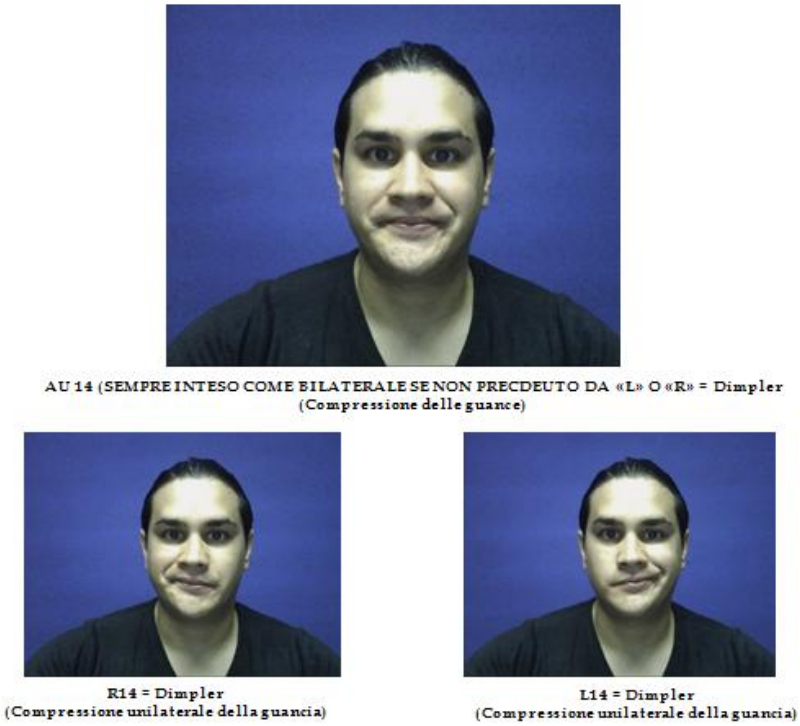
Il FACS è inoltre provvisto di una quantificazione dell'intensità delle Action Unit: le lettere (A,B,C,D,E) che seguono le Action Unit permettono di codificare il maggiore o minore coinvolgimento di taluni muscoli, rispetto alla baseline neutrale del soggetto. Un esempio di aumento d'intensità dell'Action Unit è riportato nella figura 5.3.

Figura 5.3 – Aumento d'intensità nelle Action Unit



Il sistema di codifica FACS contempla inoltre la possibile unilateralità espressiva di talune Action Unit, e la possibile naturale asimmetria rispetto a un lato (di baseline nel soggetto). Alcuni esempi di espressione unilaterale di Action Unit sono riportati nella figura 5.4.

Figura 5.4 – Codificare l'unilateralità espressiva delle Action Unit



5.5 Come interpretare una codifica FACS: le emozioni nel volto, scomposte nelle loro costituenti muscolari

Ogni singola mimica può essere codificata attraverso la metodologia FACS. Esistono inoltre interpretazioni teoriche specifiche per discriminare talune combinazioni di Action Unit significativamente afferibili alle sette emozioni primarie universali (*EMFACS*):

- Felicità: è un'emozione dovuta all'appagamento di personali desideri positivi o alla previsione di una condizione futura positiva. È l'unica delle sei emozioni primarie a essere a valenza positiva. La configurazione espressiva prototipica dell'emozione felicità è principalmente contraddistinta da:
    - Angoli della bocca sono sollevati
    - Guance sono sollevate e formazione di rughette ("zampe di gallina") sugli angoli esterni degli occhi (Sorriso di Duchenne).
    - Pelle tra il sopracciglio e la palpebra superiore abbassata (muscolo: Orbicularus Oculi esterno).
    - Possibile presenza di due rughe che partono dal naso e arrivano agli angoli della bocca, facendoli stirare.
    - Nel sorriso a bocca aperta, sensibile sollevamento delle guance, portante al restringimento degli occhi.
    - Alcuni esempi di mimiche connesse alla felicità, codificate col metodo FACS, sono riportati nella figura 5.5.

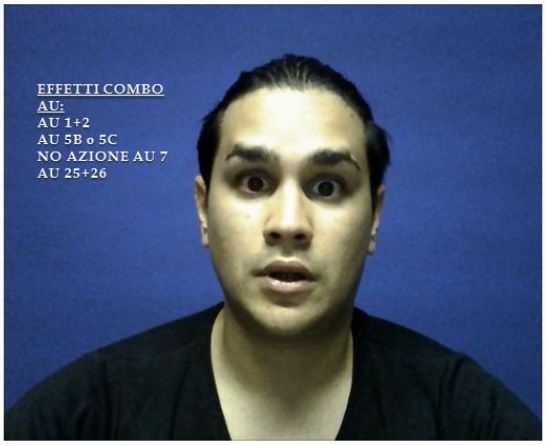
Figura 5.5 – Codificare una mimica di felicità: potenziali AU attivabili in combinazione.

- Sorpresa*:* è un'emozione conseguente ad un evento inaspettato o contrario alle aspettative di chi lo sperimenta. Ha la caratteristica di essere l'emozione con i tempi di reazioni più bassi essendo quasi istantanea. La configurazione espressiva prototipica dell'emozione *sorpresa* è principalmente contraddistinta da:
    - Sopracciglia incurvate e sollevate verso l'alto; le rughe si formano su tutta la fronte
    - Palpebra superiore sollevata leggermente

- Palpebra inferiore rilassata
- Bocca aperta ma priva di tensione sulle labbra
- Mento è abbassato, a favorire l'apertura delle labbra e la parziale visibilità dei denti
- Sclera scoperta, ovvero la parte bianca dell'occhio sopra l'iride (la parte colorata dell'occhio).

Alcuni esempi di mimiche connesse alla rabbia, codificate col metodo FACS, sono riportati nella figura 5.6.

Figura 5.6 – Codificare una mimica di sorpresa: potenziali AU attivabili in combinazione.



- Rabbia: è legata alla sopravvivenza dell'organismo e ha la funzione di rimuovere l'ostacolo (oggetto vivente o non), che mina la realizzazione di un bisogno. Questa emozione porta all'attacco, ma è paradossalmente un meccanismo di difesa delle proprie risorse. La configurazione espressiva prototipica dell'emozione *rabbia* è principalmente contraddistinta da:
  - Sopracciglia tirate verso il basso e avvicinate l'una all'altra. Il ravvicinamento delle sopracciglia provoca rughe verticali o leggermente oblique tra le due sopracciglia
  - Palpebra superiore è sollevata
  - Palpebra inferiore è tesa
  - Labbra compresse l'una contro l'altra; oppure le labbra tese, con relativa diminuzione dello spessore (la parte rosa-rossa visibile), a causa della conseguente rotazione all'interno; oppure labbra contemporaneamente tese e compresse l'una contro l'altra. La bocca può essere aperta con labbra tese (es. la persona parla o urla)
  - Leggera dilatazione delle narici (non sempre presente).

  Un esempio di mimica connessa alla sorpresa, codificata col metodo FACS, è riportato nella figura 5.7.

Figura 5.7 – Codificare una mimica di rabbia: potenziali AU attivabili in combinazione.

- Tristezza: è l'emozione passiva per eccellenza e fa parte della famiglia del dolore. La sofferenza provata tuttavia non è fisica, bensì interiore; sono molti i fattori che ne possono essere la causa. Generalmente è associato alla perdita di una risorsa o di un oggetto di forte valore emotivo. La configurazione espressiva prototipica dell'emozione *tristezza* è principalmente contraddistinta da:
    - Parte interna delle sopracciglia tirata verso l'alto a formare un triangolo. La pelle sotto il sopracciglio è tesa verso l'alto sul bordo interno.
    - Palpebra superiore è abbassata (spesso).
    - Angoli della bocca tirati verso il basso.
    - Gobba del mento che può essere sollevata ("broncio").
    - A volte può essere attivo il Depressore della piega nasolabiale.
    - Sguardo abbassato anziché diritto negli occhi dell'interlocutore, specialmente se alla tristezza si mescolano vergogna o senso di colpa
    - Leggera dilatazione delle narici (non sempre presente).

  Alcuni esempi di mimiche connesse alla tristezza, codificate col metodo FACS, sono riportati nella figura 5.8.

Figura 5.8 – Codificare una mimica di tristezza: potenziali AU attivabili in combinazione.

- Disgusto: emozione che porta alla repulsione, espulsione o allontanamento di un oggetto ritenuto contaminato. La configurazione espressiva prototipica dell'emozione *disgusto* è principalmente contraddistinta da:
    - Sopracciglia tirate verso il basso che abbassano la palpebra superiore
    - Naso talvolta corrugato (arricciato lungo i lati e nella parte superiore)
    - Formazione di pieghe sotto gli occhi e palpebra inferiore spinta verso l'alto, ma senza tensione
    - Guance sono sollevate (questo produce un cambiamento nella palpebra inferiore, restringendo l'occhio e creando numerose pieghe nella zona immediatamente sottostante)
    - Labbro superiore è sollevato (piega nasolabiale accentuata); talvolta la bocca può essere aperta.
    - Labbro inferiore (non necessariamente) sollevato verso il labbro superiore

  Alcuni esempi di mimiche connesse al disgusto, codificate col metodo FACS, sono riportati nella figura 5.9.

Figura 5.9 – Codificare una mimica di disgusto: potenziali AU attivabili in combinazione.

- Paura: deriva da una percezione di pericolo reale, di una conseguenza negativa futura, o più semplicemente da uno stato continuo di preoccupazione o incertezza. La configurazione espressiva prototipica dell'emozione *paura* è principalmente contraddistinta da:
    - Sopracciglia sollevate verso l'alto e riavvicinate; le rughe sulla fronte si formano principalmente al centro
    - Palpebra superiore è sollevata sensibilmente
    - Palpebra inferiore è tesa
    - Labbra tese e tirate verso l'esterno. La bocca a volte può essere aperta.
    - Leggera dilatazione delle narici (non sempre presente)

  Alcuni esempi di mimiche connesse alla paura, codificate col metodo FACS, sono riportati nella figura 5.10.

Figura 5.10 – Codificare una mimica di paura: potenziali AU attivabili in combinazione.

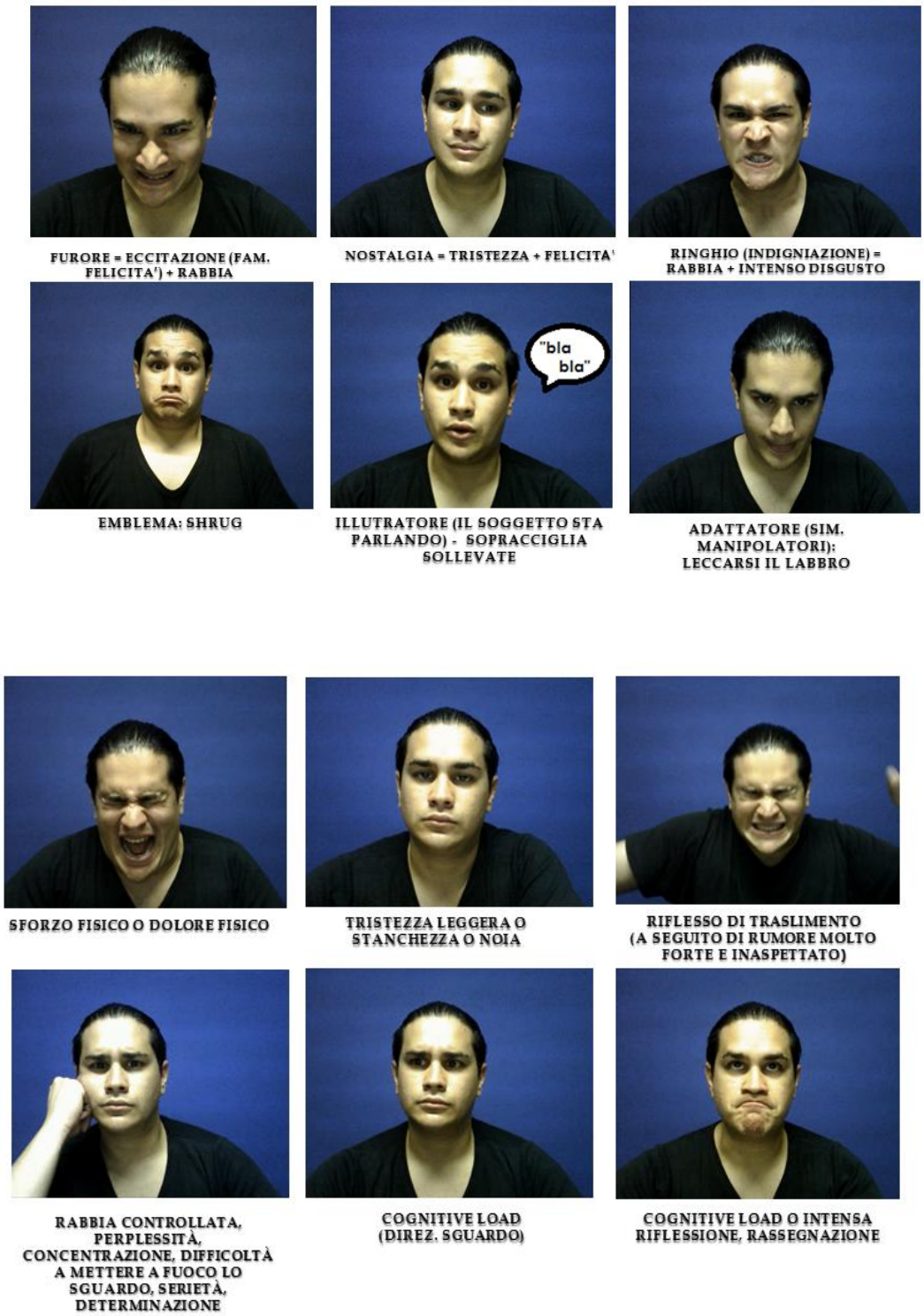
- Disprezzo*:* senso di superiorità morale rispetto al prossimo (dal punto di vista valoriale, fisica, intellettuale, ecc.). La configurazione espressiva prototipica dell'emozione *disprezzo* è principalmente contraddistinta da (alternative):
    - Sollevamento da leggero a medio-forte, unilaterale, del labbro superiore.
    - Leggero sorriso unilaterale
    - Angolo della bocca compresso su un lato, verso l'interno

  Alcuni esempi di mimiche connesse al disprezzo, codificate col metodo FACS, sono riportati nella figura 5.11.

Figura 5.11 – Codificare una mimica di disprezzo: potenziali AU attivabili in combinazione

Mediante il FACS è in oltre potenzialmente codificabile ogni tipologia di espressione facciale connessa alle emozioni secondarie o miste, ogni gesto adattatore, emblema o illustratore mimico presente nelle interazioni comunicative, ogni stato d'attivazione o de-attivazione dell'attenzione, le mimiche connesse a sensazioni fisiologiche di dolore e sollievo dal dolore, il carico cognitivo nel ricordare o pensare a qualcosa. Alcuni esempi di mimiche connesse queste tipologie di elementi sono riportati nella figura 5.12.

Figura 5.12 – Codificare mimiche complesse e non universali



5.6 Applicazione del sistema FACS ai video sulle NCD

La metodologia su cui si basa l'analisi delle espressioni facciali adottata da Paul Ekman verrà riproposta e utilizzata per analizzare i video sulle NCD.

5.6.1 Assessment e somministrazione dei video

Le videoriprese dei soggetti sperimentali sottoposti alla sequenza randomizzata dei tre spot sperimentali (*Arcimboldo, Iulm e Magliette*), sono stati acquisiti dagli sperimentatori e codificati in modalità slow-motion.

Per ogni soggetto sperimentale è stata stabilita una baseline del viso neutrale, tenendo conto delle particolarità fisionomiche di ognuno di essi, conformemente alla metodologia scientifica di Paul Ekman. Secondo Ekman, infatti, il volto presenta tre tipi di segnali, capaci di veicolare l'informazione:

- *Statici* – aspetti più o meno permanenti della faccia
    - Pigmentazione della pelle (colore)
    - Forma del viso
    - Struttura ossea
    - Cartilagini
    - Depositi di grasso
    - Grandezza, forma e posizione dei lineamenti (esempio sopracciglia, occhi, naso, bocca)
- *A variazione lenta* - cambiamenti d'aspetto che si producono gradualmente nel corso del tempo
    - Rughe permanenti
    - Alterazioni del tono muscolare
    - Alterazioni della grana e pigmentazione della pelle (in tarda età)
- *Rapidi* - movimenti dei muscoli facciali, che producono variazione passeggere nell'aspetto del viso
    - Rughe temporanee e cambiamenti di forma e posizione dei lineamenti (questi cambiamenti passano velocissimi sul viso: secondi o frazioni di secondo)

Tenuti sotto controllo i *segnali statici* e a *variazione lenta*, ci si è quindi metodologicamente focalizzati e concentrati sui segnali *rapidi* emessi dai soggetti, ovvero sulle macro e microespressioni del volto, in modo da poter confrontare tali frame alle immagini dei visi neutrali dei soggetti in condizione di baseline.

Ogni singola Action Unit è stata codificata in ogni singolo soggetto e in ognuna delle tre condizioni sperimentali cui era sottoposto. Scremati i dati superflui dal punto di vista dell'obbiettivo sperimentale (smorfie prive di significato o tic eventuali), si è proceduto all'interpretazione e allo scoring dei punteggi.

L'esito delle fasi sperimentali, verrà descritto nel prossimo paragrafo.

5.6.2 Codifica, scoring e conclusioni analitico-statistiche

I risultati emersi, desunti dalla codifica FACS e interpretati secondo la metodologia scientifica di Paul Ekman, sono stati quindi raccolti nelle tabelle seguenti. Sono state prese in considerazione:

- Le mimiche collegate alle sette emozioni primarie e universali
    - Felicità
    - Sorpresa
    - Paura
    - Rabbia
    - Disgusto
    - Tristezza
    - Disprezzo
- Le mimiche indicanti attivazioni cognitivo-attentive (valenza positiva)
    - Attenzione
    - Interesse
- Le mimiche indicanti attivazioni cognitive "pure"
    - Carico cognitivo
    - Concentrazione
    - Riflessione
- Le mimiche indicanti de-attivazioni cognitivo-attentive (valenza negativa)
    - Noia, stanchezza
- Le mimiche indicanti stress e distress potenzialmente connessi all'ansia
    - Gesti adattatori (famiglia dei *manipolatori*)
    - Frequenti deglutizioni (con sforzo)

A scopo retorico, forniremo ora alcuni esempi delle mimiche codificate in oggetto, rappresentate dai frameshot dei soggetti sperimentali. Non tutte e sette le emozioni sono in realtà emerse a seguito della visione dei filmati (non emersa: paura).

Alcuni esempi di mimiche connesse alla felicità, codificate col metodo FACS, sono riportati nella figura 5.13.

Figura 5.13 – Baseline Vs Frameshot: felicità

Partecipante 9
Condizione: Arcimboldo
Frame: 153
Timing: 00'10"13

Codifica: 12B+25A

Alcuni esempi di mimiche connesse alla sorpresa, codificate col metodo FACS, sono riportati nella figura 5.14.

Figura 5.14 – Baseline Vs Frameshot: sorpresa

Partecipante 16
Condizione: Arcimboldo
Frame: 924
Timing: 01'01"53

Codifica: 1C+2C+26C+36C

Un esempio di mimica connessa al disgusto, codificata col metodo FACS, è riportata nella figura 5.15.

Figura 5.15 – Baseline Vs Frameshot: disgusto

Partecipante 9
Condizione: Arcimboldo
Frame: 1032
Timing: 01'08"73
Codifica: 12B+10C+25A

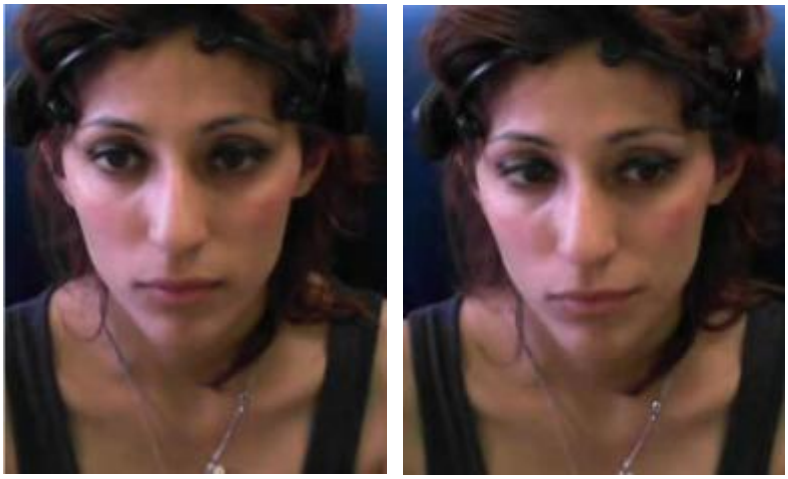
Un esempio di mimica connessa alla tristezza, codificata col metodo FACS, è riportata nella figura 5.16.

Figura 5.16 – Baseline Vs Frameshot: tristezza

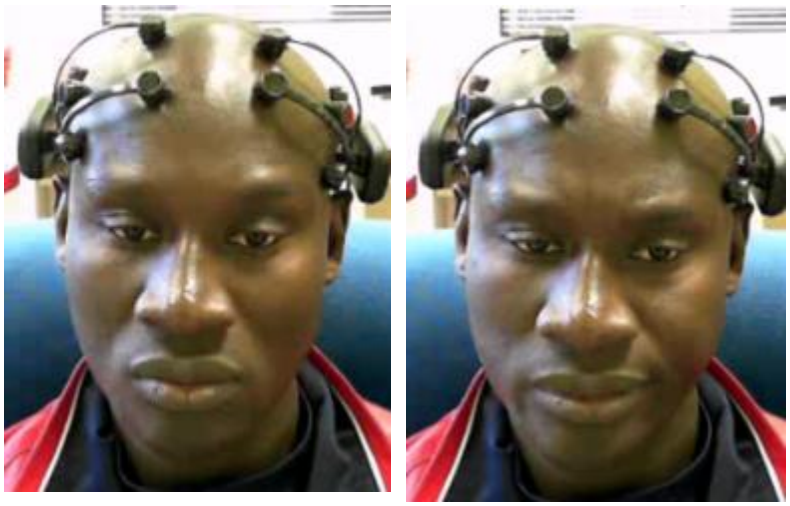
Partecipante 3
Condizione: Arcimboldo
Frame: 677
Timing: 00′45″66
Codifica: 1B+45

Un esempio di mimiche connesse al disprezzo, codificate col metodo FACS, sono riportata nella figura 5.17.

Figura 5.17 – Baseline Vs Frameshot: disprezzo



Partecipante 3
Condizione: Magliette
Frame: 426
Timing: 00′28″33
Codifica: L12B
(non codificata la direzione dello sguardo)



Partecipante 1
Condizione: Arcimboldo
Frame: 541
Timing: 00′36″00
Codifica: L12B+14D

Un esempio di mimica connessa all'attenzione e l'interesse, codificata col metodo FACS, è riportata nella figura 5.18.

Figura 5.18 – Baseline Vs Frameshot: attenzione

Partecipante 3
Condizione: Arcimboldo
Frame: 454
Timing: 00'32"86
Codifica: 5B

Un esempio di mimica connessa noia o stanchezza, codificata col metodo FACS, è riportata nella figura 5.19.

Figura 5.19 – Baseline Vs Frameshot: noia o stanchezza

Partecipante 3
Condizione: Arcimboldo
Frame: 534
Timing: 00'35"53
Codifica: 43C

Un esempio di mimiche connesse ai gesti adattatori (la deglutizione, essendo un codificate col metodo FACS, sono riportate nella figura 5.20.

Figura 5.20 – Baseline Vs Frameshot: adattatori e deglutizione frequente e forzata

Partecipante 1
Condizione: Arcimboldo
Frame: 754 e 886
Codifica: 25C+26D+37D
Codifica: L14B+80

La totalità delle espressioni sopradescritte, al fine dello scopo sperimentale, sono state suddivise in quattro macro categorie, al fine di poter essere in grado di valutare l'efficacia dei video proposti:

- Valutazione positiva: felicità, sorpresa, attivazione cognitiva a valenza positiva.
- Riflessione: attivazione cognitiva pura.
- Distress e noia: de-attivazione cognitiva, distress non meglio specificati (adattatori e deglutizioni).
- Valutazione negativa: emozioni di paura, rabbia, disgusto, tristezza e disprezzo.

A seguito dell'analisi delle espressioni facciali, svolta sui volti dei soggetti durante la visione dei tre video, sono stati ricavati due grafici per ognuno dei filmati. Un istogramma descrive la percentuale di ognuna dei quattro macro gruppi descritti in precedenza, mentre il grafico a torta presenta la frequenza assoluta di ogni tipologia di espressione. I grafico qui sotto mostra invece il numero di mimiche facciali per ogni spot audiovisivo.

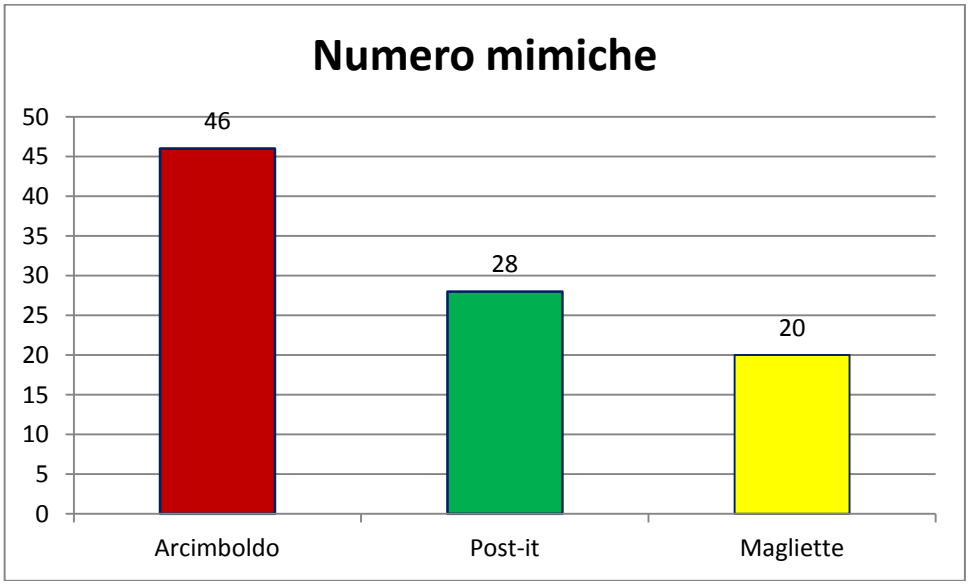
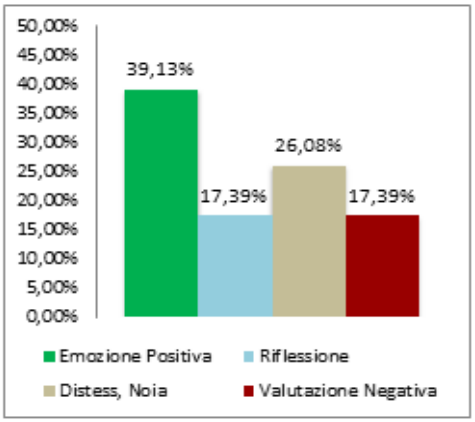


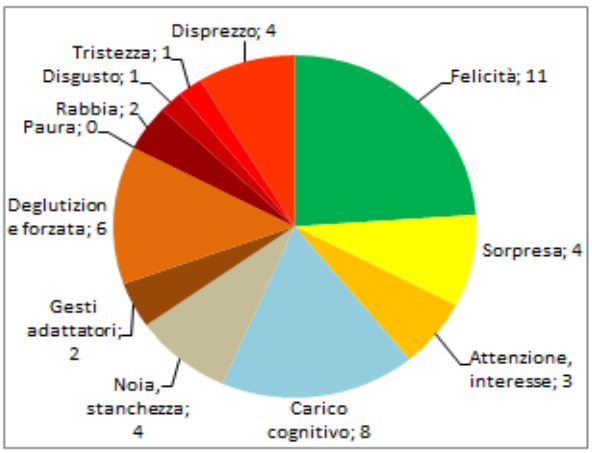
Tabella 5.1

Ecco i risultati per ogni filmato:

- Arcimboldo: è il filmato che più ha elicitato nei soggetti sperimentali reazioni ed espressioni facciali, raggiungendo infatti la quota totale di 46 mimiche rispetto alle 28 del filmato IULM e delle 20 del filmato Magliette (come riportato dal grafico qui sopra). Si può notare inoltre una forte prevalenza di espressioni a valenza positiva, per un totale di 39,13% per questo filmato audiovisivo. La maggior costituente di questa percentuale è composta da espressioni di felicità, che riscontra un totale di 11 espressioni rilevate sulle 18 totali presenti nella macro categoria di emozioni positive. La media e la deviazione standard di questo video, per quanto riguarda la felicità, sono i più elevati rispetto a qualsiasi altra emozione. Bisogna tuttavia tenere in considerazione una moderata frequenza di espressioni negative che compongono il 17.39% del totale. Si conclude che Arcimboldo è risultato essere il video maggiormente coinvolgente rispetto ai tre proposti, come riportato chiaramente in tabella 5.2.

Tabella 5.2 – Arcimboldo

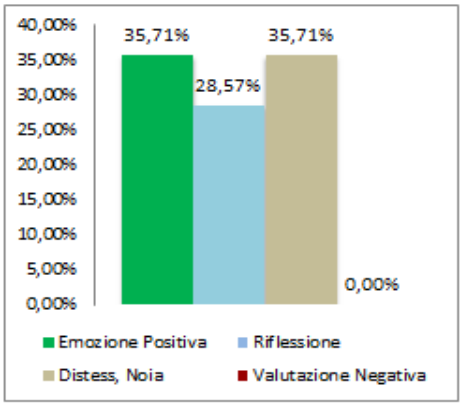


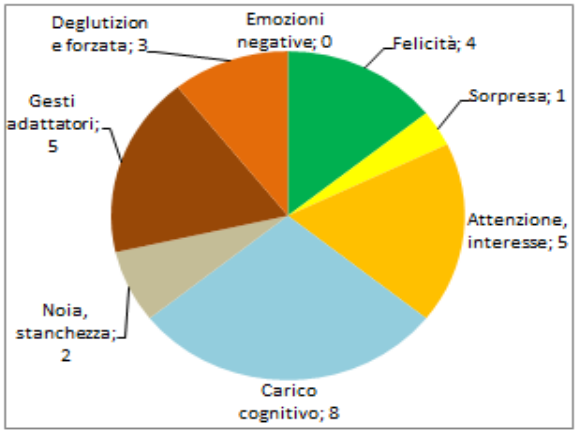


Stato Emozionale/Cognitivo	Media	St. Dev.
Felicità	1.22	1.72
Sorpresa	0.44	0.52
Attenzione, Interesse	0.33	1.00
Carico Cognitivo Puro	0.73	1.01
Noia, Stanchezza	0.44	1.33
Gesti Adattatori	0.22	0.44
Deglutizione Forzata	0.7	0.95
Paura	0	0
Rabbia	0.22	0.67
Disgusto	0.11	0.33
Tristezza	0.11	0.33
Disprezzo	0.44	0.73

- Il *filmato "Post-it"* ha registrato risultati contrastanti, poiché presenta la stessa percentuale di 35,71%, sia per le espressioni a valenza positiva, sia per le espressioni descriventi stati di distress e noia. Tuttavia è da tenere in considerazione il fatto che non sono state rilevate espressioni negative di nessun tipo. *Post-it* è il filmato attivante la percentuale più elevata di espressioni facciali di attivazione cognitiva pura. Le espressioni totali elicitate nei soggetti da questo filmato sono 28. Osservando il grafico a torta si nota che le espressioni più frequenti sono quelle descriventi carico cognitivo: queste raggiungono una frequenza assoluta di 8, una media di 0.89 e una deviazione standard di 0.93. Si è riscontrato inoltre un elevato numero di espressioni di attenzione e interesse rispetto alla norma frai i tre video. Si conclude che Post-it è risultato essere il secondo video maggiormente coinvolgente rispetto ai tre proposti, come riportato chiaramente in tabella 5.3.

Tabella 5.3 – IULM

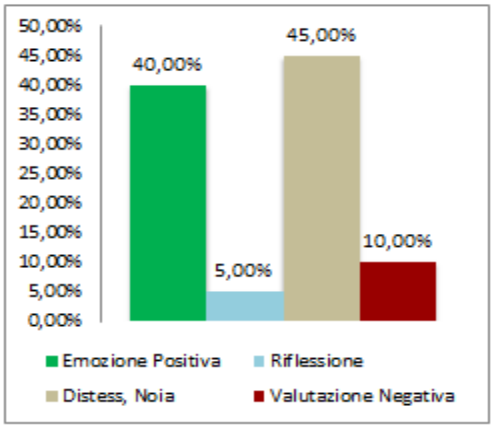


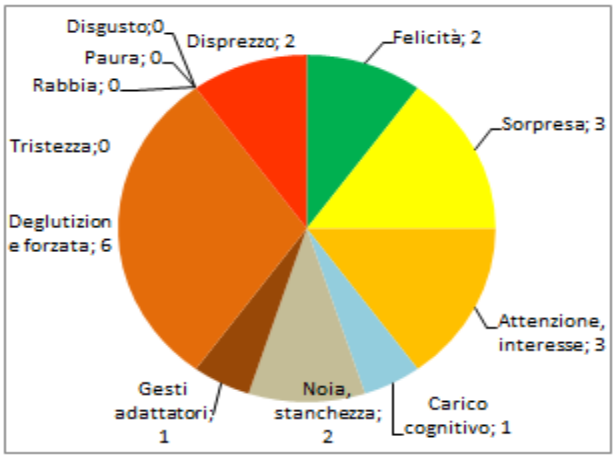


Stato Emozionale/Cognitivo	Media	St. Dev.
Felicità	0.5	0.53
Sorpresa	0.13	0.35
Attenzione, Interesse	0.62	1.4
Carico Cognitivo Puro	0.89	0.93
Noia, Stanchezza	0.25	0.71
Gesti Adattatori	0.62	1.06
Deglutizione Forzata	0.3	0.48
Paura	0	0
Rabbia	0	0
Disgusto	0	0
Tristezza	0	0
Disprezzo	0	0

- Nel terzo ed ultimo video, *Magliette*, viene riscontrata la percentuale più alta nella categoria di distress rispetto a tutti i video proposti, con un totale del 45%: la maggior parte di queste espressioni è composta da deglutizione forzata. Segue il 40% di espressioni positive. Sebbene in apparenza questo possa sembrare un dato interessante, bisogna tenere in considerazione il fatto che le espressioni totali sono state 20, corrispondendo alla più bassa frequenza di mimiche evocate rispetto ai video precedenti. Da sottolineare inoltre il fatto che durante la visione di questo video ben 9 soggetti su 13 non hanno palesato alcuna espressione durante l'interezza del video. Per questo motivo, questo filmato è risultato essere quello meno coinvolgente tra i tre proposti, come riportato chiaramente in tabella 5.4.

Tabella 5.4 – Magliette





Stato Emozionale/Cognitivo	Media	St. Dev.
Felicità	0.5	1.00
Sorpresa	0.75	0.96
Attenzione, Interesse	0.75	1.5
Carico Cognitivo Puro	0.25	0.5
Noia, Stanchezza	0.5	0.58
Gesti Adattatori	0.25	0.5
Deglutizione Forzata	1	1.2
Paura	0	0
Rabbia	0	0
Disgusto	0	0
Tristezza	0	0
Disprezzo	0.5	0.58

5.7 Conclusioni

Con un totale complessivo di 46 reazioni mimiche (emotive o cognitive), con soli 4/13 soggetti rimasti indifferenti al filmato (dal punto di vista delle espressioni o micro-espressioni facciali) e con un punteggio medio di $\mu = 1.222222 \pm \sigma=1.715938$ (emozione col maggiore grado di concordanza inter-soggetti: felicità), il video Arcimboldo risulta essere il video che riesce ad attivare maggiormente i soggetti tra i tre proposti, in riferimento alle reazioni emotive innescate (e conseguenti espressioni facciali codificabili) nei soggetti sperimentali. Questo video ha anche una buona capacità di catturare l'attenzione e portare ad una riflessione.
Il video "Post-it" ha la forza di riuscire a catturare l'attenzione e portare ad una riflessione ma non sembra portare ad una attivazione consistente in quanto le espressioni totali sono state solo 28.

Il filmato risultato con un numero minore di espressioni facciali, tra i tre proposti, con ben 9/13 soggetti rimasti indifferenti al filmato, risulta essere il video *Magliette, che si distingue solo per avere indotto il maggior numero di deglutizioni forzate, elemento della comunicazione non verbale in grado di rivelare maggiore stress e distress durante la visione del filmato.*

CAPITOLO 6
ANALISI EYE – TRAKING E SELF –REPORT DELLA COMUNICAZIONE NCD (BROCHURE)

6.1 Introduzione all'Eye-Tracker

L'eye-tracker è una tecnologia capace di monitorare e registrare la dilatazione e la contrazione delle pupille, restituendo come output un tracciamento oculare che determina con assoluta precisione l'intero percorso effettuato dall'occhio durante la vista di qualsiasi stimolo visivo, nonché le aree su cui si è focalizzata maggiormente l'attenzione visiva.

Questa tecnologia nasce inizialmente per scopi clinici, con l'obiettivo cioè di comprendere come funzionano gli automatismi della visione umana. Col tempo, il suo impiego si è diffuso anche in altri campi di applicazione tra cui l'*healthcare*, la *usability* e il marketing.

Nel primo caso, l'utilizzo dell'Eye-tracker permette a persone con deficit motori di comunicare e interagire con il mondo esterno. Mediante semplice puntamento oculare queste persone sono infatti in grado di soddisfare i propri bisogni in modo più autonomo e semplice.

Un'altra applicazione di questa tecnologia è quella legata all'usabilità. L'eye-tracker permette cioè di comprendere in modo oggettivo come l'utente interagisce con un sito internet, una intranet o con qualsiasi interfaccia utente di un software. Infine, l'ultima applicazione è quella di marketing. La tecnologia può essere impiegata per l'analisi di messaggi pubblicitari, il test di prodotti, o gli studi di "*in-store marketing*".

Quando si osserva qualcosa, gli occhi si spostano almeno 3 volte al secondo. Ogni spostamento, detto *movimento saccadico*, dura circa un decimo di secondo, mentre le stasi, o *fissazioni*, durano dai 2 a 4 decimi di secondo. Durante i movimenti saccadici la vista è completamente sfocata e non si è assolutamente in grado di definire ciò che sfuma davanti agli occhi della persona. È solo durante le fissazioni, che le persone sono in grado di definire con assoluta precisione la realtà che stanno osservando. L'eye-tracker, registrando sia le saccadi sia le fissazioni, è quindi in grado di restituire un dato comprensivo degli elementi che hanno catturato l'attenzione della persona (fissazioni) e dei percorsi di ricerca e di esplorazione (saccadi).

Nell'ambito del marketing e della comunicazione, registrare e studiare il comportamento di esplorazione visiva di una persona che guarda uno scaffale all'interno di un supermercato, che osserva un prodotto o una comunicazione pubblicitaria o che esplora un sito web mentre esegue un compito può restituire numerosissime informazioni sui processi visivi coinvolti. È di fatto possibile dedurre (Namahn, 2001; Nielsen, Pernice, 2011):

- il livello di attenzione focalizzata su ciò che sta osservando;
- il modo di trattare le informazioni contenute in una pagina o in una pubblicità (alcune informazioni ottengono maggiore attenzione di altre? Ci sono informazioni che non vengono prese in considerazione?);

- le aree esplorate di maggior interesse.

Impiegare l'eye-tracker negli studi di marketing e comunicazione ha numerosi vantaggi, tra i quali è possibile annoverare:

- l'oggettività delle misurazioni;
- l'eliminazione di bias tipici conseguenti alla richiesta di informazioni da parte dell' intervistatore;
- la possibilità di effettuare analisi sia qualitative che quantitative;
- una restituzione affidabile ed esplicita delle modalità mediante le quali la strategia creativa viene osservata (o non osservata);
- avere a disposizione una grandissima quantità di dati, di diversa natura, raccolti tutti contemporaneamente dal medesimo dispositivo e senza aver bisogno di altri strumenti di supporto.

A questi vantaggi si aggiunge la possibilità di integrare i dati restituiti dall'eye-tracker con indagini qualitative o quantitative tradizionali. In questo modo si possono ottenere risultati maggiormente veritieri riguardo al fenomeno studiato.

6.2 Metodologia di studio

Al fine di rispettare la validità scientifica della ricerca, la somministrazione delle brochure nonché degli spot di sensibilizzazione è stata randomizzata, in modo tale da escludere distorsioni sistematiche dovute alla sequenza stessa degli stimoli.

6.3 Analisi Eye-Tracking delle brochure NCD

Al fine di avere una visione immediata e facilmente comprensibile delle modalità esplorative messe in atto durante la fruizione delle brochure, viene riportata di seguito l'analisi delle heat map, o "mappe colorate". Le heat map restituiscono in veste grafica un'indicazione sul tempo relativo di permanenza dello sguardo per le diverse aree dello schermo: le aree maggiormente osservate sono indicate in rosso e il colore sfuma a seconda del tempo di osservazione fino quelle meno osservate (indicate in blu). Le parti non colorate si caratterizzano per non aver attirato la minima attenzione visiva.

Analizzando la **prima brochure** (successivamente denominata "**Arcimboldo**"), si può notare nella figura sotto riportata che per quanto attiene la pagina frontale, l'headline, ovvero "Usa il cervello", cattura la maggior parte dell'attenzione. Anche gli altri messaggi verbali vengono visualizzati dai soggetti. Da notare come le immagini, e in particolar modo gli occhi del volto del Vertumno dell'Arcimboldo, non catturano la minima attenzione, diversamente da quanto accade solitamente. Ciò non pregiudica evidentemente l'efficacia dello spot poiché la parte testuale viene letta.

Per quanto concerne il retro della medesima brochure, si evidenzia che le aree maggiormente osservate sono state due: la definizione delle NCD e l'indicazione dei cattivi stili di vita che aumentano la probabilità di soffrire di tali malattie. Tutta la parte

testuale rimanente desta poca attenzione, e viene scorsa molto rapidamente. Probabilmente tale effetto è dovuto alla presenza di una quantità eccessiva parole che, anche a causa della presentazione del testo in due lingue, risultano molto ammassate e scoraggiano il fruitore dal leggerle nella loro interezza. Anche in questo caso i soggetti non focalizzano la minima attenzione sulle immagini.

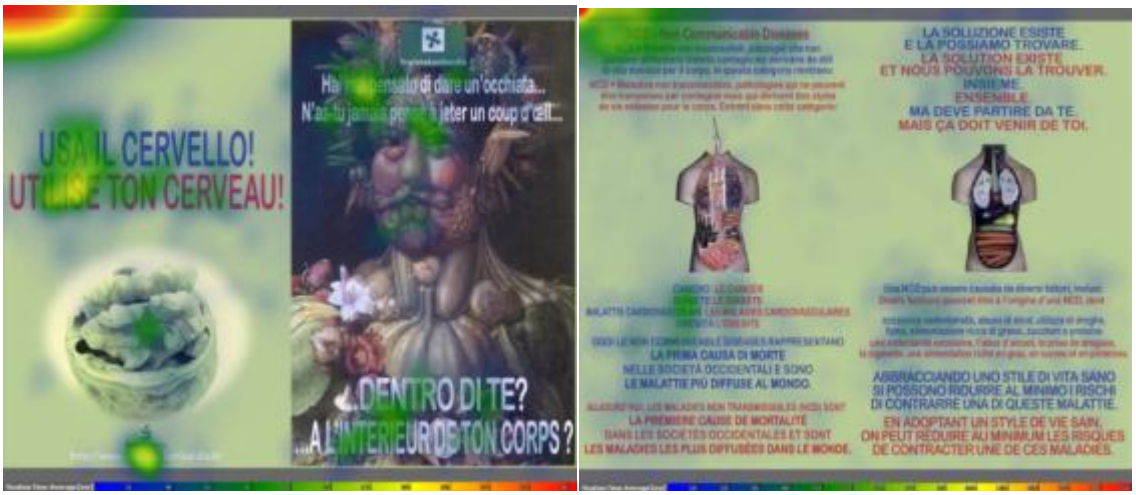


Figura 6.1 – Heat Map brochure "Arcimboldo" fronte e retro.

Per quanto riguarda la **seconda brochure** (successivamente chiamata "**Post-it**"), in particolar modo soffermandosi sulla sua parte frontale, si può notare come l'headline sia scarsamente efficace nell'attrarre l'attenzione del fruitore, che invece viene maggiormente dedicata in primis alle malattie tipiche delle NCD e secondariamente al payoff "Uno stile di vita sregolato provoca due morti su tre".

Nella parte posteriore della brochure, si individuano 3 aree principali su cui si focalizza l'attenzione del lettore. Quella più osservata è l'area posta al di sotto del grafico, in cui vengono riportate le cause di mortalità; segue la parte descrittiva posta al centro della brochure in cui vengono descritte le NCD, e per finire l'elenco dei consigli per prevenire queste malattie.

Nel complesso, questa brochure viene esplorata nella sua interezza, senza che nessun elemento contenuto al suo interno venga tralasciato.

Figura 6.2 – Heat Map brochure "Post-it" fronte e retro.

Di seguito l'analisi comparata tra queste prime due brochure. In particolare, sono stati identificati gli elementi tipici contenuti nella brochure, che sono stati comparati tra loro rispetto alla capacità di attrarre attenzione e mantenerla (tempo di fissazione). La medesima analisi non è stata compiuta per la terza brochure, poiché questa adotta uno stile del tutto particolare e difficilmente paragonabile a quello delle prime due.

Di seguito sono riportate le due brochure e in particolar modo gli elementi su cui sono stati effettuati i confronti.

Figura 6.3 - Brochure "Arcimboldo" frontale.

Figura 6.4 - Brochure "Post-it" frontale

Nel grafico sottostante si nota come la descrizione delle cause di mortalità riportate nell'opuscolo "Post-it" sia l'elemento che coglie la maggior attenzione relativa. Su questa particolare area della brochure viene speso un tempo medio di 6,6 secondi, sufficiente a permettere la comprensione del messaggio stesso. Per quanto riguarda invece il payoff, vi è una forte differenza tra le due brochure. In particolar modo, quello riportato nell'opuscolo "Post-it", ottiene un tempo di fissazione pari a 5,5 secondi contro i 2,4 di quello riportato nell'opuscolo "Arcimboldo". Nessuna differenza di rilievo invece per quanto attiene all'headline.

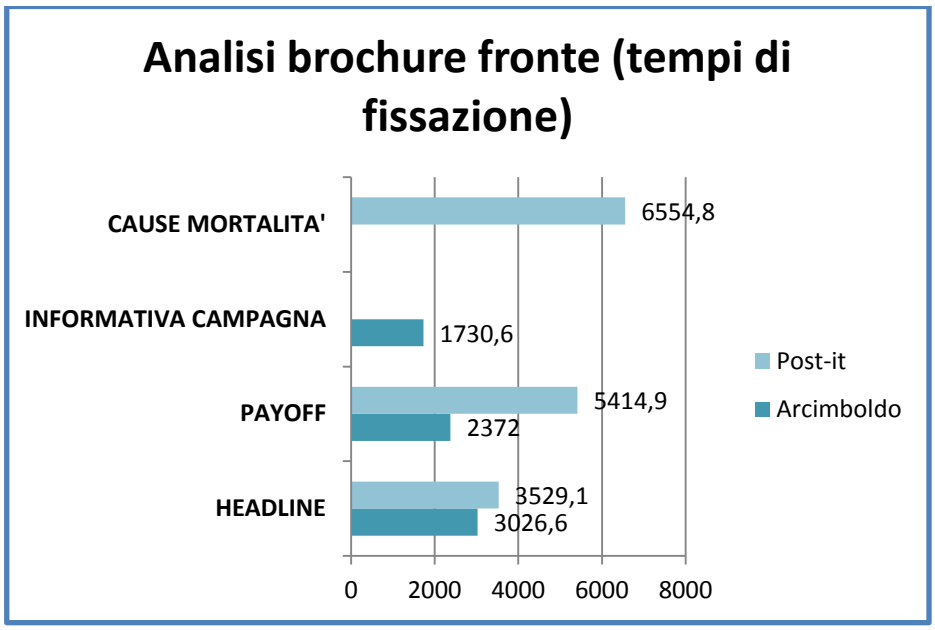


Figura 6.5 - Tempi di fissazione delle aree di interesse delle brochure, fronte

Di seguito sono riportate invece le parti posteriori delle brochure e le relative aree di interesse prese in esame.

Figura 6.6 - Brochure "Arcimboldo" retro.

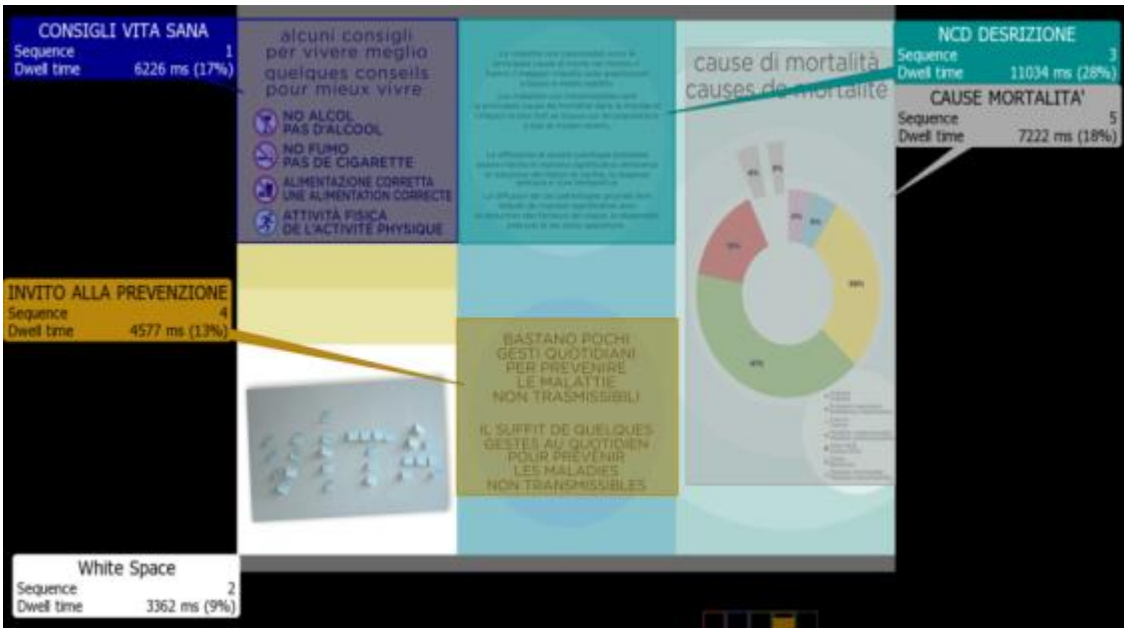


Figura 6.7 - Brochure "Post-it" retro.

Analizzando la parte posteriore delle brochure, osservando il grafico sotto riportato, si evidenzia come sia per la brochure "Arcimboldo", sia per "Post-it" l'elemento informativo maggiormente osservato è la descrizione delle NCD, sulla quale i soggetti si soffermano per un tempo medio di circa 14 e 11 secondi rispettivamente. Seguono i consigli di vita sana, che ottengono performance di fissazioni simili (rispettivamente 6,5 e 6,2 secondi di permanenza media) e l'invito alla prevenzione (rispettivamente 3,6 e 4,6 secondi di permanenza media) .

L'unica differenza sostanziale in termini di visualizzazione tra le due brochure è costituita dal tempo medio di osservazione dell'elenco delle cause di mortalità. Infatti, nell'opuscolo "Post-it" tale area ottiene una performance decisamente migliore (il tempo di permanenza è doppio rispetto a quello sulla medesima area dell'altra brochure). Il motivo di questa differenza significativa risiede nella maggiore importanza data a queste informazioni tramite la strategia comunicativa utilizzata. Infatti, nell'opuscolo "Post-it", è stata dedicata un'intera anta della brochure a queste informazioni, a dispetto dello spazio esiguo dedicato nell'opuscolo "Arcimboldo" al medesimo elenco.

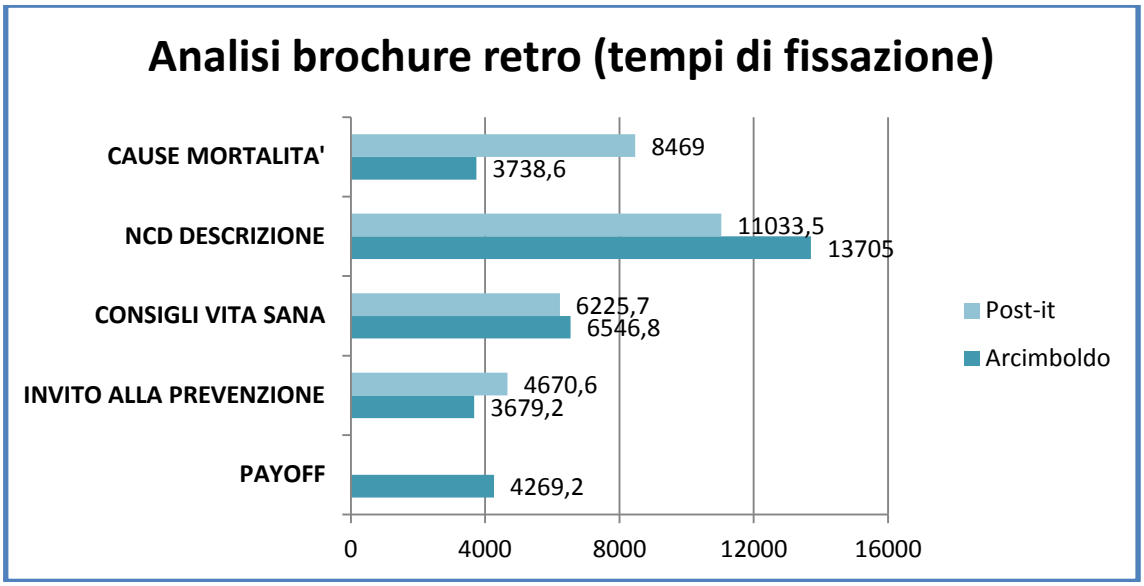


Figura 6.8 - Tempi di fissazione delle aree di interesse delle brochure, retro.

È importante sottolineare che, a prescindere dalla diversa performance ottenuta, tutti questi elementi sono stati in grado di catturare l'attenzione dei soggetti. Si consideri infatti che affinché un elemento venga effettivamente percepito a livello visivo occorre un tempo minimo di 0,2 secondi. In tutti i casi analizzati, il tempo di fissazione è stato decisamente superiore a questo valore soglia.

Viene infine riportata l'analisi dell'ultima brochure (chiamata anche "Linee guida"). Tale opuscolo è presente in duplice copia: una in lingua inglese e una in francese.

Entrambe le heat map, evidenziano come tutti i consigli riportati vengano letti, ma i soggetti si soffermano solo sulla prima parte di ciascuna riga, tralasciando il resto. Tale risultato è probabilmente imputabile all'eccessivo contenuto informativo che scoraggia il lettore dall'esplorarlo interamente.

Quest'ultima tipologia di brochure adotta uno stile comunicativo molto differente rispetto alle altre, poiché contiene solo indicazioni per uno stile di vita più sano, senza immagini o slogan. Per tale ragione non è stata analizzata in modo comparato come è stato invece fatto per le prime due (maggiormente paragonabili).

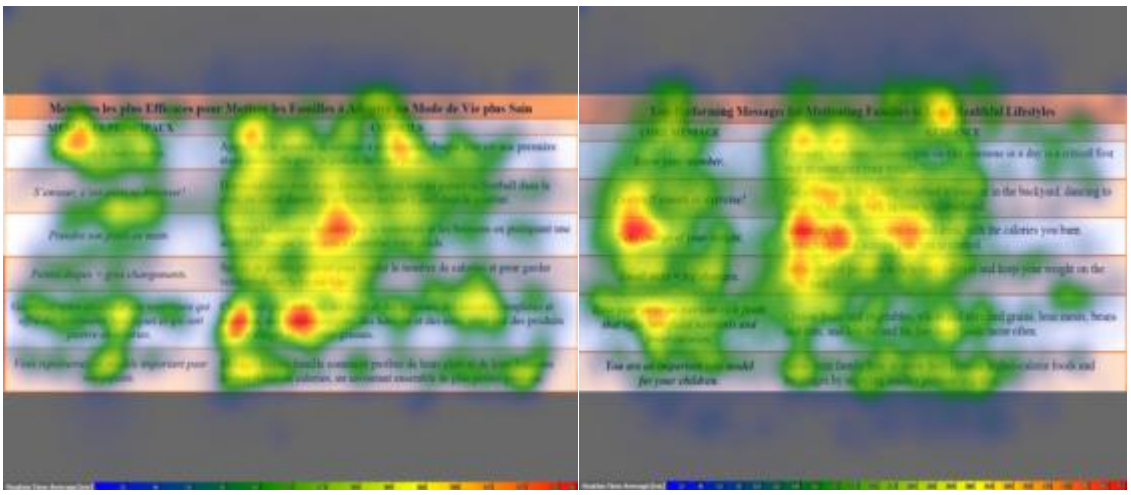


Figura 6.9 – Heat Map brochure "Linee guida" fronte e retro.

6.4 Indicazioni sull'efficacia delle brochure

Sintetizzando i risultati ottenuti dall'analisi con eye-tracker delle brochure emerge quanto segue:

- **opuscolo "Arcimboldo"**: l'eccessiva congestione di parole e altri elementi informativi fa sì che il lettore si senta disorientato e poco disposto ad approfondire la lettura. Risulta invece molto efficace il claim "Usa il cervello".
- **opuscolo "Post-it"**: ottimo equilibrio tra parti di testo e elementi grafici. Tutte le note informative vengono lette.
- **opuscolo "Linee guida"**: eccessivo contenuto informativo che invoglia poco il lettore nel fruire la brochure nella sua interezza, restituendo così delle informazioni parziali sulla tematica delle NCD.

In conclusione, volendo valutare le 3 brochure sulla base della loro efficacia, declinata in termini di **capacità di tutti gli elementi costituenti il messaggio di catturare l'attenzione**, al primo posto si può collocare "Post-it", seguito da "Arcimboldo" e infine da "Linee guida".

6.5 Questionari self report brochure

Ai soggetti sono state mostrate, in ordine casuale, le tre brochure. Dopo ciascuna di essa è stato chiesto loro di indicare il **grado di comprensibilità** (da 1=molto difficile a 4=molto facile) e un giudizio relativo alla grafica (da 1=molto brutta a 4=molto bella).

La brochure che è stata giudicata mediamente più comprensibile è "Arcimboldo" (media=3.53/4), seguita immediatamente da quella dell'opuscolo "Post-it" (media=3.47/4) e infine da "Linee guida" che è risultata la meno chiara per il campione di riferimento, con una media di 3/4.

Oltre alla comprensibilità del messaggio è stato indagato anche l'**aspetto grafico**. In questo caso "Post-it" è stata la brochure più apprezzata dai soggetti (media=3.11/4), seguita dalle altre due a pari merito (media=2.88/4).

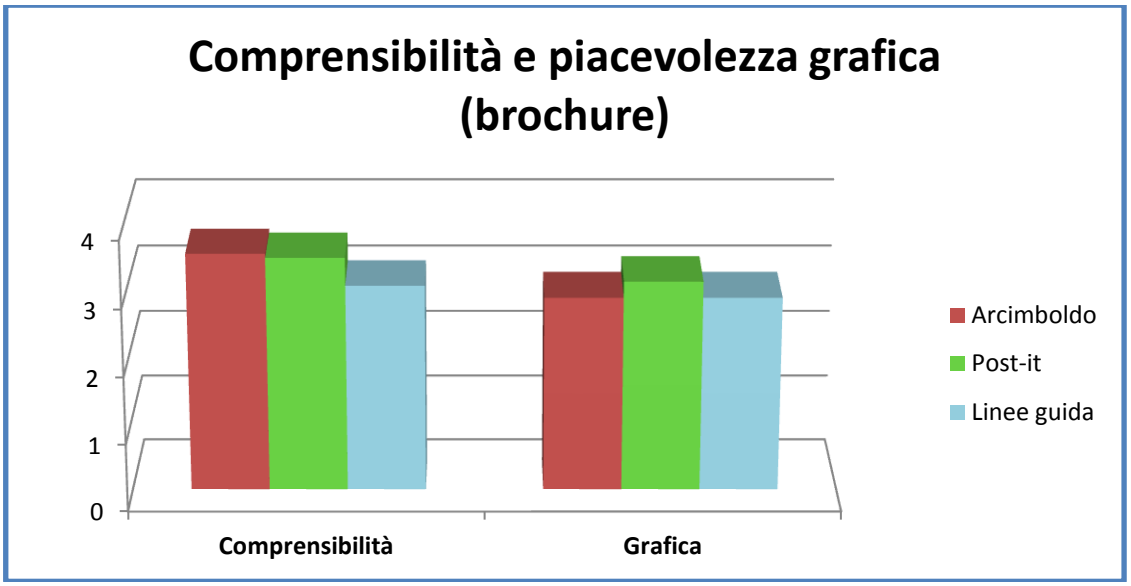


Figura 6.10 - Self report su comprensibilità e piacevolezza grafica brochure.

6.6 Questionari self report brochure

Tutti e tre i video testati mostrano gli elementi caratteristici degli appelli alla paura: vengono rese note allo spettatore le conseguenze negative di determinati comportamenti e si forniscono informazioni relative ai problemi presentati e istruzioni di coping, che spiegano come evitare la minaccia presentata. In questo caso le immagini sono molto leggere ed evocano solamente le malattie non trasmissibili che costituiscono il tema della comunicazione, senza mostrarle direttamente e senza indurre un eccessivo stato d'ansia. Anche la percezione dei soggetti è di una paura molto moderata (media=1,07/4). Questo consente di evitare di innescare meccanismi di difesa che porterebbero al rifiuto del messaggio.

La struttura, i codici narrativi, le immagini e i protagonisti scelti per gli spot sono tuttavia molto differenti e questo porta ad un'efficacia diversa dei tre video.

Il video "Arcimboldi" mostra delle immagini negative che fanno appello ad una paura molto moderata (coerentemente con le indicazioni di Mantovani, 2003 e di Rogers e Prectice-Dumm, 1997 che affermano come una sensazione moderata di timore porti ad un maggiore coinvolgimento del soggetto), seguite da informazioni sulle *Not Communicable Deseases* e da istruzioni di coping che suggeriscono le azioni da mettere in atto per prevenirle, accompagnate da immagini divertenti, che rafforzano la sensazione di sollievo provata dal fruitore dello spot. L'efficacia del tono comunicativo scelto e delle immagini presentate nell'indurre delle emozioni positive è confermata dalle dichiarazioni dei soggetti nei questionari self-report relativi alle emozioni che il video ha suscitato in loro. Infatti, "Arcimboldi" ha ricevuto la valutazione maggiore in termini di gioia suscitata e ha invece provocato una paura molto più moderata rispetto a "Magliette". Il risultato è coerente con i dati comportamentali, sia quello restituito dall'analisi delle espressioni facciali, sia quello dei self-report. I dati psicofisiologici supportano questa lettura, sia la sudorazione della pelle, sia quello relativo al periodo respiratorio combinato con quello cardiaco. La struttura dei fear arousal appeal indicata in letteratura come maggiormente efficace prevede un pattern ansia/paura-

sollievo, che sembra essere confermato dall'andamento dell'attività elettrica corticale. Infatti, confrontando la parte del video in cui viene presentata la minaccia con quella in cui si forniscono le risorse di coping e vengono presentate le immagini che dovrebbero suscitare una sensazione di sollievo, si nota come nella seconda parte aumenti l'engagement, indice di attenzione e coinvolgimento, e si assiste contemporaneamente ad una diminuzione della frustration, che indica emozioni negative legate all'incapacità di raggiungere un obiettivo.

Per quanto riguarda lo spot "Magliette", la struttura della narrazione è meno lineare. Vengono prima fornite delle informazioni, poi si presentano allo spettatore immagini e parole che dovrebbero indurre la percezione di una minaccia che può riguardarlo direttamente, successivamente vengono date delle istruzioni e infine si torna a rievocare la sensazione di paura con un ammonimento sulle *Not Communicable Deseases*. La maggior parte del video mostra immagini negative, con una musica triste e anche l'ultima scena richiama il problema piuttosto che la soluzione. Tutto questo si riflette in una valutazione differente rispetto agli altri due spot. Infatti, i soggetti indicano il video "Magliette" come quello che è stato maggiormente capace di generare un generico stato di emozione. Questa si declina soprattutto nelle sue dimensioni negative, i particolare la tristezza.

Le auto-dichiarazioni dei soggetti sul proprio stato emotivo seguente alla visione dello spot, sono coerenti con gli indici comportamentali considerati, e con gli indici neuro e psicofisiologici, che mostrano come l'ansia riflessa dalla skin conductance sia stata la più elevata nel caso di "Magliette", assieme ad una attività cardiaca improntata dalla maggiore attivazione assoluta, ma non da un ritmo respiratorio di pari livello. Infatti, la tristezza è connessa ad un abbassamento del periodo respiratorio, riscontrata durante la fruizione del video "Magliette", mentre per "Arcimboldo" risulta maggiore il periodo respiratorio perché connesso alla emozione di gioia. Inoltre, dall'analisi delle espressioni facciali si evince un comportamento di deglutizione forzata, indice di ansia, sempre per lo spot "Magliette", mentre nel caso di "Arcimboldo" emerge, all'opposto, una significativa prevalenza di espressioni del volto positive correlate appunto alla felicità suscitata dal binomio "ansia/problema" + "soluzione del problema" (se si seguono i suggerimenti dati nel cambiare stile di vita) che fornisce la "soluzione" e una via di uscita che provoca, appunto, sollievo. Questa attivazione dei soggetti nel caso di "Magliette", con una connotazione prettamente negativa, è confermata anche dal pattern dell'attività corticale emersa dalla analisi dei dati EEG, che mostra appunto una maggior "frustration" mediamente più alta rispetto agli altri due spot. Per quanto riguarda la parte del video "Magliette" con le istruzioni di coping, si nota un innalzamento dell'engagement nei soggetti, ma la frustration, che indica un'emozione negativa connessa all'incapacità di raggiungere un obiettivo, rimane elevata. Il video non induce quindi il pattern di angoscia-sollievo citato, probabilmente a causa del fatto che le istruzioni fornite riguardo a come evitare il problema non sono sufficientemente chiare. Vengono dedicati pochi secondi a spiegare ai soggetti i comportamenti da mettere in atto, per poi tornare al tono negativo di ammonimento. Sarebbe invece importante fornire delle indicazioni specifiche riguardo alle modalità e competenze necessarie per risolvere o prevenire il problema (Parrot et al., 2008). I soggetti, quindi, non esperiscono il sollievo connesso alla consapevolezza di avere le risorse necessarie per affrontare la minaccia e scongiurarla, come invece avviene nel caso di "Arcimboldo". Tuttavia lo spot "Magliette" presenta un aspetto assolutamente positivo che non si riscontra negli altri: i protagonisti, molto vicini al target di riferimento, consentono un'identificazione degli spettatori. Questo è confermato dal maggior engagement medio, indice di coinvolgimento durante la visione dello spot.

L'ultimo video, "Post-it", presenta analogamente a "Magliette" una struttura non lineare, che non induce nei soggetti il pattern di paura-sollievo, come confermato dagli indici biologici, neurologici e comportamentali. Tuttavia, pone l'enfasi sugli effetti positivi dei comportamenti suggeriti, sull'efficacia della soluzione (Stroebe e Stroebe, 1995). Integrando i dati provenienti da tutte le fonti: dati neuro (EEG) e psicofisiologici (Skin Conductance e ritmo cardiorespiratorio), espressioni del volto e self-report, il filmato "Arcimboldo", in virtù di una struttura narrativa improntata da "ansia" + "soluzione" elicita nel complesso le risposte emotive ottimali rispetto agli altri due spot pubblicitari considerati.
In conclusione gli aspetti da tenere in considerazione per la costruzione di una comunicazione efficace sul tema delle *Non Communicable Deseases* che possono essere estrapolati dai tre video proposti sono:

- L'utilizzo di personaggi con i quali il target di riferimento possa identificarsi
- L'appello ad una paura moderata
- Un tono ironico
- Una struttura che mostri conseguenze negative di un comportamento e poi informazioni e istruzioni di coping
- Una colonna sonora che segua l'andamento della narrazione
- Scene finali capaci di indurre una sensazione positiva di sollievo nello spettatore.

Lo sviluppo di strumenti di comunicazione e di sensibilizzazione per la prevenzione delle Malattie Non Trasmissibili prevede un complesso lavoro al fine di potere sviluppare strategie di intervento in grado di rispettare culture, valori, principi assai differenziati. Il tema, infatti, si presenta molto articolato e complesso non solo per la varietà delle possibili malattie non trasmissibili o per l'eterogeneità delle cause ma soprattutto per la difficoltà insita nelle profonde differenziazioni culturali, valoriali e sociali che possono essere alla base dei comportamenti dei soggetti a rischio. Nella realizzazione delle attività del progetto si è cercato di analizzare lo stato dell'arte delle ricerche e degli studi sviluppati in tale ambito, provando anche a individuare quanto già esistente in termini di comunicazione e di strumenti di sensibilizzazione già usati e con un buon grado di efficacia.

Il progetto si è pertanto sviluppato prevedendo diversi ambiti di analisi, dalla valutazione della comunicazione secondo quanto previsto dalla letteratura alla rappresentazione critica dei principali aspetti legati alle NCD, dalla valutazione degli aspetti epidemiologici alle differenziazioni culturali ed etniche che contribuiscono a speigarne le cause. Prendendo spunto dalla raccolta dei materiali di letteratura, dagli aspetti critici rilevati sul campo e dagli esempi di comunicazione rilevati in Italia e in Europa si è proceduto allo sviluppo di strumenti di comunicazione per la sensibilizzazione del target di riferimento sulla malattie non trasmissibili. Tali strumenti sono stati realizzati attraverso il coinvolgimento della creatività di un gruppo di studenti dell'Università IULM, esperti in processi di comunicazione e di consumo, cercando di rispettare quanto rilavato nelle fasi precedenti della ricerca, in letteratura, dalle interviste ad opinion leader e ai soggetti target della comunicazione e quanto riportato dagli esempi di "buona comunicazione" sul medesimo tema nelle diverse culture. Il processo di sviluppo di un KIT di comunicazione ha permesso al gruppo di ricerca di raccogliere utili indicazioni creative per lo sviluppo di strumenti di comunicazione e di testarne l'efficacia traverso tecniche tradizionali di indagine, come le interviste ai soggetti target, ma soprattutto di testare l'efficacia comunicativa dei prodotti attraverso anche le tecniche di neuromarketing. Questa ultima parte è risultata particolarmente interessante sia per la sua funzione analitica e per gli output che ha proposto ma soprattutto perché ha contribuito a consolidare un modello di analisi della comunicazione innovativo. L'uso delle tecniche di neuromarketing infatti ha animato in questi ultimi anni un grosso dibattito, spesso perché eccessivamente semplificate e banalizzate. Con il coinvolgimento del laboratorio di neuromarketing Behavior and Brain Lab IULM si è potuto mettere in pratica ancora una volta un modello di indagine neuroscientifica ad integrazione delle tecniche classiche che diventa per il contesto italiano un punto di riferimento e un ulteriore contributo al complesso dibattito scientifico e professionale che lo caratterizza, mostrandone il valore e la sua applicabilità professionale e consulenziale. Questo lavoro ha, inoltre, permesso di individuare i temi e le soluzioni comunicative più efficaci e di sviluppare, conseguentemente, un'animazione in grado di trattare il tema delle Malattie Non Trasmissibili, valorizzando le soluzioni comunicative rilevate come più efficaci. Il progetto si è concluso con lo sviluppo di uno schema di lavoro per la formazione degli operatori dei servizi sociali e sanitari, realizzato attraverso un'indagine sul campo sia qualitativa che quantitativa, sui principi per una corretta comunicazione e per una più efficace modalità di relazione con soggetti appartenenti a differenti culture.

Il progetto è certamente da considerarsi come un punto di partenza per ulteriori approfondimenti e indagini in considerazione della complessità del tema e delle forti differenziazioni culturali che sottostanno alle cause di tali patologie croniche.

ANALISI DEL MATERIALE VIDEO: SECONDA FASE

CAPITOLO 7
ANALISI NEURO SCIENTIFICA DEI FILMATI E INDICAZIONI PER LO SVILUPPO DI UN PIÙ EFFICACE KIT COMUNICATIVO

Nell'ottica di migliorare l'efficacia del materiale pubblicitario con cui sensibilizzare il pubblico verso la problematica delle malattie non trasmissibili, è stata commissionata la realizzazione di un nuovo stimolo pubblicitario che utilizzasse l'animazione, e contenesse gli elementi risultati di maggior successo nelle campagne precedenti, sulla base di quanto emerso dall'analisi dei tre video testati durante la prima fase dello studio sperimentale nonché sulla base delle indicazioni fornite dai soggetti sperimentali, (i cui risultati sono riportati nella sezione precedente), che vengono di seguito riportate facendo anche uso di alcune semplificazioni.

- Una prima indicazione utile per perseguire maggiore efficacia comunicativa è l'utilizzo di un registro comunicativo ironico. Come si può ben vedere dalla figura sotto riportata, il video Arcimboldo, facendo ricorso a due immagini quali ad esempio quella di alcuni acini di uva "sorridenti" o ancora una noce quale mezzo di evocazione all'utilizzo del cervello nelle scelte di vita, sia stato in grado di evocare elevato engagement.

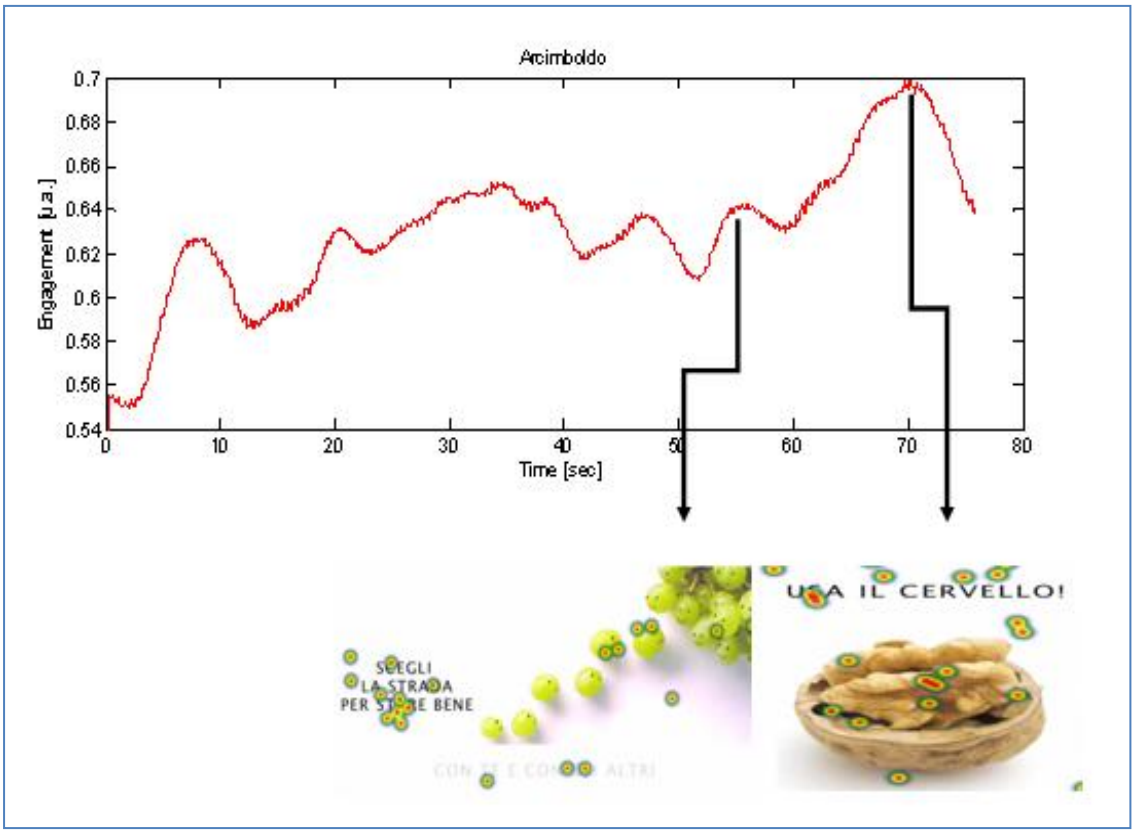


Figura 7.1 - Uso del registro ironico

Come possiamo notare dai grafici riportati di seguito, in corrispondenza degli stessi frame si registra un livello di Excitement in aumento.

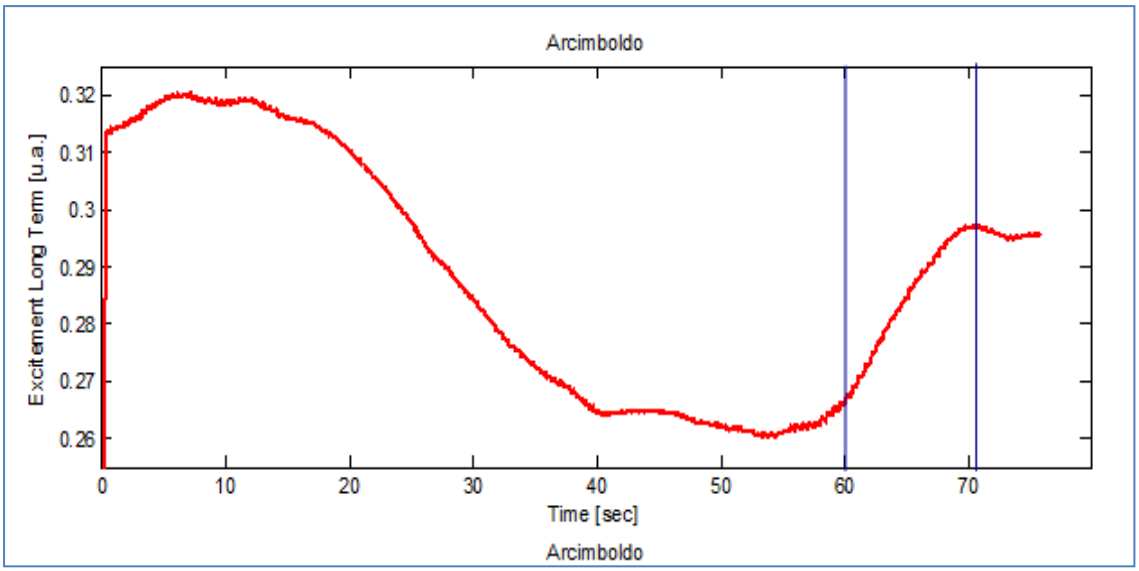


Figura 7.2 – Excitement in aumento durante le scene ironiche

Il registro comunicativo ironico determina quindi un'attivazione fisiologica maggiore alla quale si affianca una capacità di "concentrazione rilassata", fattori questi che hanno orientato la creazione del cartone verso uno stile comunicativo ironico e leggero.

- Un'indicazione che ci viene suggerita dal video denominato Magliette è il ricorso a personaggi/testimonial in cui il pubblico di riferimento possa facilmente e spontaneamente identificarsi. Questa indicazione è stata suggerita da diversi partecipanti al test, e la si può anche individuare nel pattern di esplorazione tipico che ha caratterizzato il frame sotto riportato. Infatti, l'analisi del tracciato EEG legato all'engagement mostra un picco in corrispondenza del secondo 0.47, che coincide con l'immagine (frame) sotto riportata. Utilizzando la tecnologia Eye-Tracker è stato possibile connotare qualitativamente il pattern visivo di questo frame. Osservando la heat map sotto apposta, si nota come i personaggi maggiormente osservati siano quelli di colore, ovvero quello in posizione centrale seguito (per tempo di fissazione) dalla ragazza posta alla sua destra. La ragazza caucasica riceve invece meno attenzione.

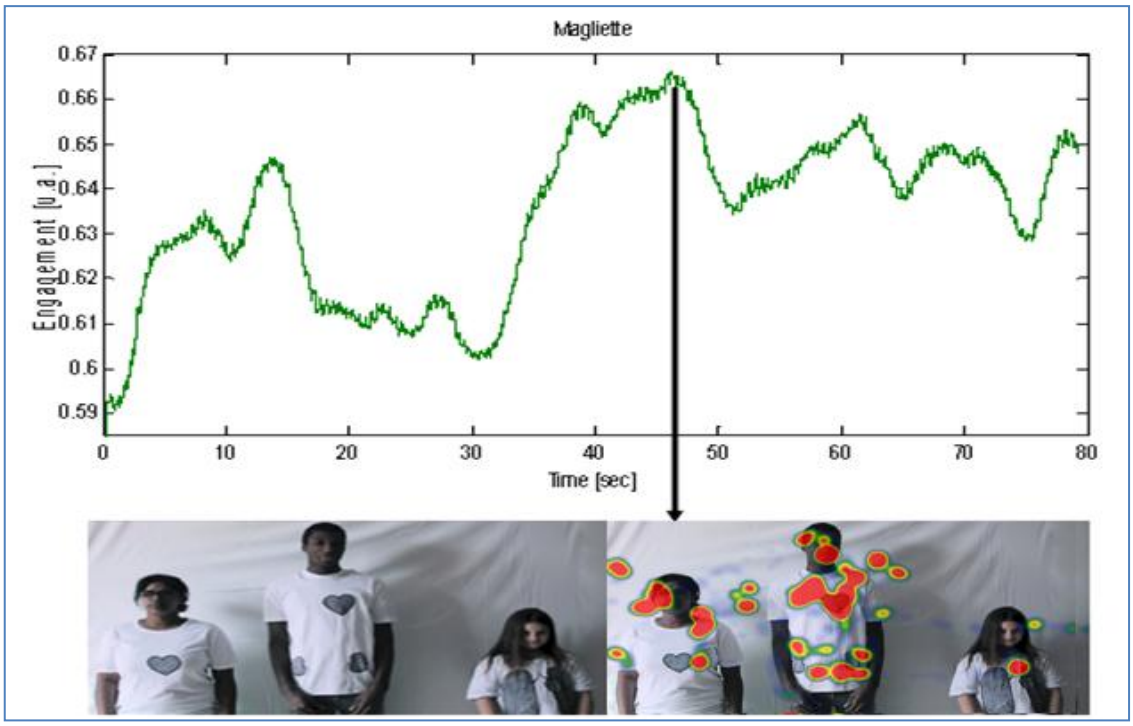


Figura 7.3 – Engagement elevato in corrispondenza della visione di soggetti di colore.

- Un altro dato interessante è quello relativo all'indicatore Meditation. Come possiamo notare nel grafico sotto riportato, in corrispondenza dei frames sopra citati, si registra un aumento di tale indice. Ciò potrebbe essere spiegato da un senso di familiarità con le immagini viste: i soggetti stranieri riescono ad identificarsi con i protagonisti dello spot.

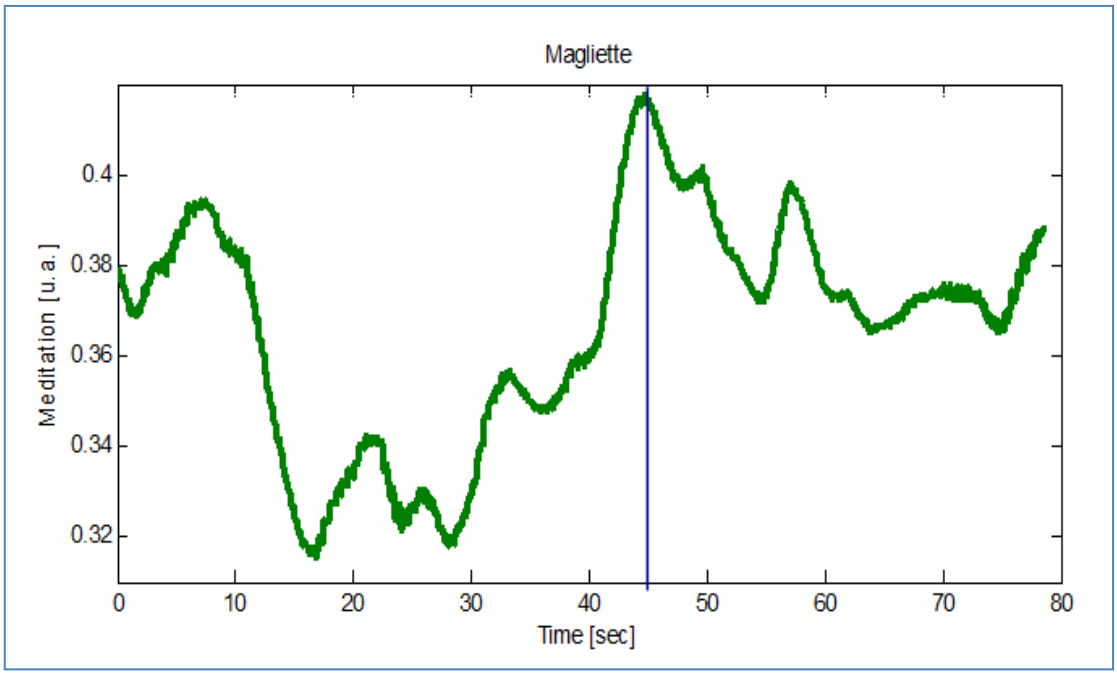


Figura 7.4 – Meditation elevato in corrispondenza della visione di soggetti di colore.

- Ulteriore modalità comunicativa risultata efficace è quella che prevede un appello alla paura molto moderato, con le malattie evocate, ma non mostrate direttamente con scene particolarmente esplicite e crude. Tale indicazione (e la relativa sua efficacia) la si può osservare nell'andamento elettroencefalografico tipico dei due filmati sotto riportati. Ad esempio nel filmato Arcimboldo (il primo sotto riportato), nessun richiamo legato al fear arousing è attuato mediante immagini forti o richiami diretti al problema, quanto piuttosto mediante il semplice uso di parole quali sedentarietà, fumo, droghe, alcool. Anche nel filmato "magliette" (il secondo filmato sotto riportato), tutte le conseguenze di uno stile di vita poco sano, come il diabete o le malattie cardiovascolari, sono comunicate attraverso una semplice scritta apposta sopra le magliette dei tre protagonisti. Tuttavia questa modalità comunicativa, pur non essendo eccessivamente esplicita (anzi tutt'altro) è stata in grado di elicitare un immediato aumento nel livello di engagement tra i fruitori dei filmati (segnale EEG).

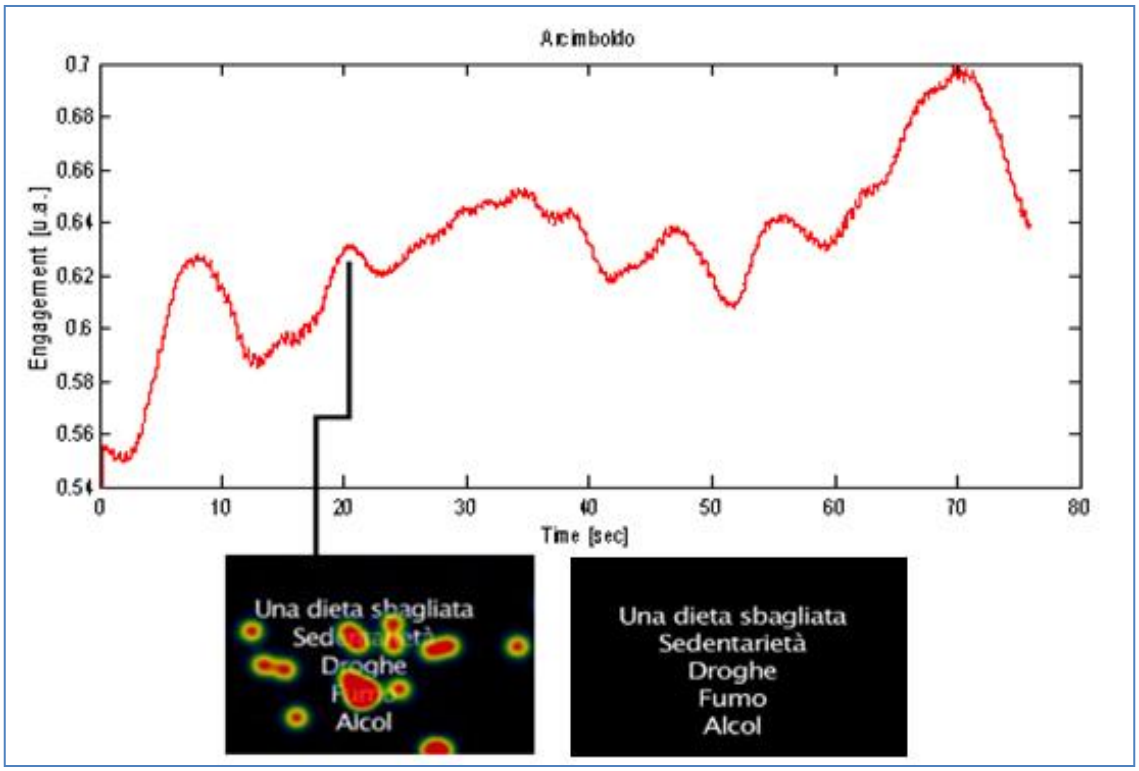


Figura 7.5 – Engagement elevato in corrispondenza della visione di questo frame.

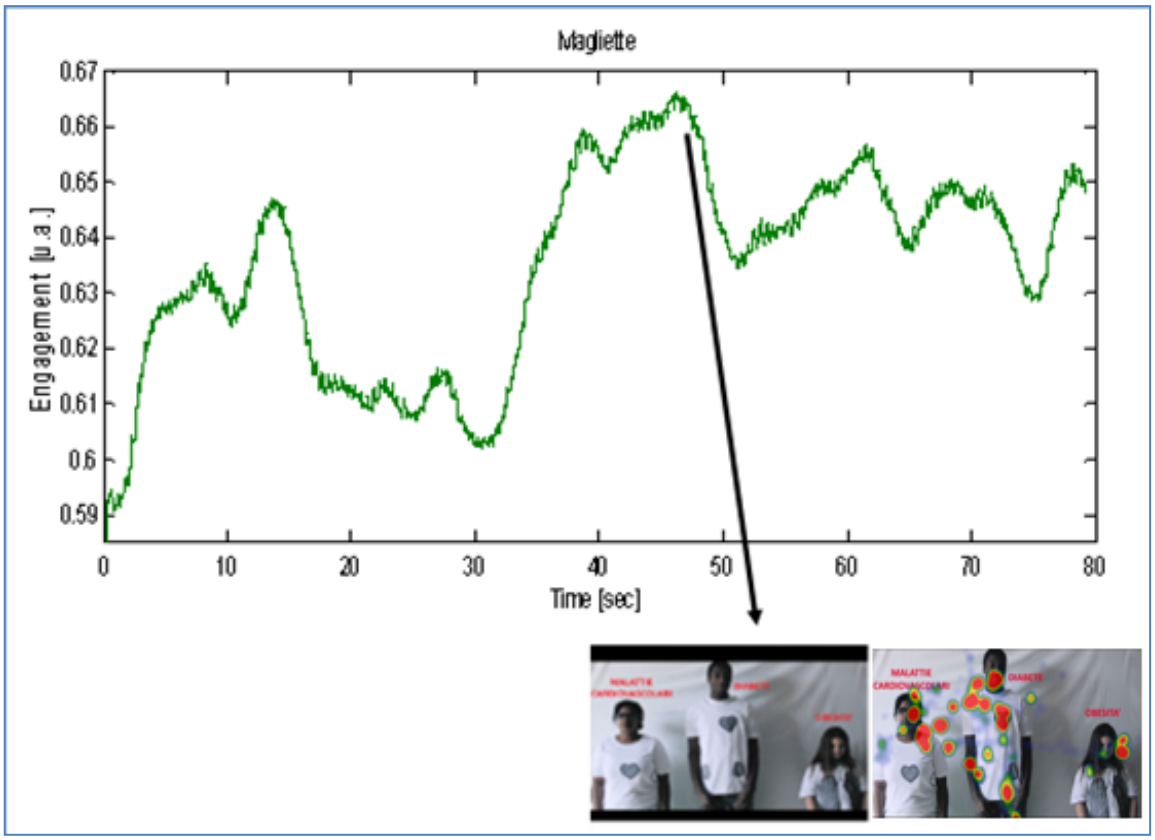


Figura 7.6 – Engagement elevato in corrispondenza della visione di soggetti di colore e delle scritte con le malattie legate alle NCD.

Le altre indicazioni emerse inerenti l'efficacia del materiale pubblicitario sono le seguenti:

- chiarezza nella presentazione delle informazioni;
- utilizzo di musica coinvolgente e caratterizzata da un ritmo in grado di attirare l'attenzione degli spettatori;
- impiego di immagini chiare, in grado di superare la barriera linguistica rendendo comprensibile il messaggio anche ad un pubblico che non parla l'italiano;
- presentazione di istruzioni di coping chiare e di facile comprensione per la prevenzione delle malattie non trasmissibili.

In particolare, si è scelto di escludere dalla successiva analisi lo spot denominato "Post It", che si è rivelato il meno performante in termini di efficacia della comunicazione sociale, come confermato dagli indici biologici, neurologici e comportamentali. In aggiunta, questo filmato è stato escluso anche perché essendo l'unico ad aver impiegato dei protagonisti dai tratti caucasici, non ha permesso al pubblico target di identificarsi facilmente con essi.

7.1 Protocollo di acquisizione

Durante la seconda fase i soggetti sono stati accolti all'interno del laboratorio ed è stata effettuata una spiegazione dei fini della ricerca, sono stati posizionati i sensori e calibrati gli strumenti. Sono quindi stati mostrati ai partecipanti i tre stimoli selezionati, ciascuno seguito da un questionario self report sulle emozioni provate.

Il materiale pubblicitario testato è il seguente:

a) spot "magliette" (già precedentemente testato)
b) spot "arcimboldo" (già precedentemente testato)
c) spot "cartone" (nuovo spot prodotto)

Il protocollo di acquisizione di questa seconda fase non differisce da quanto già riportato nella fase precedente.

7.2 Campione

Per la seconda fase di sperimentazione del materiale video è stato utilizzato un campione di 24 soggetti, composto da stranieri immigrati, in Italia da un periodo limitato di tempo e provenienti da famiglie tradizionali. L'età media dei soggetti è 36 anni (min=21, max=54). Per quanto concerne la provenienza geografica, 4 partecipanti sono di origine sudamericana, 8 asiatici e 12 africani.

7.3 Descrizione del nuovo stimolo pubblicitario sottoposto a test: "cartone animato"

Il video si apre con il titolo "Le malattie non trasmissibili" e continua poi inquadrando un ragazzo che mangia patatine fritte al quale viene chiesto "*a quando risale il tuo ultimo controllo medico?*".

Figura 7.7 – Invito a un controllo medico periodico.

Seguono quindi diverse scritte e immagini in cui si invita ad attuare prevenzione facendo controlli sulla pressione, esami del sangue e sullo stato di salute di cuore e polmoni, spiegando che in questo modo si possono prevenire ipertensione arteriosa, diabete, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie.

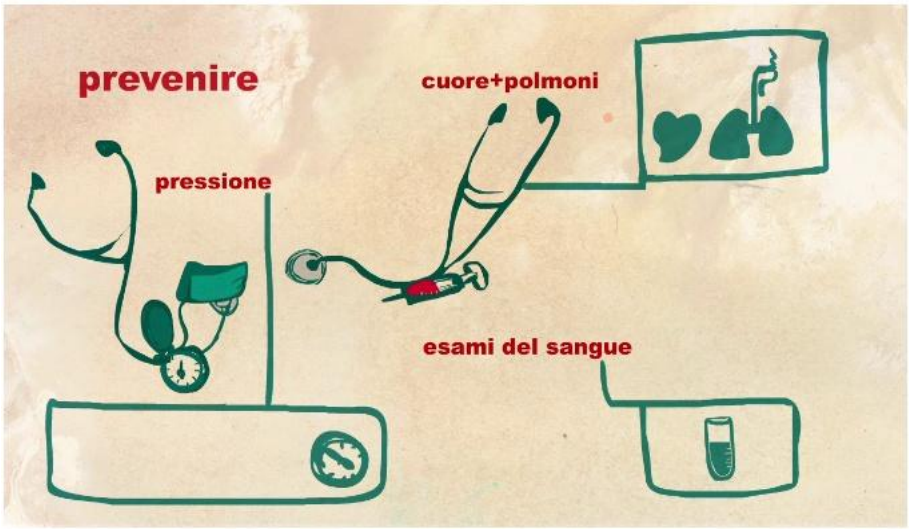


Figura 7.8 – Invito alla prevenzione.

Il filmato continua con il suono di una sirena e l'ingresso in scena di due ambulanze che soccorrono molte persone colpite da patologie non trasmissibili come malattie cardiache o respiratorie.

Figura 7.9 – Ingresso di due ambulanze che portano via tutte le persone intorno al protagonista.

Appare quindi una scritta accompagnata da un mappamondo in cui si afferma che "*in un anno, dei 57 milioni di decessi registrati nel mondo, il 63% è causato da malattie non trasmissibili*".

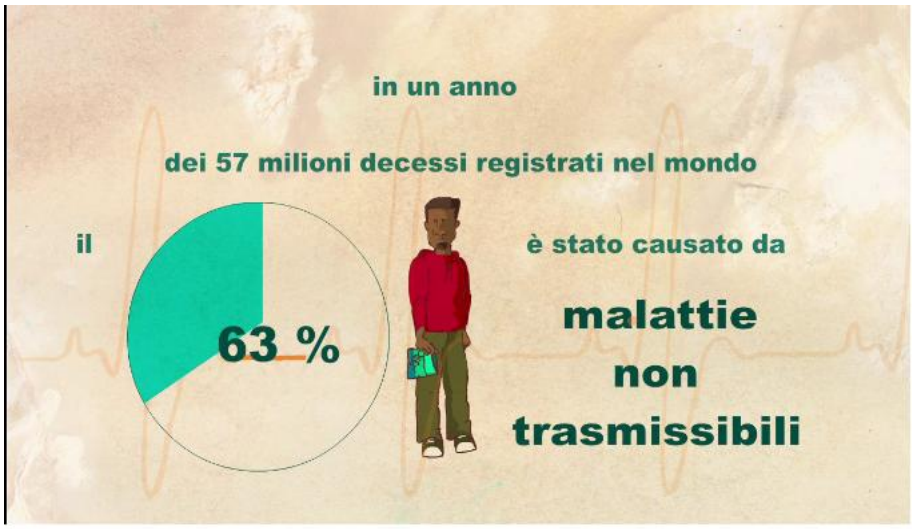


Figura 7.10 – Le NCD causano il 63% delle morti mondiali

Seguono diverse scene in cui si consigliano attività fisica giornaliera, una corretta idratazione e un controllo del proprio peso corporeo.

Figura 7.11 – Piramide alimentare e consigli stili di vita sani

Viene poi mostrato come il vizio del fumo e l'abuso di alcool siano cause di malattie non trasmissibili, evidenziando come queste cattive abitudini siano molto pericolose e dannose per la salute.

Figura 7.12 – Il fumo uccide.

Lo stile utilizzato è quello del fumetto, con immagini molto semplici e stilizzate. La struttura del filmato alterna scene che fanno ricorso al *fear arousing appeal* a scene informative e di coping in cui si indicano cioè i comportamenti da evitare e quelli invece da seguire per evitare di incorrere in malattie.

CAPITOLO 8
RISULTATI SEGNALI EEG ED EYE-TRACKER

Sono stati registrati i segnali EEG di 24 soggetti durante la visione dei tre video "Arcimboldo", "Cartone" e "Magliette" e durante una condizione di "*Baseline*", di rilassamento da condizioni emotive. I dati pre-elaborati mediante il software "*Affective suite*" della Emotiv, sono stati accuratamente ispezionati dal team di ricerca al fine di rimuovere eventuali outliers che avrebbero influenzato i risultati finali. Dato uno stimolo, per ogni soggetto partecipante allo studio, è stato calcolato il valore medio di ogni indicatore emotivo. Si è quindi correlato il segnale EEG con i frame del filmato, in particolare prestando attenzione a quei frame che hanno suscitato maggiore attivazione cognitiva.

L'obiettivo finale di questa fase di ricerca è la valutazione dell'efficacia comunicativa dei video prodotti, ed è pertanto necessario definire un indicatore medio per ognuna delle emozioni.

8.1 L'indicatore EEG dell' "Engagement"

L'indicatore "Engagement" è definito come l'attenzione verso uno stimolo o un compito. E' caratterizzato dall'aumento dell'attivazione fisiologica e, a livello corticale, dalla presenza delle onde Beta nel tracciato EEG (associate a condizioni di attenzione e memorizzazione) e ad un'attenuazione delle onde Alpha (viceversa associate a condizioni di rilassamento).

Come è possibile evincere osservando il grafico, lo spot "Arcimboldo" suscita il valore medio più elevato, di 0,64 rispetto al massimo valore possibile (1,00). Il valore più basso, all'opposto, è relativo alla condizione di baseline, 0,44, distante ben 20 punti rispetto al valore generato da "Arcimboldo".

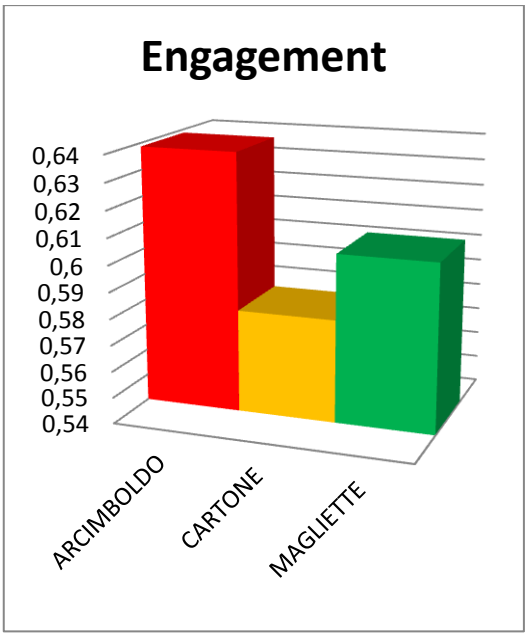


Figura 8.1 – Engagment medio per ciascun filmato

Gli spot denominati "Cartone" e "Magliette" presentano valori più bassi di engagement e tra loro equiparabili. Questo dato può essere spiegato dalla maggior lunghezza del cartone animato rispetto agli altri video e alla sua natura più "didascalica" ed educativa rispetto al video Arcimboldo. Il cartone animato fornisce ai soggetti le informazioni necessarie alla prevenzione delle NCD in forma semplice e seguendo una narrazione lineare, ciò potrebbe indurre un'attenzione non costante per tutta la durata del filmato. Infatti, suddividendo il video in due parti sulla base dello stile comunicativo adottato, possiamo notare nella figura seguente come l'Engagement risulti molto più alto nella fase iniziale (da 10'' a 33'') e decresca notevolmente nella fase successiva (da 49'' a 1'40''). Il video inizia infatti coinvolgendo direttamente lo spettatore e rivolgendosi a lui in prima persona (fase 1) e prosegue fornendo delle istruzioni di coping (fase 2).

Lo stesso trend si delinea anche negli altri stimoli presentati ma la differenza è inferiore.

La tabella seguente riporta i riferimenti temporali della fase 2 di ciascun video selezionati a tale scopo.

	Inizio Fase 1	**Fine Fase 1**	**Inizio Fase 2**	**Fine Fase 2**
ARCIMBOLDO	Start	38''	39''	End
CARTONE	10''	33''	49''	1' 40''
MAGLIETTE	Start	59''	1' 00''	1' 12''

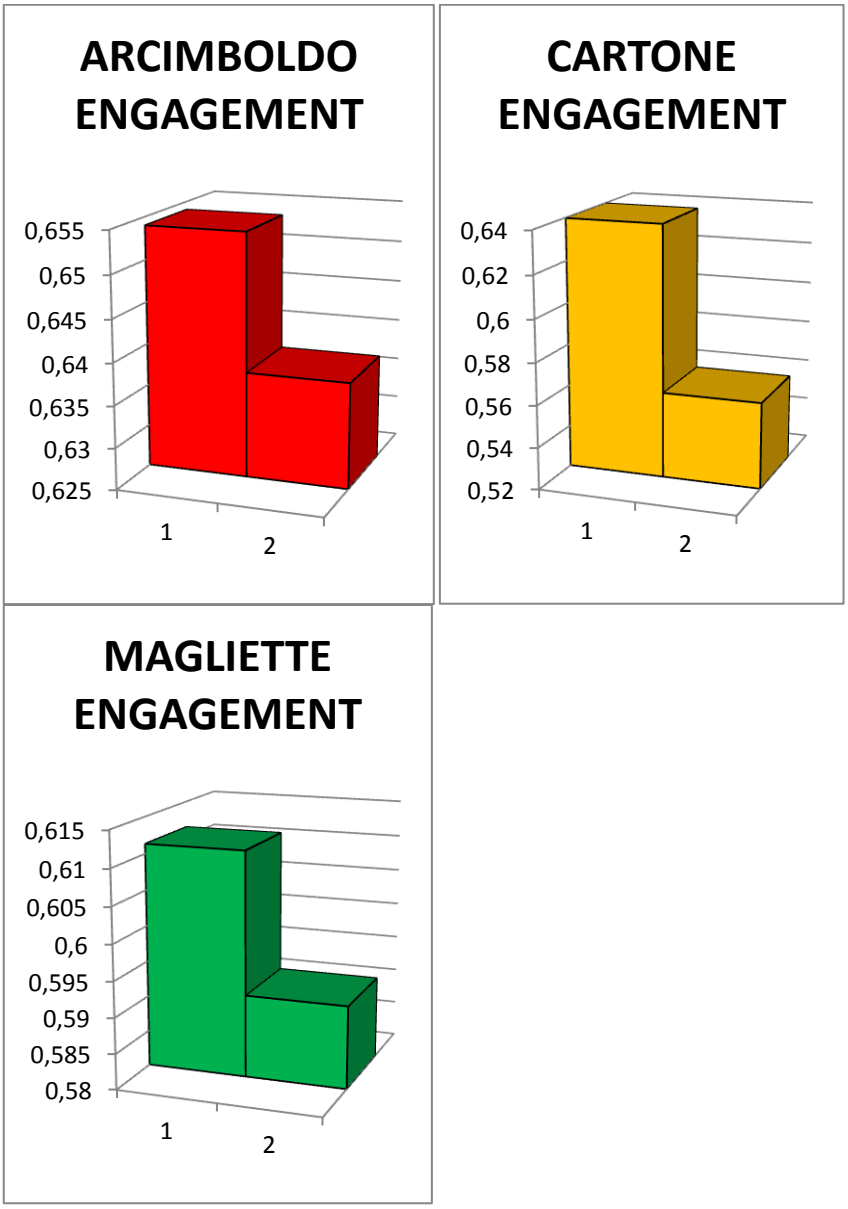


Figura 8.2 – Engagment medio per ciascun filmato (fase 1 e fase 2)

A seguito dell'analisi per parti, sono stati individuati i frames dei video che hanno suscitato un maggiore livello di Engagement. E' stato calcolato un andamento temporale medio derivante dalla media tutti i soggetti partecipanti allo studio. Procediamo ora all'analisi del primo video: Arcimboldo.

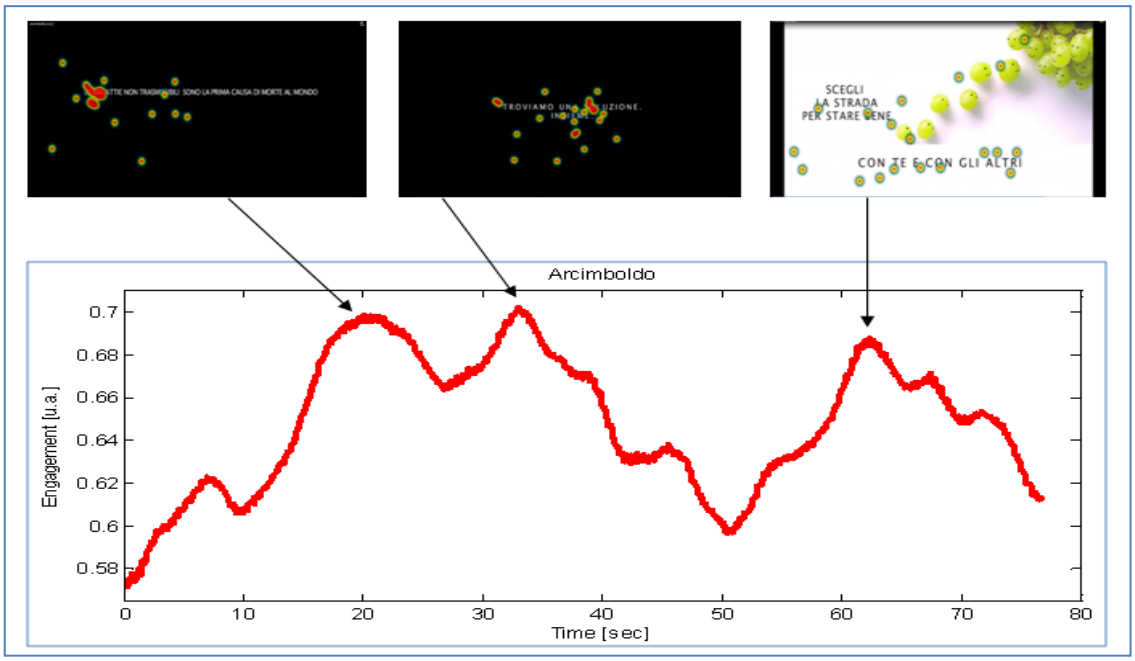


Figura 8.3 – Corrispondenza Engagement con relativi frame

I picchi più elevati si possono osservare in corrispondenza della fase 1 del video, quella di coinvolgimento diretto dello spettatore. In particolare, il primo picco corrisponde alla frase "Le malattie non trasmissibili sono la prima causa di morte al mondo", l'informazione presumibilmente nuova per lo spettatore attiva in lui interesse e un alto grado di attenzione al messaggio. Il secondo picco corrispondente alla frase "Troviamo una soluzione insieme", può essere legato alle attese rispetto al prosieguo del video che il messaggio genera. Il terzo picco, di valore leggermente più basso rispetto ai due precedenti, sul finale del video, corrisponde all'invito a "scegliere la strada per stare bene", ovvero si invita ad adottare uno stile di vita sano che permetta di stare bene con se stessi e con gli altri. Il frame corrispondente al terzo picco, corrispondente ad un aumento dell'Engagement anche nella prima parte di questa ricerca, è servito da spunto per l'adozione di uno stile leggero caratterizzante il Cartone.

Il grafico seguente si riferisce al video "Cartone".

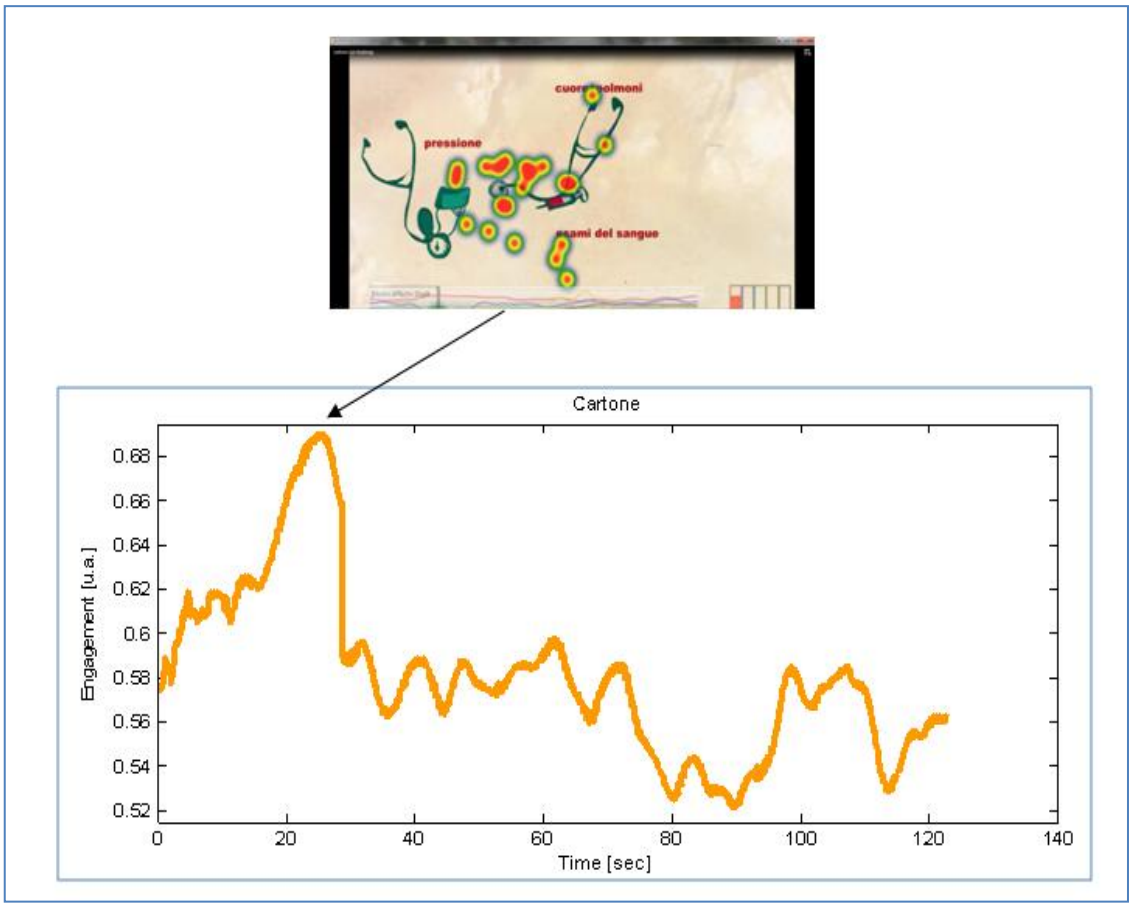


Figura 8.4 – Corrispondenza Engagement con il frame in cui si invita ad effettuare controlli medici

In questo caso, il picco dell'Engagement si registra in corrispondenza del frame rappresentante la strumentazione medica per il controllo di pressione sanguigna, cuore e polmoni e per gli esami del sangue. Come ci aspettavamo, il picco massimo dell'engagement si presenta durante la fase 1 dello spot. In questo frame diviene più esplicito il riferimento a ciò che il soggetto dovrebbe fare per la diagnosi delle malattie non trasmissibili.

Presentiamo infine, l'andamento medio dell'Engagement per il video "Magliette".

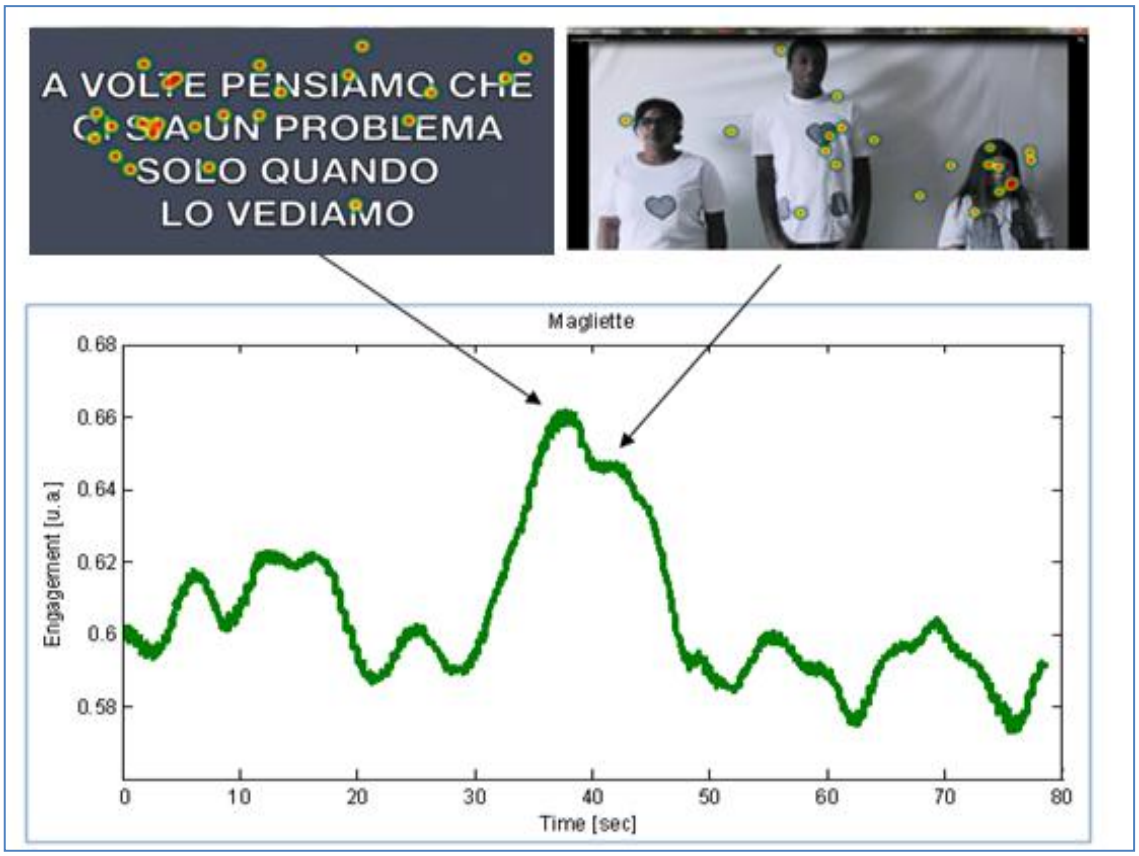


Figura 8.5 – Corrispondenza Engagement con relativi frame

8.2 L'indicatore EEG della "Frustration"

L'indicatore "Frustration" può essere definito come un indice rappresentativo di uno stato psicologico in cui ci si viene a trovare se impediti nel soddisfacimento di un proprio bisogno o desiderio. Può quindi essere correlato ad emozioni negative.

Come è possibile evincere dal diagramma a barre riportato di seguito, lo spot "Arcimboldo" presenta un livello di Frustration più alto rispetto agli altri due video.

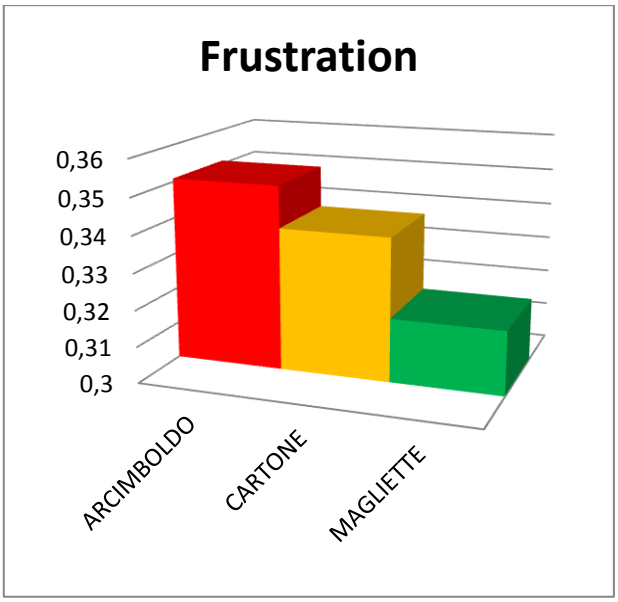


Figura 8.6 – Livelli di frustration medi per ciascun filmato

Anche per questo indicatore, si è deciso di calcolare la media nelle due parti di ciascun video: la prima focalizzata sul coinvolgimento dello spettatore nella tematica delle NCD, la seconda contenente i suggerimenti per una corretta alimentazione e stile di vita.

Dai grafici seguenti, si può notare come la Frustration risulti molto più alta nella fase 2 di ciascun video. La frustrazione potrebbe essere dettata dalla sensazione provata dai soggetti di non essere in grado di mettere in atto le condotte suggerite o dalla consapevolezza di quanto risulterebbe impegnativo farlo.

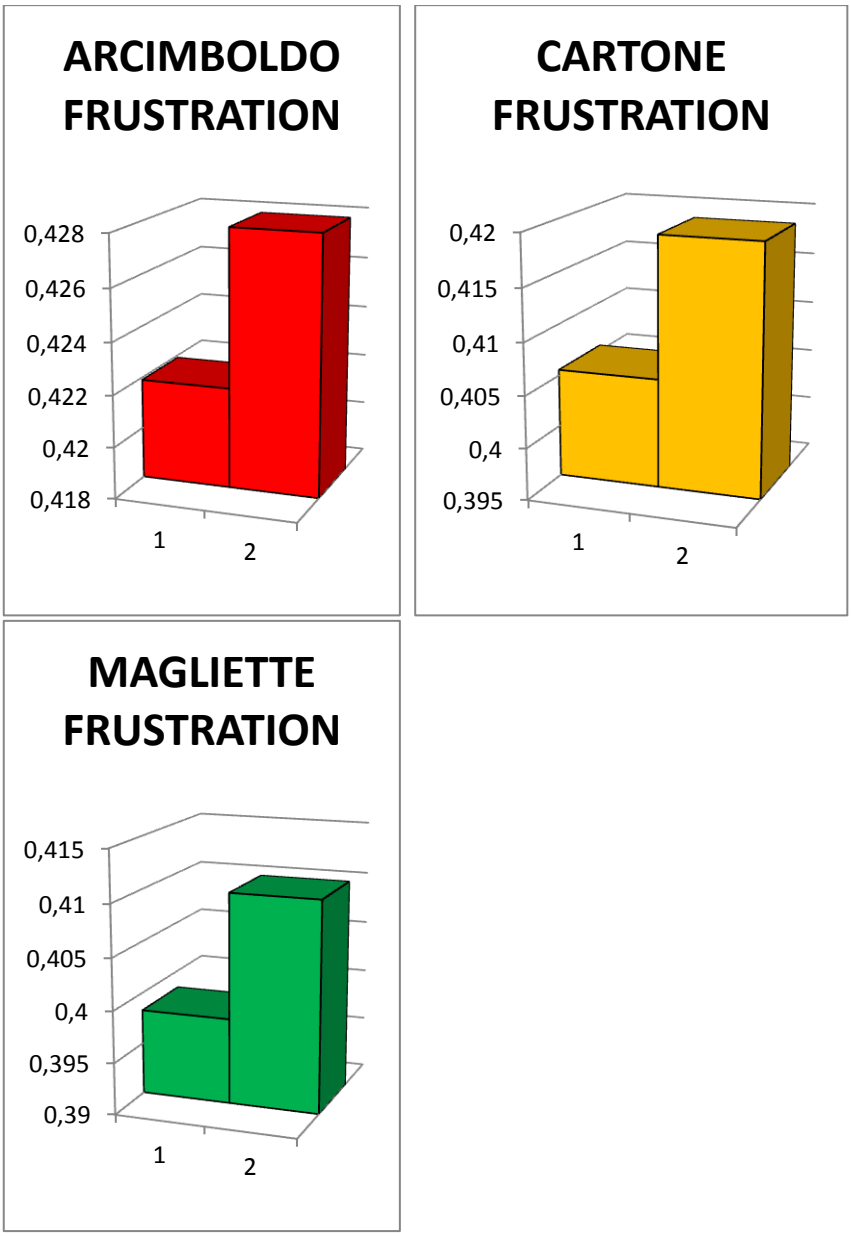


Figura 8.7 – Livelli di frustration medi per le due fasi del filmato

Anche per questo indicatore è stato definito un andamento temporale medio che verrà presentato nei grafici seguenti.

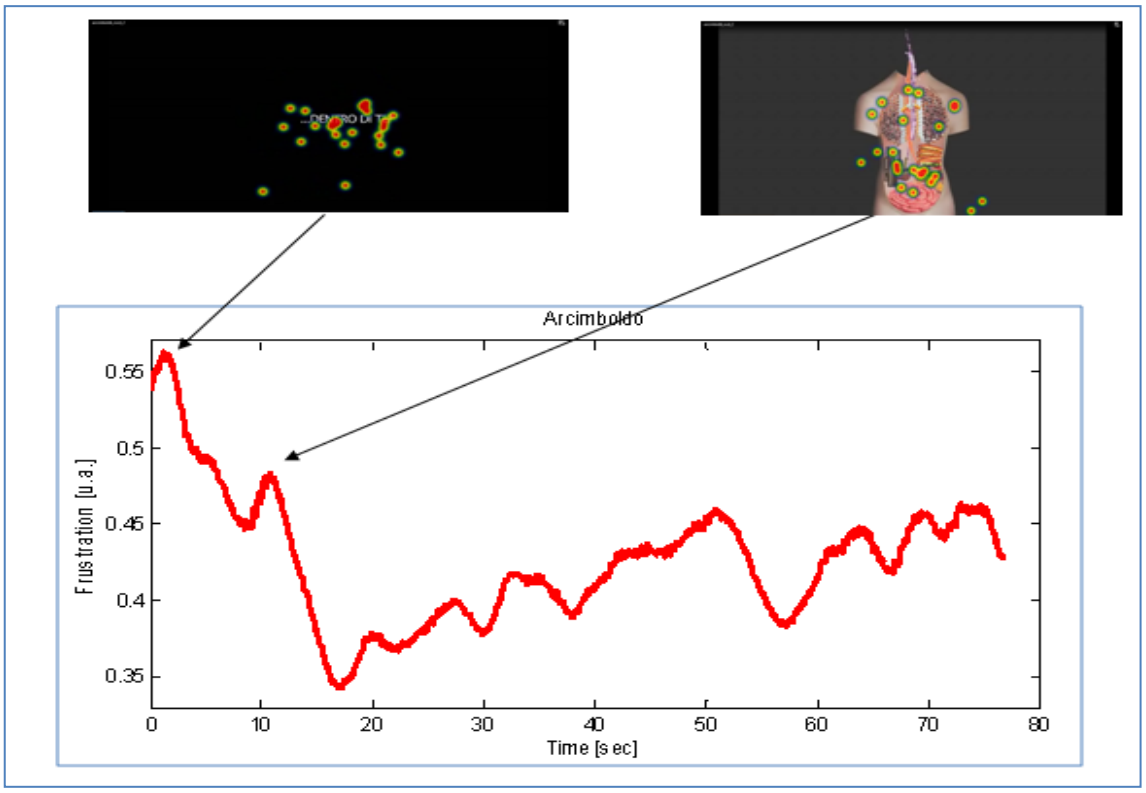


Figura 8.8 – Corrispondenza Frustration con relativi frame

Il primo picco dell'andamento della Frustration relativo al video Arcimboldo, corrisponde ai primi secondi dello spot. Il video inizia con delle schermate sulle quali compare la scritta: "Hai mai pensato di dare un'occhiata dentro di te?", messaggio accompagnato da una musica incalzante che non induce una condizione di rilassamento bensì una sensazione sgradevole. Il messaggio può essere percepito come minaccioso e quindi frustrante. Il secondo picco si evidenzia in corrispondenza dell'immagine del corpo umano al cui interno sono contenuti cibi, bevande non salutari a livello dello stomaco e del fegato quasi a simboleggiare uno stile di alimentazione scorretto e delle sigarette a livello dei polmoni. I soggetti posti di fronte a quest'immagine probabilmente si riconoscono in alcuni stili di vita o di alimentazione scorretti.

Di seguito l'analisi dell'andamento medio per il video "Cartone".

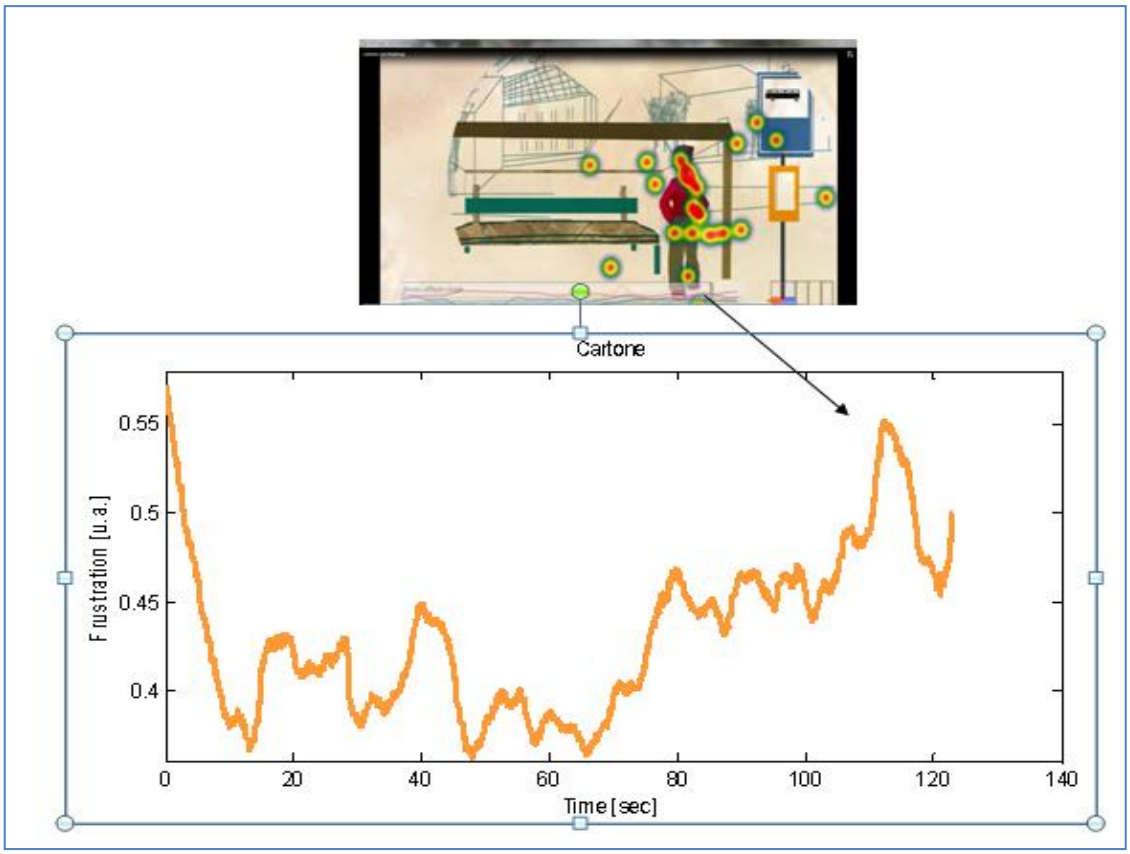


Figura 8.9 – Corrispondenza frustration con il frame in cui il protagonista mette in atto uno dei comportamenti suggeriti per la prevenzione delle NCD, ovvero camminare.

In questo caso il picco della Frustration si presenta nella fase finale del video, nella quale il protagonista mette in atto uno dei comportamenti suggeriti per la prevenzione delle malattie non trasmissibili: camminare invece di prendere l'autobus. Lo spettatore in questo caso, potrebbe aver riflettuto su quale sia il proprio stile di vita e sulle difficoltà nel migliorarlo.

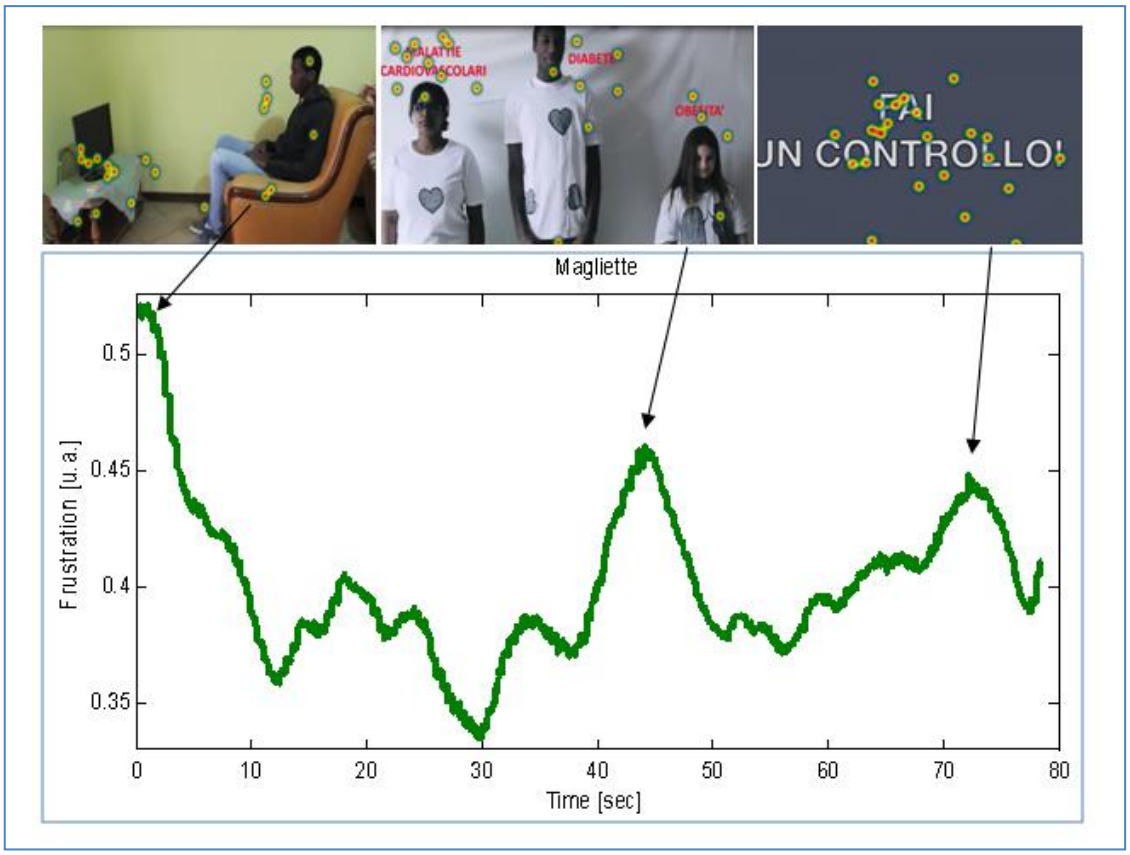


Figura 8.10 – Corrispondenza frustration con i relativi frame.

In questo caso si registrano tre picchi principali. Il primo all'inizio del video mostra il protagonista che, seduto da solo in una poltrona, accende il televisore. Il secondo, mostra invece le malattie corrispondenti alle immagini impresse sulle magliette dei protagonisti. L'ultimo picco si registra durante la visione del frame in cui si legge la frase "Fai un controllo!".

8.3 L'indicatore EEG dell' "Excitement"

E' definito come l'attivazione corticale a breve termine (nell'ordine di alcuni secondi) generata a seguito di una stimolazione positiva. A livello fisiologico l'Excitement è caratterizzato dall'attivazione del Sistema Nervoso Simpatico il quale determina una serie di risposte incluse dilatazione pupillare, stimolazione delle ghiandole sudoripare, aumento della frequenza cardiaca e della tensione muscolare ed inibizione della digestione. Le emozioni correlate a tale indice sono: la stimolazione, il nervosismo, l'agitazione. In generale, un aumento dell'attivazione fisiologica determina un aumento nel valore di tale parametro.

Come si può notare dal grafico sotto riportato, i video "Arcimboldo" e "Cartone" hanno suscitato nei soggetti un grado di attivazione maggiore del Sistema Nervoso Simpatico. Sono quindi risultati più "attivanti" rispetto al terzo video.

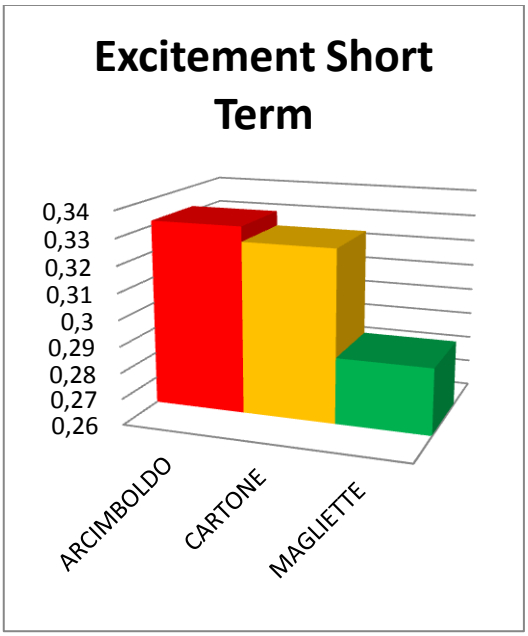


Figura 8.11 – Livelli medi dell'excitement short term per ciascun filmato

La suddivisione dei video in spezzoni segue un andamento coerente con gli indicatori precedenti, presentando un maggiore livello di Excitement nelle prime parti dei video con una differenza più marcata nel caso del cartone animato.

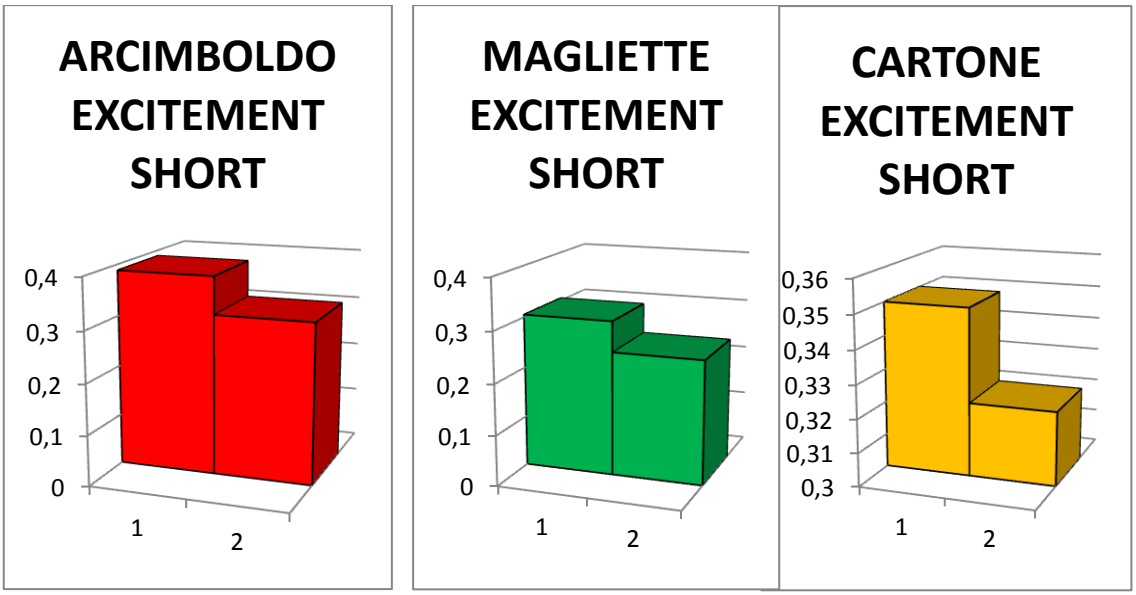


Figura 8.12 – Livelli medi dell'excitement short term per ogni fase del filmato

Di seguito si descriverà l'andamento medio per l'indicatore Excitement relativo al video Arcimboldo.

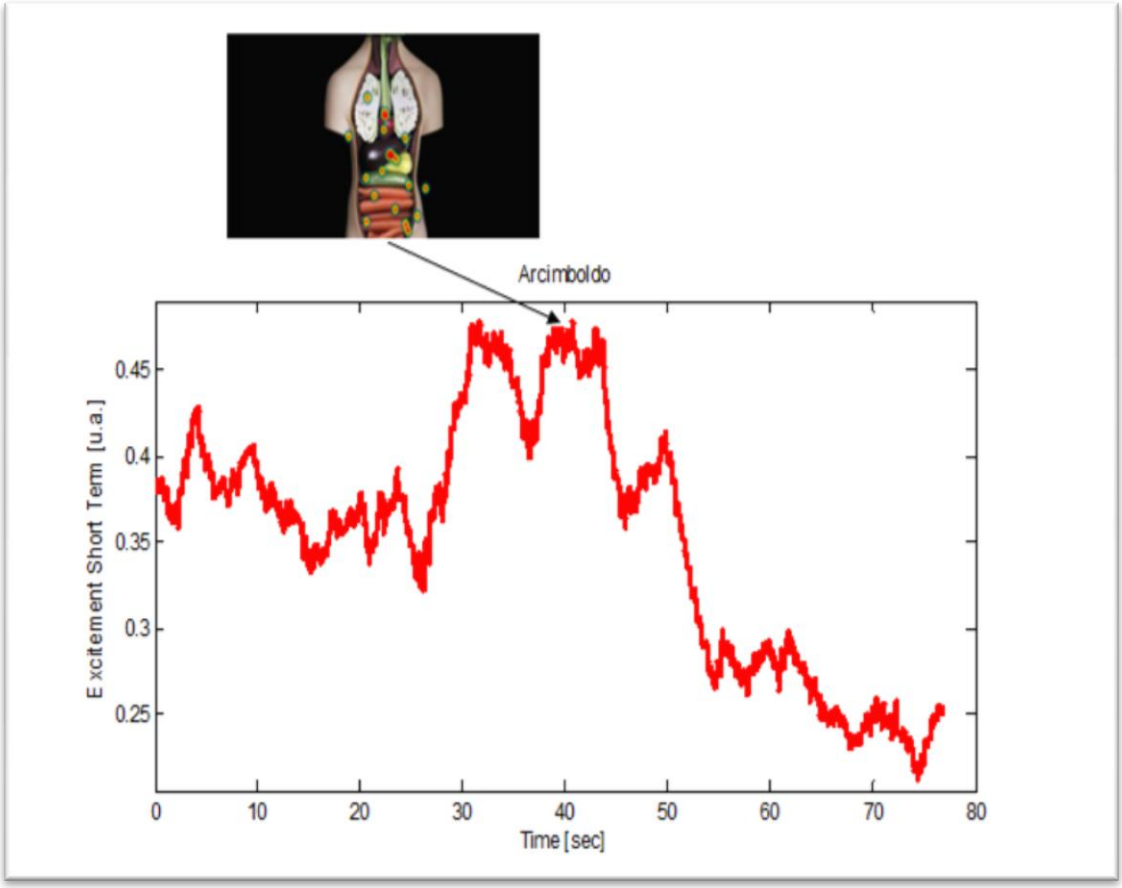


Figura 8.13 – Excitement short term e corrispondenza con il frame in cui si vede il corpo umano al cui interno vi sono molto verdure

Il primo picco che si evidenzia in prossimità dei 35 secondi, potrebbe essere attribuito ad un cambiamento nella melodia di sottofondo che passa dall'essere ripetitiva e mono strumentale ad un ritmo più dinamico caratterizzato da una più ampia varietà sonora dovuta all'introduzione di un più ampio numero di strumenti che induce un maggiore livello di attivazione. Il secondo picco si evidenzia invece in corrispondenza dei frame che mostrano frutta e verdura rappresentanti i diversi organi interni del busto umano. Tale rappresentazione creativa del corpo umano, è particolarmente suggestiva e piacevole: induce quindi delle emozioni che attivano positivamente gli spettatori.

Di seguito l'analisi dell'andamento medio per il video "Cartone".

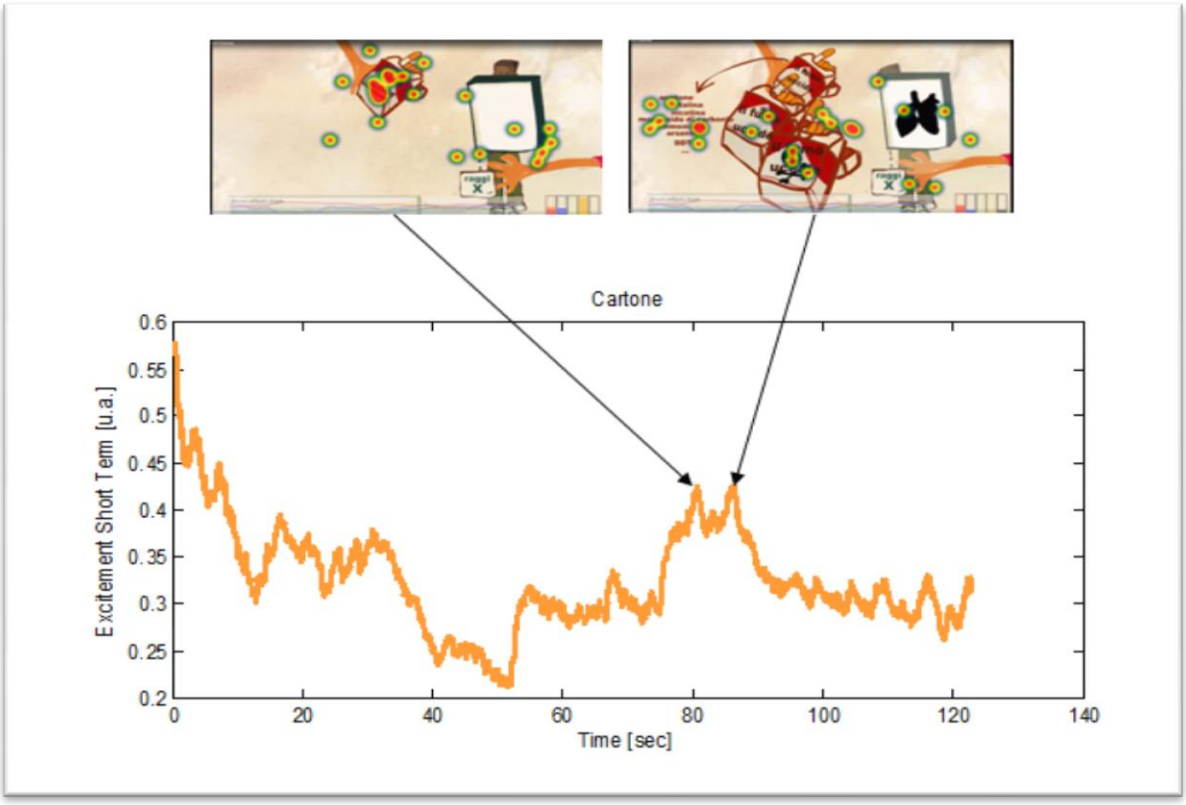


Figura 8.14 – Excitement short term e corrispondenza con i frame

Si registra un incremento nel livello di Excitement in corrispondenza dei frame rappresentati nella figura qui sopra. Tali immagini risultano molto attivanti in quanto rappresentano le scritte "Il fumo uccide" su dei pacchetti di sigarette, un teschio nero in primo piano e la radiografia polmonare del protagonista dello spot. L'utilizzo di un appello alla paura seppur di intensità limitata, suscita un aumento nel livello di Excitement nei soggetti.

Completiamo la disanima con l'analisi dell'andamento temporale medio dell'Excitement per il video Magliette.

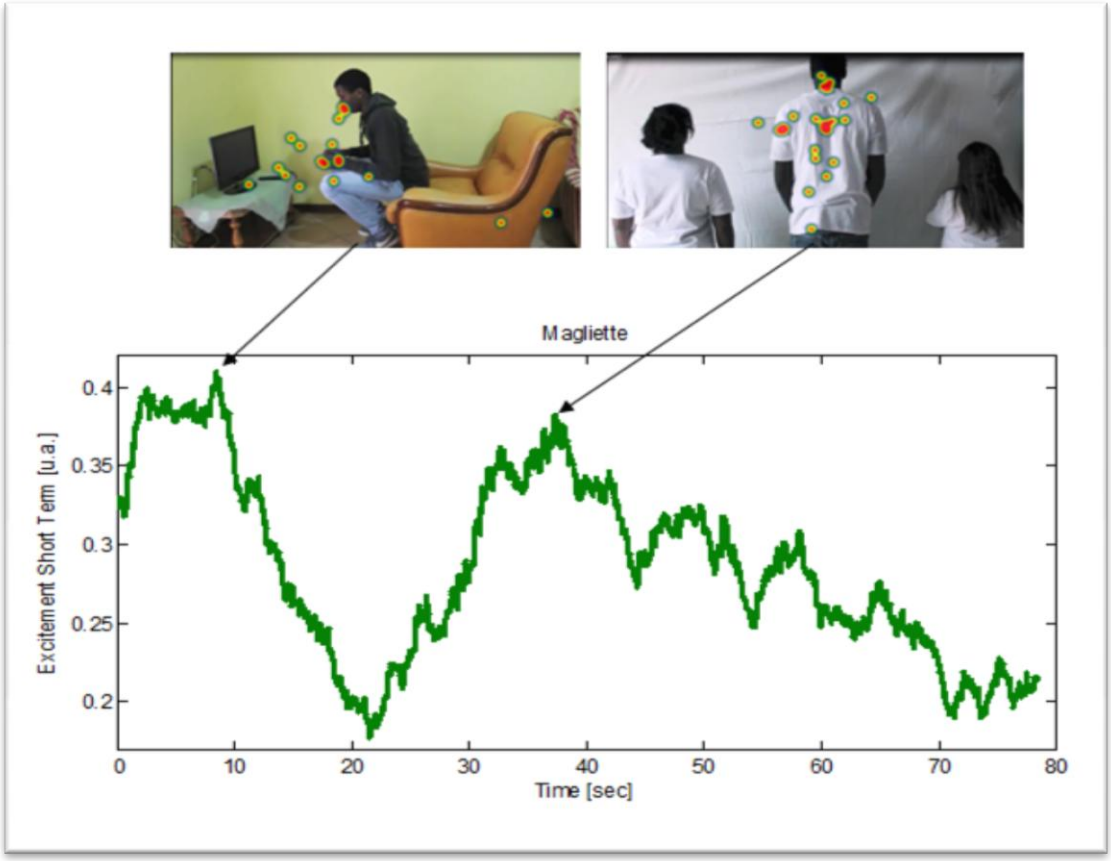


Figura 8.15 – Excitement short term e corrispondenza con relativi frame

Entrambi i picchi evidenziati, sono correlati ad immagini rappresentanti il protagonista maschile del video. Nel primo caso, il ragazzo mette in atto comportamenti scorretti quali fumare all'interno della propria abitazione. Nel secondo, un senso di attesa accompagna l'immagine, nella quale non risulta chiaro lo sviluppo della vicenda: infatti, le persone con indosso una maglietta bianca, sono rappresentate di schiena e si attende il momento in cui si volteranno. L'aumento dell'attivazione fisiologica dei soggetti può essere spiegato dalla *suspence* insita nella scena.

CAPITOLO 9
RISULTATI SEGNALI EEG ED EYE-TRACKER

Di seguito vengono anche riportati i dati psicofisiologici dei tre filmati analizzati.

9.1 Risultati analisi della Skin Conductance

Dall'analisi del grafico di seguito presentato, raffigurante la media della skin conductance per ogni stimolo sperimentale considerato, il valore più basso è relativo alla baseline. Rispetto alla baseline, tutti e tre gli spot hanno elicitato un livello di skin conductance significativamente superiore: Arcimboldo ha elicitato una skin conductance in media pari a 9,66 rispetto al primo valore della skin conductance misurata ad inizio acquisizione (p-value ≤ 0,001 del test t di Student nel confronto con la baseline). Analogamente Cartone ha elicitato un valore pari a 10,49 (p-value ≤ 0,001 del test t di Student nel confronto con la baseline). Magliette ha elicitato in media un valore di 11,13 (p-value ≤ 0,001 del test t di Student nel confronto con la baseline).

Il valore medio di skin conductance più elevato è relativo a Magliette, mentre Arcimboldo mostra il dato più basso rispetto alla baseline. Cartone risulta avere elicitato un livello intermedio di risposta galvanica dell pelle, compreso tra i valori ottenuti da Magliette e Arcimboldo. Da questo dato possiamo dedurre che lo spot che ha elicitato una risposta galvanica della pelle maggiore è Magliette, probabilmente dovuto al contesto triste e, in alcuni fotogrammi, anche ansiogeno dello spot, così come riportato dai self-report, sia nella prima fase con 16 soggetti, sia nella seconda con 24 soggetti.

Va ricordato che la skin conductance correla positivamente con il livello di attivazione sia relativamente ad esperienze positivamente caratterizzate, sia relativamente a esperienze emotive negative, per cui in genere si riportano valori più elevati rispetto alle esperienze connotate positivamente (Mauri et al., 2010). É opportuno sottolineare la ripetitività dei risultati qui mostrati rispetto al precedente studio sugli spot Magliette, Arcimboldo e Post-it, presentato nelle sezioni precedenti del report di questa ricerca, in cui Magliette aveva ottenuto un valore medio di skin conductance più elevato, confermando quindi la chiave di lettura proposta nella precedente sezione, ovvero che Magliette ha suscitato un'emozione predominante di tristezza più attivante rispetto ai contesti meno angosciosi degli altri spot.

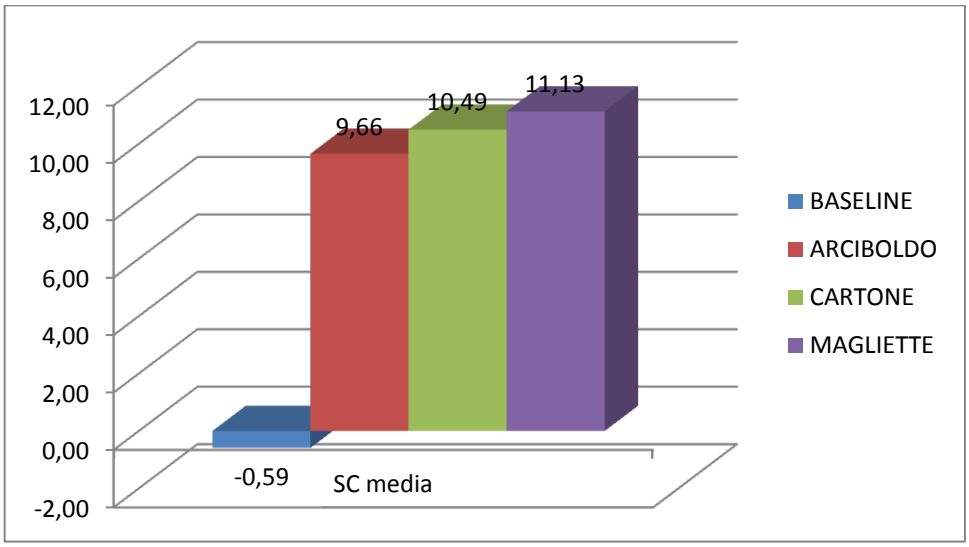


Figura 9.1 – Livelli medi della skin conductance per ciascun filmato

Di seguito viene presentato un ulteriore grafico relativo alla media dei valori di picco raggiunti dal segnale di skin conductance durante la visione dei tre spot nei 24 partecipanti al protocollo sperimentale.

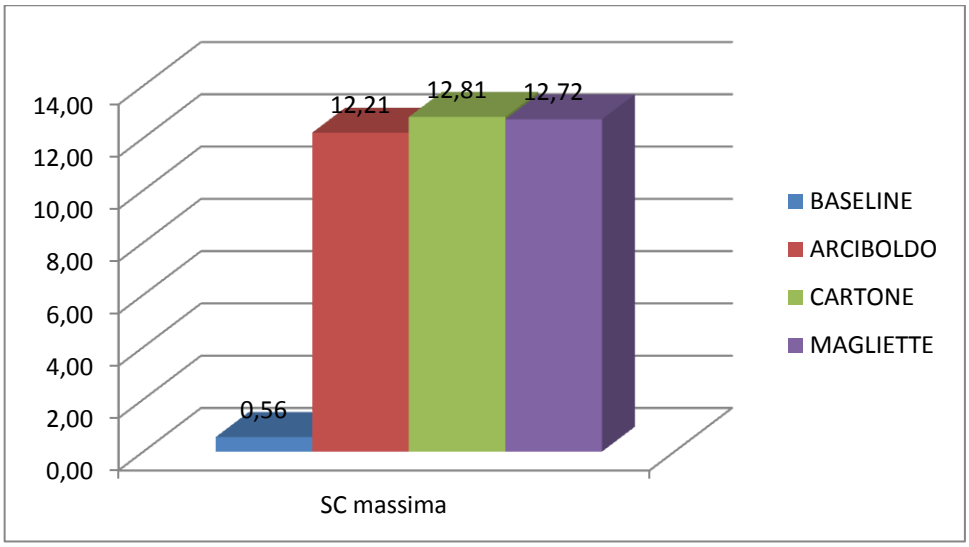


Figura 9.2 – Skin conductance massima per ciascun filmato

Anche in questo caso tutti i valori sono significativamente diversi rispetto al baseline (p-value ≤ 0,001 del test t di Student nel confronto con la baseline per tutti e tre gli spot). Tuttavia, per questo indicatore, il valore massimo in assoluto è stato raggiunto dallo spot Cartone, con un valore di 12,81. Tuttavia la differenza rispetto agli altri due

spot (12,21 Arcimboldo e 12,72 Magliette) non risulta significativa diversa dagli altri due spot. Questo dato, se messo in relazione con la media precedentemente considerata, ci permette di dedurre che la più elevata escursione del segnale della skin conductance è stata raggiunta durante l'esposizione allo spot Cartone, che ha indotto quindi una varietà più ambia di stati emotivi (dato in linea con l'analisi delle espressioni facciali presentate nei paragrafi successivi).

9.2 Risultati analisi dell'attività cardiaca

Esaminiamo ora i risultati emersi dalle analisi dei dati psicofisiologici in merito alla attività cardiaca durante la visione dei tre spot. Anzitutto, per il dato cardiaco non sono emerse differenze significative per nessuno degli spot rispetto la baseline (t-student test rispetto al baseline: $p \geq 0,05$, per tutti e tre gli spot). Se proviamo a considerare i dati solo come indicativi di un trend, il dato medio dei 24 partecipanti mostra un battito per minuto più elevato in assoluto per Cartone, quasi 74 battiti al minuto, subito seguito da Arcimboldo, che arriva a 73,9 battiti al minuto. Il valore più basso, a parte il baseline (72,9 battiti per minuto) lo ha invece generato Magliette, con 73,67 battiti per minuto. Tali trend non sono in linea con quanto emerso nel primo test svolto con 16 soggetti, perciò, oltre a non essere significativi, vanno a maggior ragione presi con cautela.
Ciò è probabilmente imputabile alla diversità del campione, visto che anche il dato in assoluto del baseline della prima fase con 16 soggetti era di 78 battiti al minuto, mentre in questo sottocampione risulta essere di 72,94 battiti medi per minuto.
Va anche considerato che le differenze sono minime, sia rispetto al baseline sia rispetto ai valori relativi agli spot. Questo dato va quindi considerato come meramente indicativo di un trend, più che interpretato in termini esplicativi. In questo caso, il dato cardiaco dice poco in termini esplicativi rispetto a quanto è stato considerato in merito alla skin conductance sui livelli di attivazione emotiva che i tre spot sono stati in grado di suscitare, anche se in altri studi è stato mostrato come il dato cardiaco possa contribuire in modo utile alla finalità di valutare stimoli audiovisivi (Kreibig, 2010).
Degno di nota è il dato nuovo portato da Cartone, che ha elicitato, in assoluto, il battito medio per minuto più elevato rispetto agli altri spot; pur non essendo emersa alcuna significatività, tale risultato potrebbe essere un ulteriore informazione a favore di una maggiore varietà di stati emotivi come già considerato in merito alla skin conductance e come è emerso nella analisi delle espressioni facciali che sarà trattata nei paragrafi successivi.

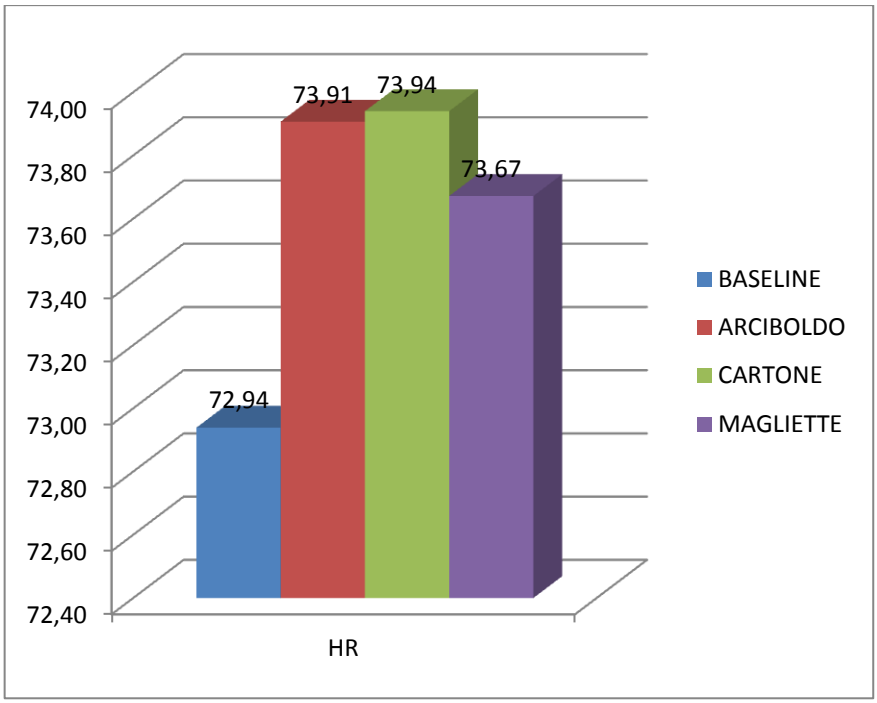


Figura 9.3 – Livelli medi del battito cardiaco per ciascun filmato

Consideriamo ora, guardando al grafico qui sotto, un altro dato riguardante l'attività cardiaca, la deviazione standard (Standard Deviation, nel grafico abbraviata come SD della Heart Rate – HR – o battito cardiaco). Anche per questo dato, non sono emerse differenze significative per nessuno dei tre spot rispetto al baseline ($p \geq 0,05$ del test t di Student nel confronto con la baseline per tutti e tre gli spot). Il trend della attività cardiaca non segue quindi quello della skin conductance (e anche questo dato emerge sia nella prima parte con 16 soggetti che nella seconda qui illustrata con 24 soggetti) perché la skin conductance, come abbiamo già riportato, si riverbera di più nel caso di emozioni negative, in generale (Bradley et al., 2005), e sembra essere più adatta per la valutazione degli spot pubblicitari rispetto al semplice calcolo della media del battito per minuto e della sua deviazione standard. Ricordiamo inoltre che le riflessioni in merito al dato cardiaco vanno prese comunque con la dovuta cautela anche nella parte relativa ai 16 soggetti, visto che le differenze non sono mai risultate significative.

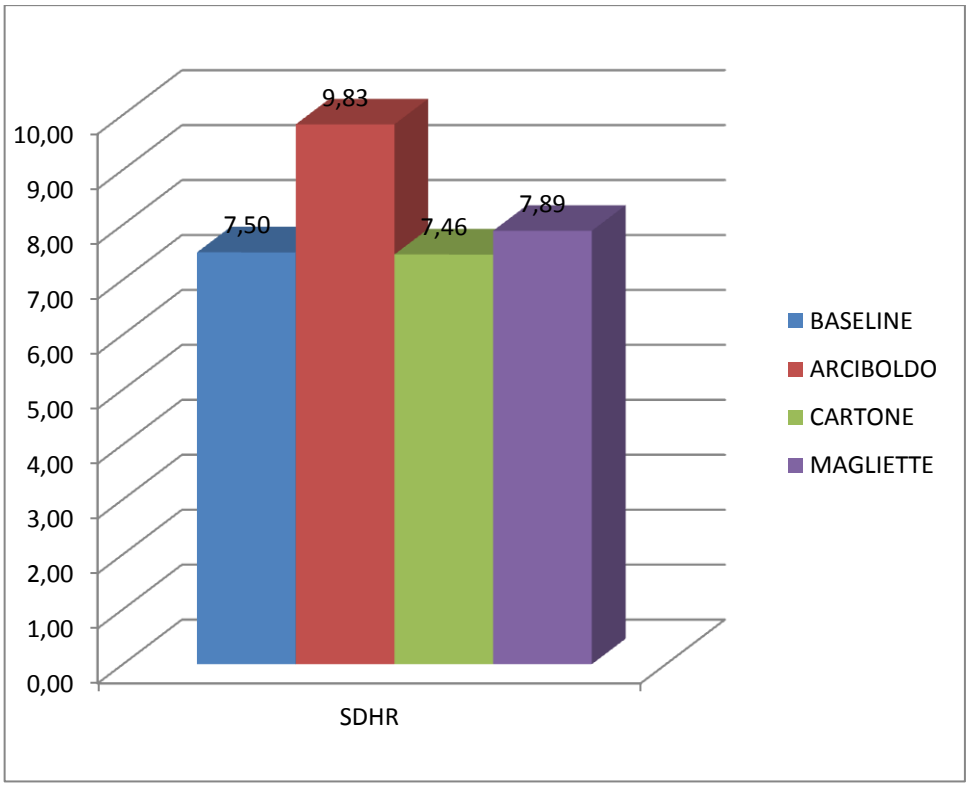


Figura 9.4 – Deviazione standard del battito cardiaco per ciascun filmato

9.3 Risultati analisi dell'attività respiratoria

Passiamo ora a esaminare il dato della respirazione. Anche per questo dato, oltre che per quello della attività cardiaca, non sono emerse differenze significative tra i valori degli spot e quelli del baseline ($p \geq 0{,}05$ del test t di Student nel confronto con la baseline per tutti e tre gli spot). Ancora una volta dobbiamo quindi considerare questo dato in modo indicativo rispetto ai trend emersi. È infatti possibile notare che Cartone ha ottenuto il periodo respiratorio con il valore più elevato in assoluto rispetto agli altri, come era già emerso per il dato cardiaco relativo alla media dei battiti per minuto (dove appunto Cartone aveva ottenuto il valore più elevato anche se non significativo).

L'aspetto interessante, a differenza del dato cardiaco, è che in questo caso sia il campione di 16 soggetti che quello di 24 hanno un dato di baseline più allineato: 15,02 e 16,69 rispettivamente.

Per il resto, non possono essere fatte ulteriori considerazioni, visto la totale assenza di significatività anche per questi dati, oltre che per i dati cardiaci.

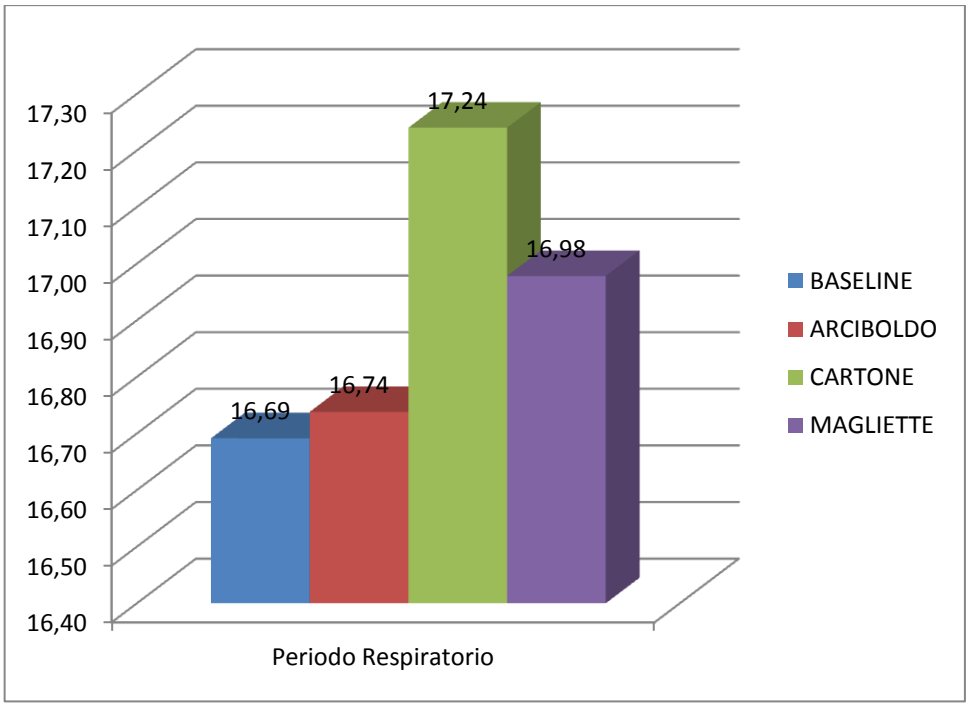


Figura 9.5 – Livelli medi del periodo respiratorio per ciascun filmato

9.4 Skin Conductance: andamento medio

Passiamo ora a considerare l'andamento medio del segnale della Skin Conductance, unico segnale fisiologico che ha prodotto risultati significativi. In particolare si presterà attenzione alle corrispondenze del segnale di skin conductance con quello EEG (precedentemente commentato).

Per quanto concerne la correlazione tra l'andamento della skin conductance e il segnale EEG (engagement) del filmato Magliette, si può notare come vi sia un picco di attivazione in corrispondenza della visualizzazione sullo schermo della scritta "A volte pensiamo che ci sia un problema solo quando lo vediamo". Possiamo quindi dedurre che tale frase induca i soggetti a concentrarsi su ciò che vedono e a riflettere sulle indicazioni date. Gli altri due picchi (quello centrale e quello sulla dx), corrispondono a due frame caratterizzati da un segnale EEG connotato negativamente (EEG frustration). In queste scene vengono riportate alcune immagini richiamanti le malattie legate a uno scorretto stile di vita e si invita inoltre a "fare un controllo". Queste scene riescono a infondere preoccupazione nel soggetto che presta attenzione al messaggio.

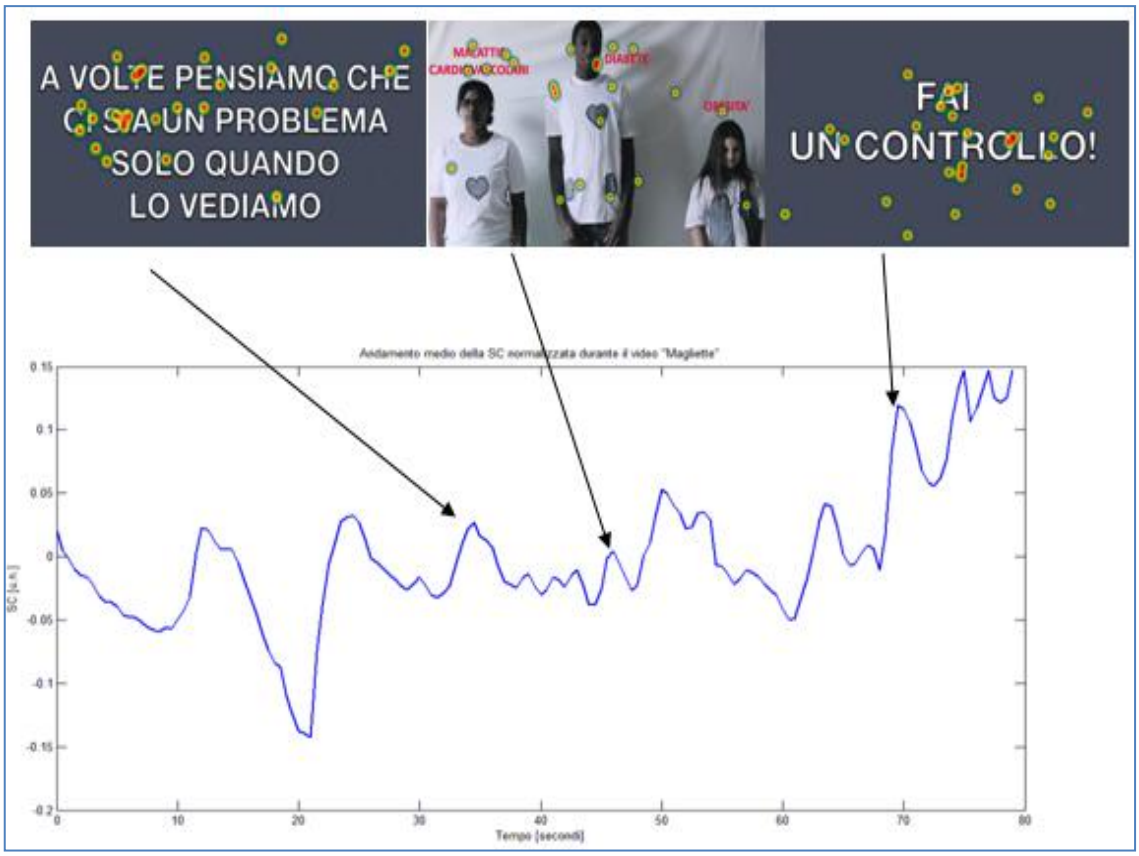


Figura 9.6 – Andamento della skin conductance e corrispondenza con relativi frame

A livello generale, l'andamento medio della sudorazione della pelle mostra una sistematica presenza e persistenza di picchi importanti. Tale dato, se paragonato a quello del filmato Arcimboldo che riportiamo qui sotto, ha alcune differenze. È infatti possibile notare come vi sia una progressiva diminuzione dei picchi e dell'andamento non omogeneo, nonostante il valore cresca in modo pronunciato verso la fine dello spot. La differenza più eclatante resta comunque nell'andamento più "lineare" (cioè con una netta minore presenza di picchi) rispetto a quello di Magliette. Tale dato si allinea con l'interpretazione di una emozione di ansia maggiore attivata da Magliette, mentre Arcimboldo riflette una emozione di gioia e, per questa ragione, l'andamento della sudorazione risulta avere meno picchi e quindi più regolare anche se tendenzialmente in aumento.

Venendo ora alla correlazione tra segnale EEG e skin conductance per il video Arciboldo qui sotto riportato, possiamo osservare come vi sia un picco di risposta elettrogalvanica in corrispondenza del frame in cui appare la scritta "hai mai pensato di dare un'occhiata dentro di te". Durante questa scena i soggetti presentano un elevato livello di frustration (EEG), che porta a ipotizzare che tale comunicazione riesca a indurre una sensazione di angoscia nei soggetti.

Altro frame in cui vi è corrispondenza tra segnale EEG (engagement) e skin conductance è quello al secondo 1.05, in cui gli acini di uva hanno uno smile

sovrapposto. La scena ironica riesce pertanto a coinvolgere i soggetti riportando la loro attenzione ad un livello elevato.

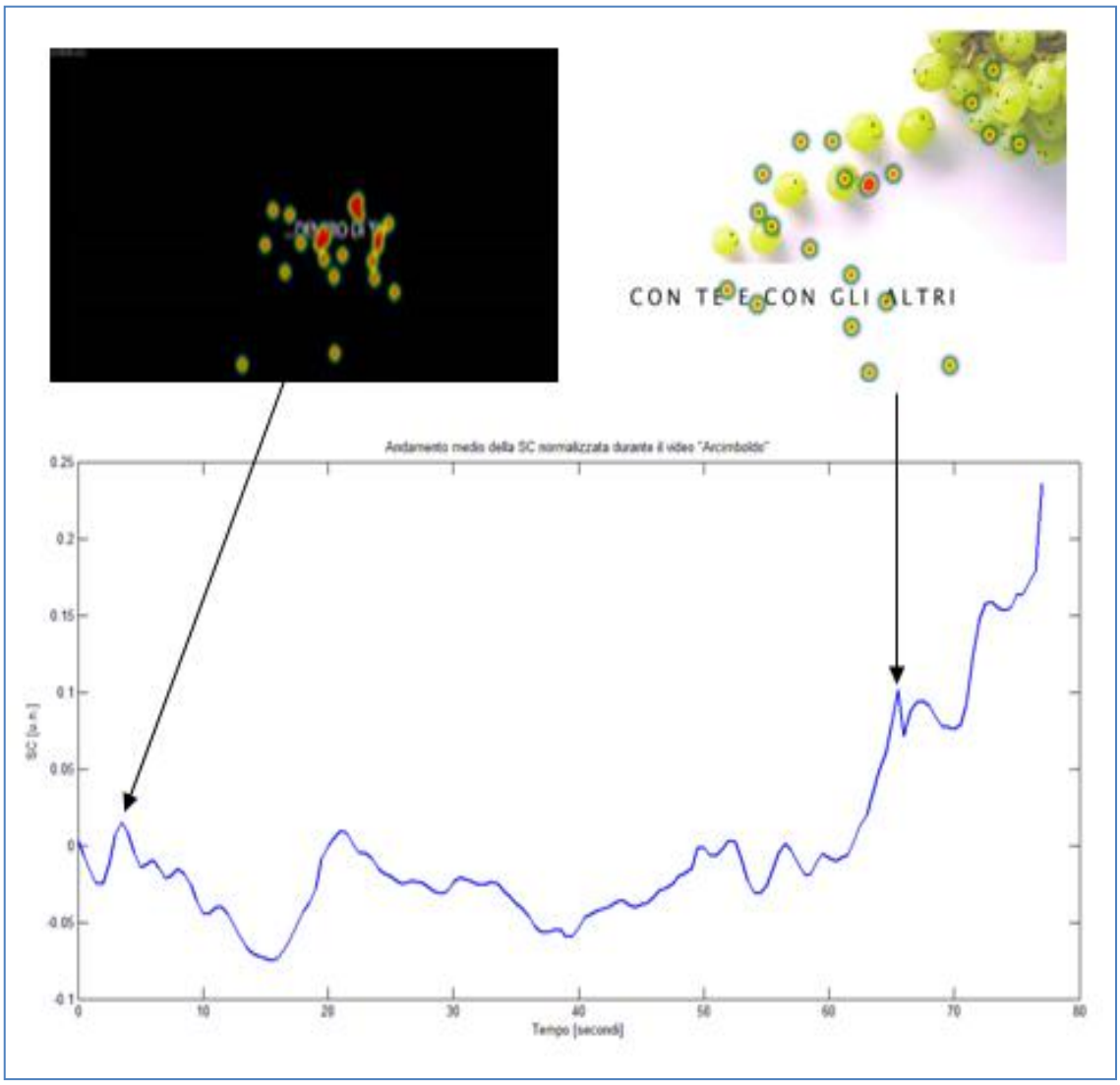


Figura 9.7 – Andamento della skin conductance e corrispondenza con relativi frame

Prendendo ora in esame il dato della Skin Conductance di Cartone, possiamo notare come, a livello generale, il grafico relativo a tale indicatore nel suo andamento durante l'esposizione allo spot sia più simile al filmato Arcimboldo che a quello di Magliette, nonostante la presenza di picchi di minore entità rispetto a quelli suscitati da Magliette. Tale dato si allinea col fatto che Cartone, pur avendo suscitato un livello di skin conductance intermedio tra Arcimboldo e Magliette, ha comunque determinato una certa varietà di reazioni emotive come si può notare sia dalle espressioni facciali che dai self report riportati più avanti, e riflessi anche dall'andamento della sudorazione della pelle.

Per quanto riguarda invece la correlazione EEG e skin conductance, la si può ritrovare al frame 0.80, in cui vengono indicate le conseguenze negative del fumo. Durante la

visione di questa scena i soggetti mostrano un elevato livello di frustration. Si può quindi dedurre che questo "appello alla paura" è efficace.

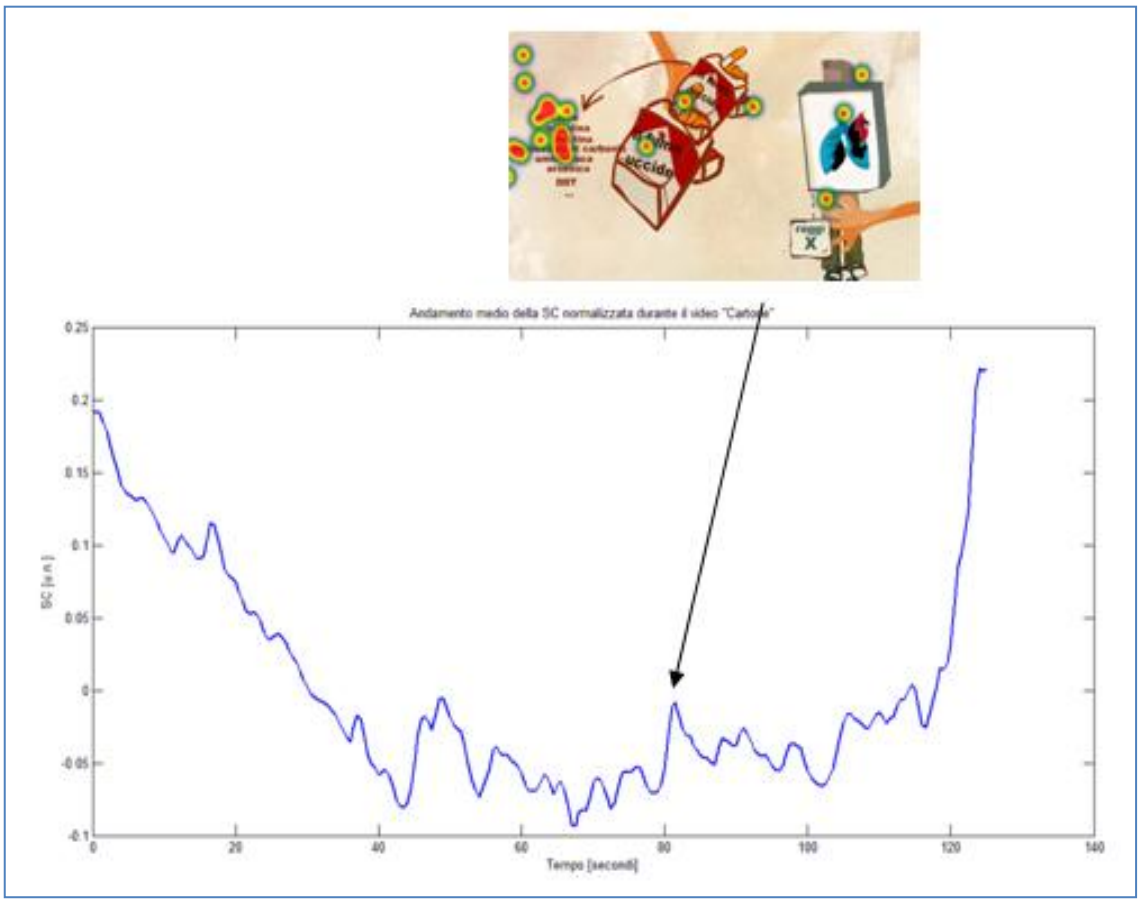


Figura 9.8 - Andamento della skin conductance e corrispondenza con il frame in cui sono indicate le conseguenze negative del fumo

Da quanto emerso dall'andamento medio della skin conductance durate l'esposizione di tutti gli spot, Arcimboldo ha l'andamento più regolare, Magliette quello più frastagliato, mentre Cartone si colloca nel mezzo. Questo dato, se abbinato a quanto già considerato nella parte 3.1, ci permette di supportare la tesi che Arcimboldo ha suscitato una emozione di ansia più ridotta rispetto agli altri due spot.

CAPITOLO 10
RISULTATI ANALISI DELLE ESPRESSIONI FACCIALI

Analogamente a quanto effettuato nella prima fase di analisi, è stata condotta una codifica delle espressioni facciali dei soggetti durante la visione dei filmati tramite FACS ed è stato effettuato un confronto intra-soggetti per i tre video.

Quattro soggetti non sono stati considerati nell'analisi a causa di alcune caratteristiche che rendevano difficoltosa la codifica (ad esempio occhi non completamente visibili, coperti dalla montatura degli occhiali o dai capelli o tic motori che coinvolgono i muscoli del viso).

La totalità delle espressioni è stata suddivisa in quattro macro categorie, al fine di poter valutare l'efficacia dei video proposti.

- **Valutazione positiva:** felicità, sorpresa, attivazione cognitiva a valenza positiva.
- **Riflessione:** attivazione cognitiva pura.
- **Distress e noia:** de-attivazione cognitiva, distress non meglio specificati (adattatori e deglutizioni).
- **Valutazione negativa:** emozioni di paura, rabbia, disgusto, tristezza e disprezzo.

10.1 Cartone

È il filmato che ha maggiormente elicitato nei soggetti sperimentali reazioni ed espressioni facciali, raggiungendo infatti la quota totale di 92 mimiche rispetto alle 83 del filmato *ARCIMBOLDO* e le 46 del filmato *MAGLIETTE*. Si può notare in oltre una discreta presenza di espressioni sia di valenza positiva, per un totale di **14,13%,** sia di valenza negativa (**11/92 = 11.95%, di cui 7 di rabbia**). Per quanto attiene le componenti afferenti alla categoria "valenza positiva", la maggior costituente di questa percentuale è composta da **espressioni di felicità**, che riscontra un totale di **8 espressioni rilevate sulle 13 totali presenti nella macro categoria di emozioni positive**. Come per gli altri video, però, la maggior quantità di espressioni del volto dei soggetti è costituita da mimiche di ***carico cognitivo*** (**41/92 = 44.56% nel filmato *CARTONE*; 35/83 = 42.16% nel filmato *ARCIMBOLDO*; 25/46 = 54.34% nel filmato**

MAGLIETTE). La media e la deviazione standard di questo video, per quanto riguarda la **felicità**, sono i più elevati rispetto a qualsiasi altra emozione (**μ = 0.5; σ= 0.88258**). Bisogna tuttavia tenere in considerazione una **consistente frequenza di espressioni legate potenzialmente allo stress o all'ansia (10 di gesti adattatori-manipolatori e ben 15 di deglutizione)** che compongono il **29.34%** del totale.

Si conclude che *CARTONE* è risultato essere il video maggiormente coinvolgente rispetto ai tre proposti (solo **1/21 soggetti rimasti indifferenti al filmato**), come riportato chiaramente in tabella 10.1.

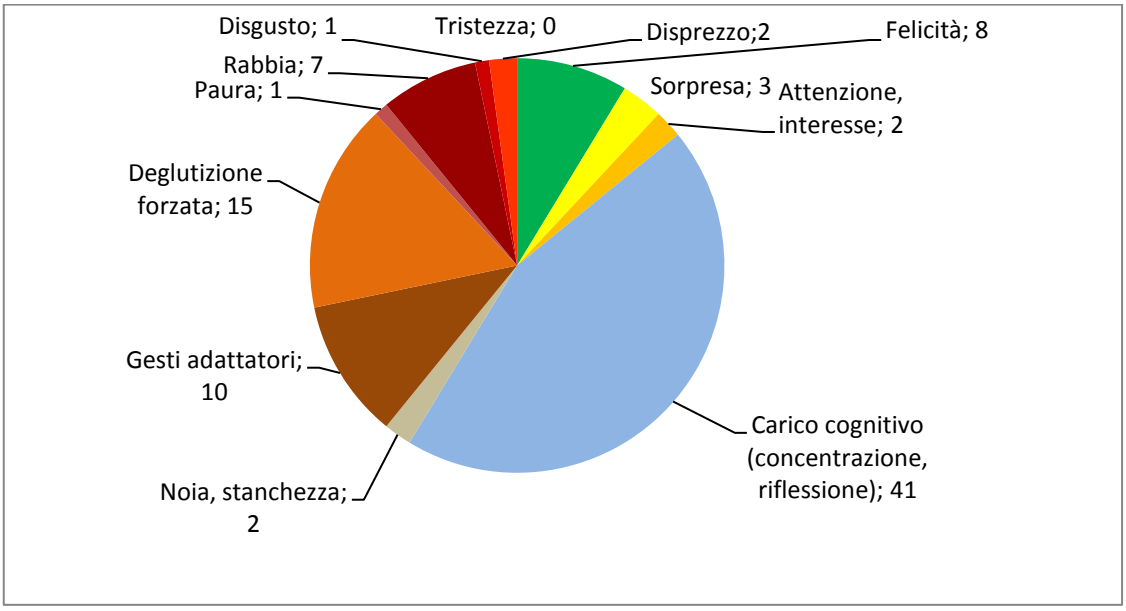
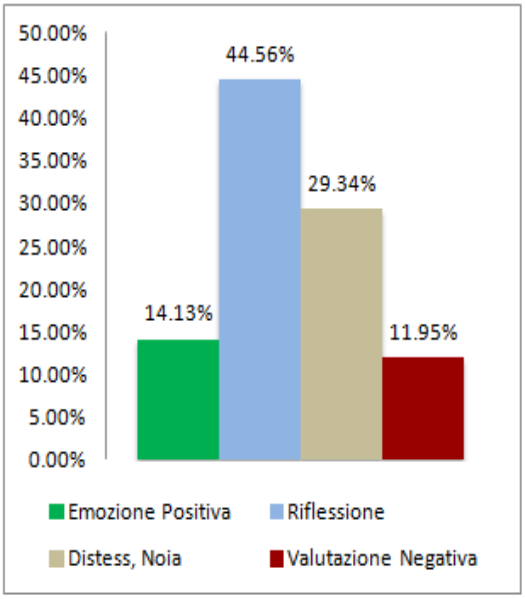


Tabella 10.1 – Cartone



Stato Emozionale/Cognitivo	Media	St. Dev.
Felicità	0.5	0.89
Sorpresa	0.15	0.49
Attenzione, Interesse	0.1	0.45
Carico Cognitivo Puro	2.05	2.81
Noia, Stanchezza	0.1	0.31
Gesti Adattatori	0.5	1
Deglutizione Forzata	0.75	1.12
Paura	0.5	0.22
Rabbia	0.35	1.35
Disgusto	0.05	0.22
Tristezza	0	0
Disprezzo	0	0.31

Tabella 10.2 – Cartone. Dato riassuntivo

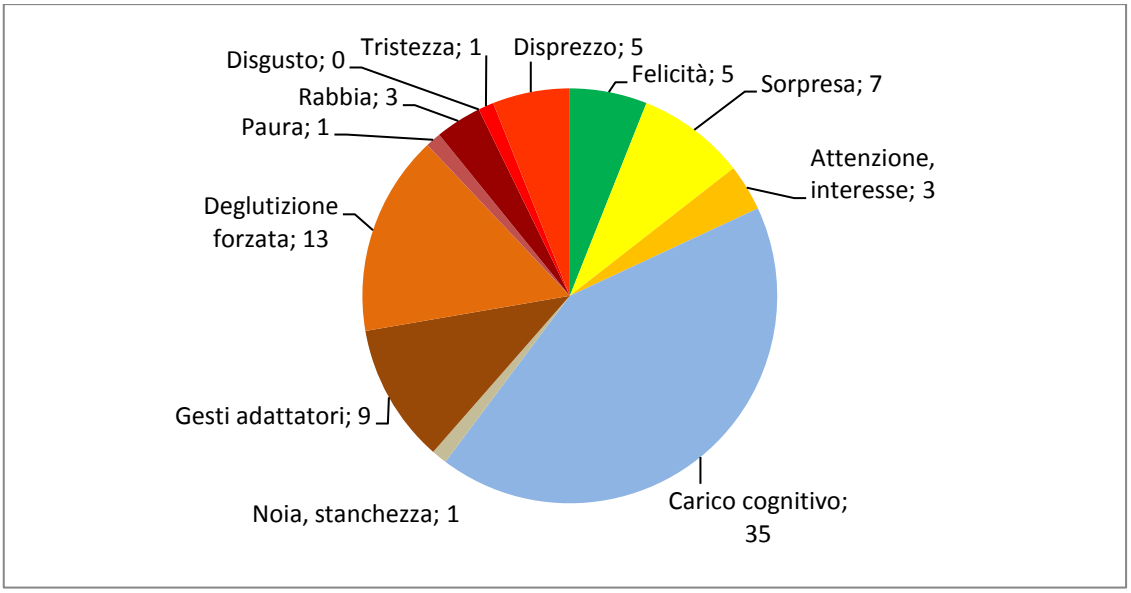
10.2 Arcimboldo

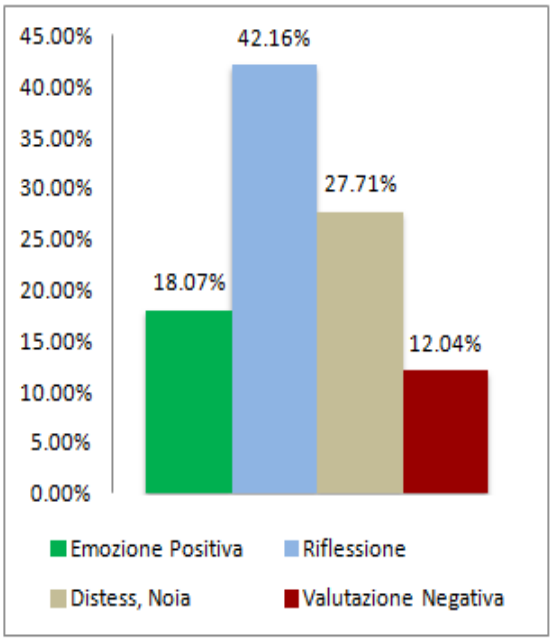
Tale video ha registrato buoni risultati, presentando **ottima capacità nell'elicitare interesse e attenzione nei soggetti (espressioni a valenza positiva: 15/83 = 18.07% , di cui 5 di felicità, 7 di sorpresa e 3 di attenzione)**.

Anche qui tuttavia è opportuno tenere in considerazione una **consistente frequenza di espressioni legate potenzialmente allo stress o all'ansia (9 di gesti adattatori-manipolatori e ben 13 di deglutizione)** che compongono **il 27.71**% del totale.

Si ARCIMBOLDO IULM è risultato essere il secondo video maggiormente coinvolgente rispetto ai tre proposti (soli **3/21 soggetti rimasti indifferenti al filmato**), come riportato chiaramente in tabella 10.3.

Tabella 10.3 – Arcimboldo





Stato Emozionale/Cognitivo	Media	St. Dev.
Felicità	0.26	0.65
Sorpresa	0.39	0.98
Attenzione, Interesse	0.17	0.51
Carico Cognitivo Puro	1.94	2.69
Noia, Stanchezza	0.05	0.23
Gesti Adattatori	0.5	0.71
Deglutizione Forzata	0.5	0.72
Paura	0.05	0.23
Rabbia	0.17	0.71
Disgusto	0	0
Tristezza	0.55	0.23
Disprezzo	0.28	0.57

Tabella 10.4 – Cartone. Dato riassuntivo

10.3 Magliette

In questo video viene riscontrata **la più bassa percentuale di reazioni mimiche** nei soggetti osservanti (come detto, **46**), **con ben 4 soggetti su 20 (20% del totale)**, rimasti pressoché inespressivi o indifferenti.

Rispetto agli altri video, in cui la percentuale di elementi afferenti alla valenza positiva superava quella degli elementi di valenza negativa, nel filmato *MAGLIETTE* questo rapporto risulta ribaltato (**VALUTAZIONE POSITIVA: TOT. = 3/46 = 6.52%; VALUTAZIONE NEGATIVA: TOT. 6/46 = 13.04%**). Per questo motivo, il filmato MAGLIETTE è risultato essere quello meno coinvolgente o gradito tra i tre proposti, come riportato chiaramente in tabella 10.5.

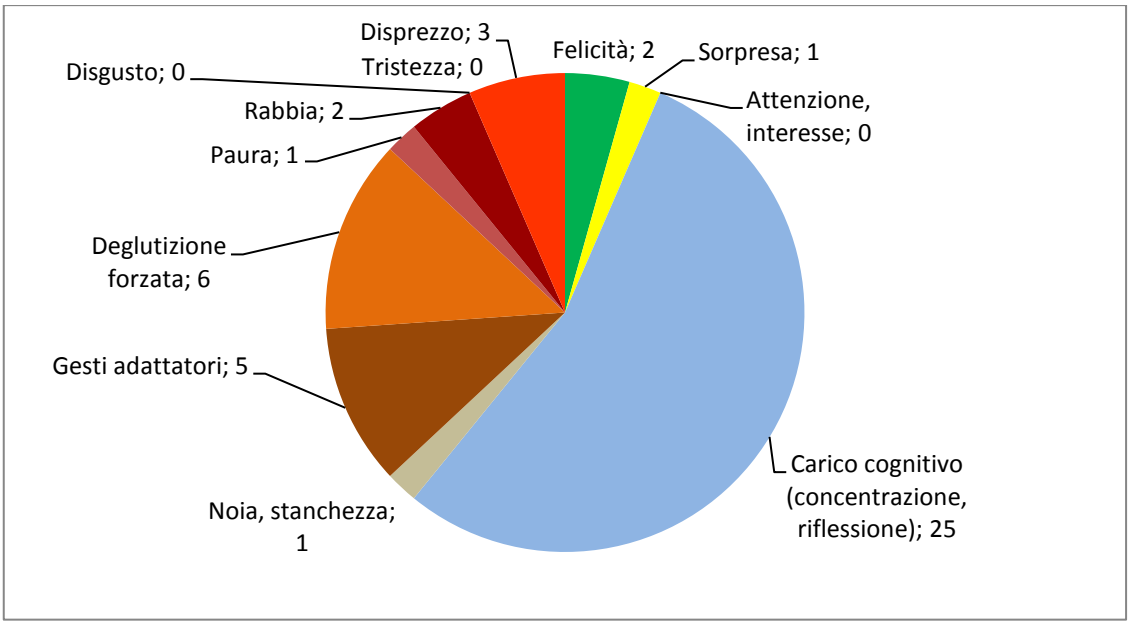
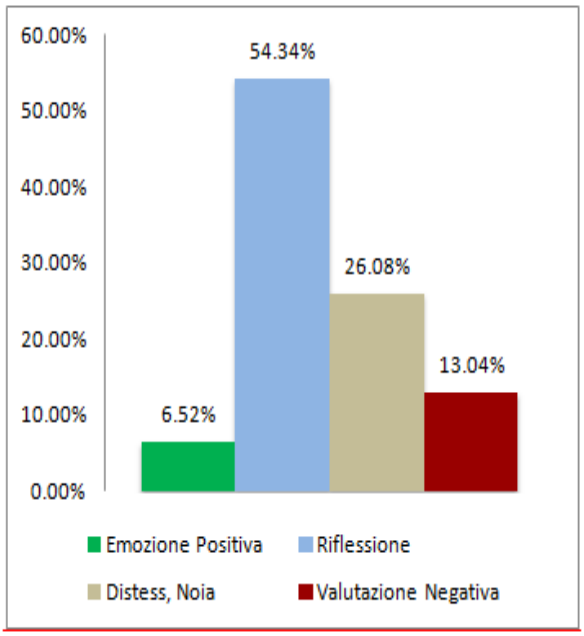


Tabella 10.5 – Magliette



Stato Emozionale/Cognitivo	Media	St. Dev.
Felicità	0.12	0.34
Sorpresa	0.06	0.25
Attenzione, Interesse	0	0
Carico Cognitivo Puro	1.56	2.28
Noia, Stanchezza	0.06	0.25
Gesti Adattatori	0.31	0.48
Deglutizione Forzata	0.37	0.72
Paura	0.62	0.25
Rabbia	0.12	0.5
Disgusto	0	0
Tristezza	0	0
Disprezzo	0.19	0.54

Tabella 10.6 – Magliette

CAPITOLO 11
RISULTATI QUESTIONARI SELF REPORT

Dopo ciascun video, i soggetti hanno risposto ad alcune domande relative alle sensazioni provate durante la visione. I self-report erano costituiti da scale Likert a quattro punti: da 0 (= per nulla) a 4 (=moltissimo), analogamente alla fase precedente dell'esperimento. Anche in questo caso veniva chiesto ai partecipanti quanto il filmato li avesse emozionati e in che misura avesse provocato in loro ciascuna delle emozioni principali: gioia, rabbia, disgusto, stupore, tristezza e paura.

Per quanto riguarda il livello generale di emozione suscitata riportato dai soggetti, il risultato è simile per tutti e tre i video: "Arcimboldo" e "Magliette" hanno realizzato entrambi un punteggio medio di 2.83/4, seguiti dal cartone animato, che ha ottenuto un punteggio medio solo leggermente inferiore di 2.74/4.

Anche in questo caso, come emerso con il campione utilizzato nella prima fase dello studio, il filmato "Magliette" ha ottenuto dei punteggi maggiori per quanto riguarda le emozioni negative: rabbia, disgusto, tristezza e paura. In particolare, il video in questione ha ottenuto una valutazione media di 1.9/4 sulla dimensione rabbia, seguito dal cartone (media=1.39/4) e infine da "Arcimboldi" (media=1/4).

Per quanto concerne il disgusto, tutti e tre i filmati hanno realizzato punteggi medi molto bassi, inferiori a 1: "Magliette" media=0.96/4; cartone media=0.69/4 e "Arcimboldi" media=0.39/4.

La dimensione di tristezza ha ottenuto il punteggio maggiore per il video "Magliette", con una media di 2.04/4, seguito dal cartone, media=1.78/4 e infine da "Arcimboldi", media=0.87/4. Per quanto riguarda la paura si ottengono risultati analoghi: "Magliette" ottiene un punteggio medio di 2.08/4, il cartone viene valutato mediamente 1.96/4 e infine "Arcimboldi" ottiene il punteggio inferiore, con una media di 1.08/4.

Quest'ultimo video ha suscitato in generale più gioia rispetto agli altri due, con una media di 2.57/4, seguito dal cartone, con un punteggio medio di 1.87/4, e infine da "Magliette", che ha ottenuto una valutazione media di 1.35/4 sulla dimensione di gioia.

Il cartone risulta invece il video con il maggior livello di sorpresa riferito dai soggetti. La media su tale dimensione è di 2.34/4, seguito da "Magliette", con una media di 2.17/4 e infine da "Arcimboldo", con una media di 2/4.

Si può affermare che, nel complesso, il cartone sia il filmato che ottiene la maggior variabilità in termini di risposta emotiva percepita dai soggetti, comprendendo una gamma di reazioni affettive sia positive che negative, mentre gli altri due video

risultano entrambi molto polarizzati, “Arcimboldi” sul lato delle emozioni positive, “Magliette” di quelle negative.

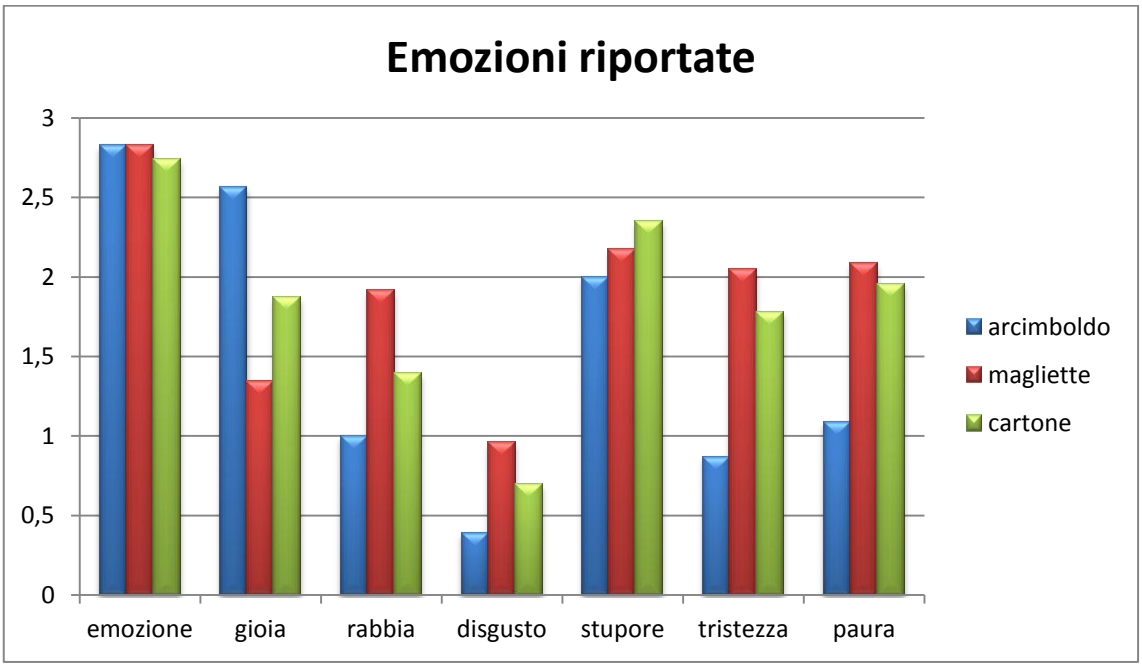


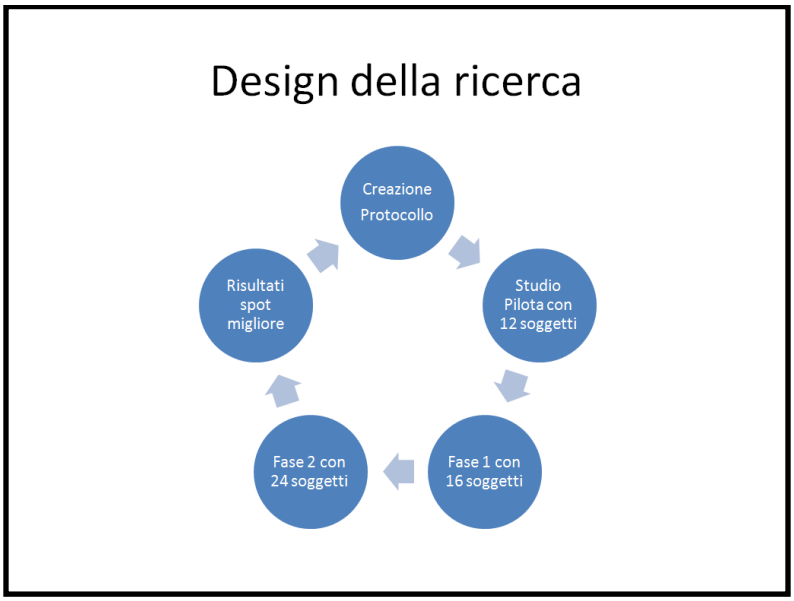
Figura 11.1- Risultati dei Self report sulle emozioni provate durante la visione dei video

Confrontando i risultati emersi dai self report e i dati EEG, possiamo evidenziare alcune interessanti corrispondenze. L'intensità dell'emozione provata (auto dichiarata) correla con il livello di engagement misurato tramite EEG e l'emozione della gioia correla positivamente con l'indicatore EEG di Excitement. Pertanto, i video maggiormente in grado di coinvolgere lo spettatore, hanno provocato una percezione di intensità emotiva superiore nella razionalizzazione di quanto provato durante la visione e la risposta corticale alla stimolazione positiva è stata codificata a livello cosciente dai soggetti come gioia.

CAPITOLO 12
CONCLUSIONI

Dopo avere preso in esame tutte le analisi rispetto a tutte le tecniche di indagine considerate (segnali neuro e psicofisiologici, espressioni emotive del volto analizzate automaticamente e manualmente tramite tecniche F.A.C.S, dati eye-trakcing e infine dati self-report), dimao ora una panoramica di insieme in merito all'esito della seconda parte di ricerca che ha coinvolto 24 partecipanti rispetto alla prima fase dove erano stati invece coinvolti 16 partecipanti.

Nella prima fase (si veda nella figura qui sotto, il cerchio denominato Fase 1), era emerso che il video migliore era Arcimboldo (con un impatto emotivo attivante e positivo, connotato da gioia mediamente), rispetto a Magliette e Post-it. In particolare, Magliette aveva generato una risposta emotiva nel complesso negativa, connotata mediamente da tristezza, mentre Post-it era risultato lo spot meno coinvolgente dei tre.



In virtù di questo risultato, nella seconda fase (si veda il cerchio denominato "Fase 2" nella figura qui sopra) sono stati testati ancora Arcimboldo e Magliette, questa volta affiancati da Cartone. L'aggiunta di questo quarto video, che è andato a sostituire Post-it, è avvenuta sulla base dei risultati emersi nella prima fase. Cartone è stato sviluppato seguendo le indicazioni emerse nella fase precedente, come ad esempio adottare uno stile più ironico, con comunicazioni chiare e spesso tradotte in termini di immagini esplicative.

Prendendo in esame i risultati emersi dalla seconda fase, in cui si è anche proposta una analisi puntuale di alcuni frame, per dare il feeling della multidimensionalità e della profondità delle analisi considerate, e per valutare con analiticità l'effetto di alcune

strategie comunicative specifiche evocate dalla scelta di certe immagini, è possibile stabilire che c'è una continuità tra la prima e la seconda fase, anche se non per tutti gli indicatori.

Se da un lato gli indicatori cardiorespiratori sono stati meno performanti rispetto alla prima fase, la skin conductance si è rivelata un robusto indicatore, che ha fornito le stesse indicazioni già emerse nella prima fase per Arcimboldo e Magliette (il secondo nettamente più attivate del primo, in quanto connotato da una emozione negativa, la tristezza, mentre Arcimboldo, avendo suscitato in media più gioia rispetto a tutte le altre emozioni, ha attivato meno il sistema nervoso autonomo simpatico), e collocando lo spot Cartone a un livello intermedio tra i due filmati, dato riverberato anche dal segnale cardiaco (anche se non risultato significativo). Inoltre, già nei dati psicofisiologici vi era una "varietà" collocabile tra Arcimboldo e Magliette per Cartone, che può essere visto come na sorta di "via di mezzo" tra Arcimboldo (andamento generale della sudorazione mediata tra tutti i soggetti durante l'esposizione allo spot più "dolce", cioè con il numero minore di picchi) e Magliette (con il numero dei picchi di magnitudine più elevata in assoluto), mentre Cartone ha esitato un "andamento nel mezzo", con la variazione del segnale più importante ma con picchi di minore portata rispetto a Magliette, ma non certamente con un andamento così "smooth" come in Arcimboldo). Questa posizione di "essere nel mezzo" tra i due estremi creati da Arcimboldo e Magliette, può essere una chiave di lettura utile per interpretare anche le altre misurazioni. Nelle espressioni facciali automatiche, infatti, si ritrova il dato favorevole per Arcimboldo ("happy" la percentuale più elevata), e quello "sad" per Magliette e per Cartone, anche se Cartone ha una varietà maggiore di emozioni suscitate, fenomeno che emerge in modo più convincente con l'analisi puntuale tramite tecniche manuali F.A.C.S. dove Cartone risulta effettivamente lo spot che ha generato il numero maggiore di emozioni e espressioni facciali caratterizzate da emozione e riflessione cognitiva. Anche il dato EEG, che già aveva permesso di distingure i trend tra i tre spot nella prima fase (per cui Arcimboldo era risultato più positivamente attivante rispetto a Magliette e Post-it), si rivela nella seconda fase con 24 soggetti, in grado di riflettereuna interpretazione generale in cui collocare Cartone nel mezzo rispetto ad Arcimboldo e Magliette: ovvero un andamento dell'engagement più basso per Cartone (il più alto è per Arcimboldo subito seguito da Magliette), però salvo poi ritrovare Cartone con il dato più elevato per l'excitement e il dato più basso per frustration, grazie all'effetto imputabile al codice comunicativo messo in atto dalla scelta di utilizzare al tecnica audiovisiva del "cartone animato". Ancora una volta, facendo la stima di tutti gli indicatori EEG nel loro complesso, cartone sembra collocarsi in quella "via di mezzo" che permette anche di comprendere come mai, nei self reports, sia riuscito a suscitare in quantità maggiore assoluta lo stupore, mentre ritroviamo gli estremi di Arcimboldo (con la risposta felicità che raggiunge il suo massimo dopo la visione dello spot Arcimboldo, per l'appunto) e Magliette (con la risposta di tristezza, che raggiunge nel caso appunto di Malgiette il suo picco massimo, ma anche di "rabbia", dove raggiunge un numero elevato di risposte self-report), dati confermati anche dalle espressioni facciali tramite tecniche F.A.C.S. (dove Arcimboldo ottiene il numero più elevato in assoluto di espressioni facciali positive, mentre

Magliette ottiene la percentuale più elevata in assoluto di espressioni facciali negative).

Se da una parte è possibile sostenere, come già presentato nella conclusione della prima parte, che Magliette è troppo negativo per essere eletto a spot migliore (a causa della sua impronta troppo negativamente connotata da emozioni positive come tristezza e/o rabbia), dall'altra Arcimboldo è davvero in grado di elicitare una risposta positiva, che, come già messo in evidenza dalla letteratura scientifica (in merito proprio alla comunicaziono sociale elaborata dal filne di ricerca del "fear arousing appeals", come già messo in evidenza nelle conclusioni della prima parte), corre tuttavia il rischio di non lasciare una impronta duratura nella memoria delle persone, proprio perché fin troppo positivo (per questo la ricerca sul "fear arousing appeals" ha ormai abbastanza consolidato l'appello alla paura nel caso di comunicazione sociale); la "via di mezzo" che Cartone propone, pur non generando un impatto così positivo come Arcimboldo, ha il vantaggio di avere suscitato una varietà di emozioni e stupore che hanno maggiori probabilità di lasciare un ricordo, come anche mostrato dalle espressioni facciali con analisi F.A.C.S. che è risultato in assoluto il più evidente, oltre al segnalo della skin conductance e ai dati self-report.

Un ultimo aspetto, ma non per questo meno importante, da sottolineare al termine di questo intenso progetto di ricerca, riguarda le linee future nel campo delle tecniche neuro scientifiche applicate alla valutazione della comunicazione sociale che così tanto spesso cerca di fare leva sulla efficacia emotiva della comunicazione.

Sembra che, contrariamente ad un senso comune ingenuo, secondo cui spesso si pensa che la comunicazione più efficace sia quella che semplicemente emoziona di più, per costruire una comunicazione davvero efficace, non si debba esclusivamente puntare sulla genesi di uno stimolo comunicativo in grado di "emozionare", positivamente o negativamente, con una certa intensità, ma anche di creare una narrazione in grado di generare una "varietà" di emozioni e di stati mentali che permettendo di aumentare le probabilità di memorizzazione. Questo aspetto della "varietà" emerso grazie all'esteso lavoro di ricerca del Behavior & Brain Lab apre ora un nuovo orizzonte su cui aprire nuove linee di ricerca andando al di là dei risultati positivi qui presentati.

BIBLIOGRAFIA

- Alwitt, L. F. (1985). EEG activity reflects the content of commercials. In L. F. Alwitt & A. A. Mitchell (Ed.s.). *Psychological processes and advertising effects: Theory, research, and applications* (pp. 209-219). Hillsdale. NJ: Eribaum
- Braidot, N.P. (2005). *Neuromarketing: Neuroeconomia y negocios*. Buenos Aires. Argentina: Norte-Sur SL.
- Ekandem J.I., Davis T. A., Alvarez I., James M. T. and Gilbert J. E., "Evaluating the ergonomics of BCI devices for research and experimentation," *Ergonomics*, 55(5): 592-598, DOI: 10.1080/00140139.2012.662527
- Goldberg, B.S., Sottilare, R.A., Brawner, K.W., Holden, H.K.: Predicting Learner Engagement during Well-Defined and Ill-Defined Computer-Based Intercultural Interactions. In: D'Mello, S., Graesser, A., Schuller, B., Martin, J.-C. (eds.) ACII 2011, Part I. LNCS, vol. 6974, pp. 538–547. Springer, Heidelberg (2011)
- Gonzalez-Sanchez J., Chavezà-Echeagaray M.E., Atkisnson R., Brleson W., "An agent-based software architecture for a multimodal emotion recognition framework," Proc. of 9th Working IEEE/IFIP Conference on Software Architecture, WICSA 2011, 2011.
- Huettel S.A., Song. A.W., & McCarthy. G. (2004). *Functional magnetic resonance imaging.* Boston: Sinauer Associates.
- Inventado, P.S., Legaspi, R., Bui, T.D., Suarez, M.: Predicting student's appraisal of feedback in an its using previous affective states and continuous affect labels from eeg data. In: Proceedings of the 18th International Conference on Computers in Education, Putrajaya, Malaysia (2010)
- Kenning. P., Plassmann. H., Ahlert. D. (2007). Applications of functional magnetic resonance imaging for market research. *Qualitative Market Research 2.* 135-152.
- Koutepova, T., Liu, Y., Lan, X., Jeong, J.: Enhancing video games in real time with biofeedback data. In: ACM SIGGRAPH ASIA 2010 Posters, p. 56. ACM (2010)
- Krugmann H.E., (1971). Brain Waves Measures of Media Involvement. *Journal of Advertising Research.* 3-9.
- Mauss I.B. and Robinson M.D. (2009). Measures of emotion: a review. *Cognition and Emotion*, *23*(2), 209–237.
- Ohme R., Reykowska D., Wiener D., Choromanska A. (2009). Analysis of Neurophysiological Reactions to Advertising Stimuli by Means of EEG and Galvanic Skin Response Measures. *Journal of Neuroscience, Psychology and Economics,* Vol. 2, 1: 21-31.
- Rossiter J.R., Silberstein R.B. (2001). Brain-imaging detection of visual scene encoding in long-term memory for TV commercials. *Journal of Advertising Research 4l:* 13-21.
- Rothschild. M.. & Hyun Y. J. (1990). Predicting memory for components *of* TV commercials from EEG. *Journal of Consumer Research. 4.* 472-478.
- Rothschild. M.. Thorson. E.. Reeves. B.. Hirsch. J.. & Goldstein. R. (1986). EEG activity and the processing of television commercials. *Communication Research.* 2, 182-220.
- Swartz, B.E. (1998). Timeline of the history of EEG and associated field. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. 106.* 173-176.

Appendice 1 – Esempi di azioni nel mondo in contrasto alle NCD

Tabella1.1 – Azioni di promozione della salute intraprese nel Chandigarh Union Territory (2005-07), India

Activity	Details (no. of activities)
Interactive sessions	Schools, colleges, employees organizations (58)
Cycle rallies	Promotion of physical activity (24)
Mass media	News items (130) and health articles (14) on NCDs in leading newspapers, health talks on AIR and DD (5)
Local cable channel	Health promos are being telecasted on a local channel about 8–10 times a day
Street plays	16 plays
Exhibition on NCDs	4 in different parts
Health education material distribution	Handbills (30,000), brochures (4000), posters (700), WHO protocol charts (500)

Fonte: Thakur, Pala, Sharma, *et al.*, 2009

Figura 1.1 – Logo del Chadigarh healthy heart action project (CHHAP)

Fonte: Thakur, Pala, Sharma, *et al.*, 2009

Tabella 1.2 – Materiali educativi sviluppati nel CHHAP

Table 3 Education materials developed under the Chandigarh healthy heart action project.

S. no	Material	Quantity
1	Modules for doctors	600
2	Modules for health workers	600
3	Modules for teachers	450
4	Brochures	13,000
5	Treatment charts	500
6	Handbills	70,000
7	Posters	5,000
8	Folder for common NCDs in Hindi	1000
9	Tobacco cessation folder in Hindi	1000

Fonte: Thakur, Pala, Sharma, *et al.*, 2009

Figura 1.2 – Logo della campagna contro il fumo di Chandigarh esposto in diversi luoghi nella città

Fonte: Thakur, Pala, Sharma, *et al.*, 2009

Tabella 1.3 – Effetti e costi degli interventi in alcuni stati dopo venti e cinquant'anni

	Brazil		China		England		India		Mexico		Russia		South Africa	
	DALYs	CE*	DALYs	CE*	DALYs	CE*	DALYs	CE*	DALYs	CE*	DALYs	CE*	DALYs	CE*
20 years														
School-based interventions	4	†	10	704 863	0	†	8	†	3	†	12	830 177	3	†
Worksite interventions	1187	8270	399	7785	1725	45 630	405	6151	644	37 912	1759	6187	254	25 409
Mass media campaigns	627	5074	688	7188	1361	25 897	246	15 552	533	6858	811	12 911	421	23 221
Fiscal measures	1642	CS	1027	CS	1496	CS	139	CS	509	CS	1696	CS	528	CS
Physician counselling	2805	8503	864	9390	5562	25 284	523	6155	2796	23 811	6988	5982	719	23 841
Food advertising regulation	38	CS	145	556	245	25 672	49	3186	112	11 151	288	5718	89	13 241
Food labelling	1030	9962	779	71	1134	12 577	495	952	358	3974	1176	396	389	7953
50 years														
School-based interventions	170	93 350	337	35 174	245	152 989	232	59 665	83	235 957	696	26 114	152	153 233
Worksite interventions	3323	3541	1383	3393	6078	20 506	939	4491	2175	16 932	5929	2926	739	14 561
Mass media campaigns	1803	1994	2500	3177	4025	13 796	670	8575	1530	2778	2914	5822	1047	15 211
Fiscal measures	5483	CS	3909	CS	6049	CS	355	CS	1978	CS	5898	CS	1725	CS
Physician counselling	7163	5156	2306	5718	14 776	15 731	1045	5553	7477	15 108	16 644	4331	1739	16 591
Food advertising regulation	988	CS	1314	CS	2179	4278	752	332	658	3415	5823	552	610	3352
Food labelling	3259	CS	2805	CS	4019	5268	1089	776	1304	CS	4099	CS	1157	3927
Cost-effectiveness threshold (US$/DALY)‡	..	15 000	..	5000	..	50 000‡	..	2500	..	20 000	..	15 000	..	15 000

DALYs=disability-adjusted life-years saved per million population. CE=cost-effectiveness. CS=cost-saving. *Cost-effectiveness ratios are expressed in US$ per DALY averted, and represent the net cost of gaining 1 additional year of healthy life, relative to a no prevention or treatment-only scenario. †Cost-effectiveness ratio is higher than US$1 000 000 per DALY. ‡For countries other than England, the guideline amount of three times gross domestic product per head (US$2005) is used as a cost-effectiveness threshold. In England, US$50 000 DALY is a threshold commonly adopted by the UK's National Institute for Health and Clinical Excellence to denote that an intervention is cost effective.

Table 2: **Effectiveness and cost-effectiveness of interventions after 20 years and 50 years**

Fonte: Cecchini, Sassi, Lauer, *et al.*, 2010

Figura 1.3 – The WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance

The WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance (STEPS) was initiated in 2000, to assist countries of low and middle income to obtain information about risk factors for major non-communicable diseases. The overall goal is to build and strengthen country capacity to undertake surveillance within an integrated, systematic, sustainable framework.[113] With the same standardised questions and protocols, all countries can use STEPS information not only for monitoring within-country trends, but also for making comparisons between countries. The global physical activity questionnaire was developed for STEPS. This instrument measures physical activity at work and in the household, for transport, and for leisure separately.[11] The use of show cards and culturally specific examples for each activity type contained in the questionnaire ensures complete understanding of the questions and cultural adaptation.

In 2000, physical activity data were available for only two countries in the WHO African region.[4] 2 years later, professionals working in Ministries of Health, and other health professionals and statisticians in ten of the 46 African countries had received training about implementation of the STEPS approach; this number had increased to 35 by early 2006. By then, the remaining 11 countries had already successfully undertaken a STEPS survey. Since 2006, all African countries have received STEPS training, and physical activity data are now available for the 35 countries that have completed surveys, including five countries that have done two surveys. 26 countries have published the results in country reports or journal articles, or both.[114] In ten countries that have completed a STEPS survey, eSTEPS—ie, hand-held computers to input data introduced in 2009—has been implemented.

Fonte: Hallal, Andersen, Bull, *et al.*, 2012

Figura 1.4 – Promozione della salute attraverso le tasse sul tabacco in Sud Corea

The prevalence of tobacco use in South Korea has halved over the past 20 years, with prevalence in men decreasing from 75% in 1991, to 41% in 2008. Despite initial reluctance to address tobacco control, the government was encouraged by the actions of anti-smoking non-governmental organisations such as Korean Association on Smoking and Health (KASH). The Health Promotion Law, which was passed in 1995, strengthened health warnings, designated smoking and non-smoking areas in public places, restricted advertising of cigarette smoking, and banned sponsorship for women and children's events.[56] To fund tobacco control efforts, the law imposed a surcharge on cigarettes; these funds were used to establish a Health Promotion Fund. This fund provides an annual budget of more than US$30 million for tobacco control, based on a progressively increasing tax on cigarettes.

Fonte: Ruth Bonita, Roger Magnusson, Pascal Bovet, *et al.*, 2013

Figura 1.5 – Raccomandazioni per interventi sulla popolazione del Department of Health per la prevenzione delle NCD in Sud Africa

1. Maintain and extend tobacco-control activities, especially for young people, and encourage quitting by means of counselling and nicotine replacement therapy
2. Monitoring, assessment, and enforcement of occupational health and anti-alcohol legislation
3. Food-control legislation with public education for reducing the salt content of food and for substituting 2% of trans fat with polyunsaturated fat
4. Promotion of physical activity in schools, workplaces, and the built environment
5. Electrification of households to reduce exposure to biomass pollutants and reduce the burden of COPD
6. Prevention and control of tuberculosis through enhanced notification and contact tracing to reduce the burden of COPD
7. Use of multidrug regimens (eg, the polypill containing aspirin, β blocker, ACE inhibitor, diuretic, and a statin), and an absolute risk approach to prevent stroke, chronic kidney disease, hypertensive heart disease, and ischaemic heart disease
8. Assess the cost-effectiveness of rolling out the HPV 16/18 vaccination in view of emerging, cheaper HPV screening technologies
9. Strengthen the district-based primary health system, with sites of service excellence, and integration of the care of chronic diseases and their risk factors
10. Develop a national surveillance system for all chronic diseases

COPD=chronic obstructive pulmonary disease. ACE=angiotensin converting enzyme. HPV=human papillomavirus.

Fonte: Mayosi, Flisher, Lalloo, *et al.*, 2009

Tabella 1.4 – Attività di contrasto alle NCD in Bangladesh

Program/institution	Sector	Target NCD	Objective	Activities
Bangladesh Institute of Research and Rehabilitation for Diabetes (BIRDEM); part of Diabetic Associations of Bangladesh (DAB) Since 1956	NGO	Diabetes; endocrine and metabolic disorders	To provide clinical care for diabetes patients in Bangladesh	Training of PCPs; primary and secondary care of diabetes (inpatient & outpatient); diagnostic services; diabetes education for individuals and family
National Institute of Cardiovascular Disease (NICVD) Since 1978	Government	CVD	To provide emergency cardiac care, and promote prevention and treatment of cardiovascular diseases in Bangladesh	Training of nurses and paramedics on cardiovascular disease; seminars and workshops to prevent NCDs; emergency cardiac care; services to prevent and treat chronic cardiovascular diseases
National Heart Foundation (NHF) Since 1978	NGO	CVD	To provide cardiovascular care and promote cardiovascular health in Bangladesh	Heart 'camps' throughout rural parts of the country to treat and educate cardiac patients; published booklets and educational materials to build awareness of CVD prevention
Health Care Development Project (HCDP); part of the Diabetes Association of Bangladesh (DAB) Since 2006	Public-private partnership co-financed by the Netherlands Development Finance Company and the DAB	All NCDs; testing a model of integrated care service delivery, including a focus on NCDs, in the urban and rural areas	To provide a full spectrum primary, secondary and tertiary care services. HCDP aims to transform the diabetes healthcare model of DAB by forming a countrywide network of self-sustained general healthcare delivery services	In process of building or renovating five new hospitals and eighteen clinics
Primary Prevention of Diabetes	NGO	Diabetes	To develop and implement a long-term National Diabetes Prevention Program	Train doctors and community counselors in diabetes education
Child Sponsorship Program in Bangladesh Since 2003, extended 2007	NGO	Type 1 diabetes	To provide diabetes medicines and supplies to needy children in Bangladesh	Diabetes awareness 'camps' in rural areas for youth and their parents; regular monitoring of glycemic control by HBA1c
Improving Diabetes Nutrition Education Since 2006	NGO	Diabetes	To increase nutrition awareness; train health care providers; and develop new knowledge and strategies for nutritional management of diabetes	Developed a one-day training program for health professional and educational classes for people with diabetes; created a nutrition based website (www.pushti.org); disseminated 2000 information and nutrition boards
Upazilla NCD Project Since 2007	Government	Diabetes, hypertension	To develop NCD capacity among public and private providers in project sites	Trained 782 physicians, 1,345 nurses, 1,451 medical technologists and 1,347 health assistants; developed NCD training manuals for PCPs and paramedics; developed a two day training module for health professionals and conducted 240 workshops; orientation of private service providers to NCDs risk factors, provision of equipment and other logistic support for NCD care

Fonte: Bleich, Koehlmoos, Rashid, *et al.*, 2011

Tabella 1.5 – Attività di contrasto alle NCD in Bangladesh (2) e confronto tra attività WHO contro NCD e attività in Bangladesh contro le NCD

Program/institution	Sector	Target NCD	Objective	Activities
Noncommunicable Disease Control and Public Health Intervention Program of the Directorate General for Health Services Since 2007	Government	CVD, cancer	To spread awareness of NCDs and NCD care	Develop awareness of NCDs among senior citizens Provide equipment for improving the quality of NCD care
Bangladesh Anti-Tobacco Alliance Since 1999	NGO	Tobacco-related cancer	To educate the public and policymakers about the dangers of tobacco; strengthen the nation's tobacco control policies and legislation	Training and creation and dissemination of materials; host anti-tobacco workshops
Smoking and Tobacco Product Usage Act, 2005	Government	Tobacco-related cancer	Restricted smoking in public places; restricted tobacco advertising; required health warning labels on tobacco products to take up at least 30% of the packaging; created a loan program for farmers looking to switch from tobacco to other crops	Removal of tobacco billboards. Restriction of tobacco in public places (e.g., schools, hospitals, restaurants, airports, cinemas, vending machines). Health warning labels on tobacco products required to take up at least 30% of the packaging with one of six warning messages. Importers are required to disclose the ingredients of their products to the Bangladeshi government.

Table 2
Comparison between WHO NCD global strategy and strengths/limitations of NCD activities in Bangladesh.

WHO NCD global strategy	Objective addressed	Strengths	Limitations
1. Raise the priority accorded to NCDs in development work at global and national levels, and integrate prevention of such diseases into policies across all government departments	Partially	• NCDs identified as one of five priority areas of the emerging health sector challenges	Limited resources
2. Establish and strengthen national policies and plans for the prevention and control of NCDs	Partially	• Development of a strategic plan for surveillance and prevention of NCD's • Broad information dissemination to educate the public about NCDs	Infancy of most programs
3. Promote interventions to reduce the main common risk factors for noncommunicable diseases: tobacco use, unhealthy diets, physical inactivity and harmful use of alcohol	Partially	• Efforts to reach rural populations through satellite clinics or mobile prevention and treatment centers • Increase in number of health professionals trained to care for patients with NCDs • Reduction of billboards advertising tobacco products • National strategic plan of action for Tobacco control, 2007–2010	Local focus of most programs
4. Promote research for the prevention and control of noncommunicable diseases	No	• N/A	Emphasis on development and implementation rather than on research
5. Promote partnerships for the prevention and control of noncommunicable diseases	Partially	• Ministry of Health's cooperation strategy with the WHO to reduce major NCDs and associated risk factors • Establishment of the center for the control of chronic diseases in Bangladesh	Lack of concrete action plans
6. Monitor noncommunicable diseases and their determinants and evaluate progress at the national, regional and global levels	Partially	• Beginning to collect NCD surveillance data	Lack of rigorous evaluations of existing NCD programs

Fonte: Bleich, Koehlmoos, Rashid, *et al.*, 2011

Tabella 1.5 – Raccomandazioni per migliorare gli sforzi per combattere le NCD

Knowledge gaps
- Expand surveillance activities to include the measurement of NCD-related morbidity and mortality
- Improve the monitoring and evaluation of existing and planned NCD programs
- Identify remedial risk factors specific to Bangladesh's (South Asian) populations

Implementation gaps
- Encourage more focus on NCD service delivery
- Improve primary care services by integrating secondary prevention of chronic disease, expanding service delivery to non-traditional health spaces and training informal sector health providers
- Increase number of health care workers with expertise in NCDs through expanded training programs

Policy gaps
- Update the Essential Services Package (in the public sector) to incorporate NCDs
- Develop insurance mechanisms to protect individuals, particularly the poor, against the costs of emergency care and catastrophic illnesses associated with NCDs
- Increase budgetary allocations to support the primary prevention of NCDs and evaluation of NCD programs
- Bridge the disconnect between NCD disease burden and NCD efforts
- Identify policy instruments to reduce tobacco, dietary, and environmental risk factors for NCDs beyond the health sector

Figura 1.6 – Sistema di informazione sanitaria per le NCD in Brasile

The main health information systems—SIM (mortality), SIAB and SIA (primary care), and SIH (admission to hospital)—are complemented with *Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo*, a database for high cost and complex out-patient procedures such as renal dialysis and cancer chemotherapy; SisHiperDia, a voluntary registry of patients with diabetes, hypertension, or both; and population-based cancer registries.[59]

Periodic representative surveys capture data on socioeconomic and demographic characteristics, risk factors and behaviour, health-care facilities, and self-reported disease—covering core, expanded, and optional items of step 1 (behavioural), and weight and height of step 2 (physical measurements), of the WHO STEPwise approach to risk factor surveillance.[70,71] Principal of these studies are *Pesquisa de Orçamento Familiar* (POF),[72] *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD),[57] *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquerito Telefônico* (Vigitel),[73] *Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar* (PeNSE),[74] and *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS).

POF is the national household budget survey, profiling nutritional status and spending, including nutrition-related purchases, of Brazilian families along with measured height and weight. It permits the creation of food consumption indexes and time trends in household food availability.

PNAD is the national household survey that includes questions related to health every 3 years, providing individual information on socioeconomic and demographic characteristics, and selected health indicators including risk factors and self reported chronic diseases. In 2008 it included for the first time, data on tobacco consumption, physical activity, and exposure to violence.

Vigitel is the the telephone-based survey of risk factors for chronic disease established in 2006, annually reporting information on key risk factors and self-reported diseases of residents of Brazilian state capital cities.

PeNSE is the national survey of school health, investigating nutritional, smoking, and physical activity health behaviours, and family and school relationships, while measuring weight and height in 8th grade children (14 years) in all Brazilian state capital cities.

PNS is the first Brazilian national health survey. It includes blood pressure and other clinical parameters and laboratory measurements. It is scheduled for 2013.

Fonte: Schmidt, Duncan, Silva, *et al.*, 2011

Tabella 1.6 – Capacità nazionale di controllo delle NCD nel Sud Est Asiatico

	Existing operational integrated NCD strategy	Existing operational strategy for specific behavioural risk factors			Existing population-based data for NCDs in the national health reporting system		Population covered by insurance for NCD-related services
		Unhealthy diet	Physical inactivity	Tobacco	Cause-specific mortality related to NCDs	NCD risk factors	
Brunei	No	Yes	No	Yes	Yes	No	No
Singapore	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes (data for % NA)
Malaysia	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes (100%)
Thailand	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes (100%)
Philippines	Yes	No	No	Yes	No	Yes	Yes (20–50%)
Indonesia	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes (20–50%)
Vietnam	Yes	No	No	Yes	No	No	Yes (20–50%)
Laos	No	NA	NA	No	No	Yes	Yes (5%)
Cambodia	Yes	No	No	Yes	No	No	No
Myanmar	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No

Data are preliminary results from the ongoing WHO global survey on NCD country capacity, June 2010 (Riley L, WHO, Geneva, Switzerland, personal communication). NCD=non-communicable disease. NA=not available. *Countries ranked according to decreasing gross national income.

Fonte: Dans, Ng, Varghese, *et.al.*, 2011

Tabella 1.7 – Spese annuali per l'implementazione di strategie per ridurre il consumo di sale e di tabacco in alcuni Paesi asiatici

	Cumulative NCD deaths averted (over 10 years)*	Combined cost of smoking intervention†		Voluntary salt reduction (processed foods)‡		Total cost of selected interventions		Total cost as proportion of government health spending	
		Total cost (US$)	Cost per person per year (US$)	Total cost (US$)	Cost per person per year (US$)	Total cost (US$)	Cost per person per year (US$)	Government health spending per head (US$)	Total cost as proportion of government health spending (%)
Thailand	310 000	10 856 979	0·17	3 630 038	0·06	14 487 018	0·23	47	0·5%
Philippines	317 000	9 907 662	0·13	3 909 945	0·05	13 817 607	0·18	14	1·3%
Indonesia	1 173 000	25 437 702	0·12	8 636 796	0·04	34 074 498	0·16	11	1·5%
Vietnam	378 000	8 901 192	0·11	3 382 112	0·04	12 283 304	0·16	7	2·2%
Myanmar	359 000	5 220 327	0·11	1 775 208	0·04	6 995 536	0·15	77	0·2%

Data extracted from reference 29. The five countries shown in this table were among the 23 high-NCD-burden countries examined as part of a study investigating the health effects and costs of implementing common interventions to prevent chronic diseases. All costs are shown in US$ (2005). NCD=non-communicable disease. *On the assumption of a 2% per year reduction in NCD death rates. †Smoking interventions included a revised tobacco tax system, tobacco information and antismoking advertising, smoking restrictions, and bans of advertising. ‡Salt intervention consisted of a voluntary reduction of 15%, including in processed foods.

Table 3: **Estimated annual expenditure for implementation of strategies to reduce salt intake and control tobacco use in selected countries**

Fonte: Dans, Ng, Varghese, *et.al.*, 2011

Figura 1.7 – Stroke Prevention in Cina

Major national programmes to promote healthy behaviour and prevent the emergence of chronic diseases have not yet taken hold in China. Over recent years, a series of pilot programmes have demonstrated that promising results are possible if interventions are pursued vigorously. Examples are two stroke prevention programmes:

- Prevention in the community[51]
  Three cities—Beijing, Shanghai, and Changsha—piloted a community-based intervention in 1992 and 2000, consisting of blood-pressure screening, treatment for hypertension, and disseminated health education. Two cities (with almost 140 000 participants) introduced the intervention, and one was used as a control site (with 153 805 participants). Results after 9 years showed that strokes fell by 51·5% in men and by 52·7% in women, compared with 7·3% and 15·7% respectively in the control city.
- Prevention at the workplace[34]
  Factories owned by the Capital Iron and Steel Company were assigned to intervention and comparison groups. The intervention, for cerebrovascular disease, involved blood-pressure screening, treatment of hypertension, restriction of salt intake, and programmes to lose weight. After 8 years, the average blood pressure and proportion of people with hypertension were lower in the intervention group (2·5 mm Hg) than in the comparison group (2·2 mm Hg).

Fonte: Yang, Kong, Zhao, *et al.*, 2008

Figura 1.7 – Piano per un approccio integrato alla prevenzione e cura in Malawi

Around 65% of the Malawian population lives on less than US$1 a day. Health indicators are among the poorest in sub-Saharan Africa, with a mortality rate in children younger than 5 years of 110 per 1000 livebirths, an adult mortality rate of 599 per 1000, and a maternal mortality ratio of 510 per 100 000 livebirths. Adult HIV seroprevalence rate is estimated at 12%. As in other countries in sub-Saharan Africa, the burden of non-communicable diseases (NCDs) is increasing rapidly; the Nationwide STEPS Survey[25] undertaken in 2009 showed that more than 30% of adult Malawians have hypertension and nearly 6% have diabetes.

Despite the challenging context, Malawi has had several successful disease-specific programmes (including for HIV, tuberculosis, and malaria control), but patients with NCDs have traditionally not had structured care. With increasing political commitment, selected NCDs have been incorporated into the WHO Essential Health Package and are prioritised in the National Health Research Agenda. The Ministry of Health and Population now has a manager for control of NCDs. With assistance of local and international institutions, there has been a systematic attempt to improve diabetes and hypertension services at the Queen Elizabeth Central Hospital that serves the southern region of Malawi, with a population of 5·9 million. Increased nurse support is now available, biochemistry testing and pharmacy procurement have been improved, and an electronic patient record system has been established to help with patient management and audit. Funding for a dedicated laser for retinopathy treatment has been secured, and a retinopathy management clinic started in 2010.

Whether the diabetes programme will take a vertical or integrated approach is unclear. In view of constraints in the financial and human resources (two doctors per 100 000; 38 nurses per 100 000), an integrated approach seems to be more attractive to policy makers. There have been ongoing government efforts to integrate health delivery structures through primary health care and adoption of the sector-wide approach to health financing. However, several other factors will determine how well NCDs are integrated with other programmes, including identification of the right programmes (eg, chronic care for antiretroviral therapy services) to integrate with, the response of these existing programmes to accommodate NCDs, and the buy-in of key stakeholders, particularly donors.

Fonte: Atun, Jaffar, Nishtar, *et al.*, 2013

Figura 1.8 – NCD in Pakistan

In 2005, non-communicable diseases (NCDs) and injuries accounted for 52% of crude deaths and 66% of age-standardised deaths in Pakistan, which began to integrate NCDs into national health planning in its 1997 policy. In 2003, the National Action Plan for the Prevention and Control of Non-communicable Disease and Health Promotion in Pakistan, a public-private partnership, aimed to address four NCDs with common risk factors by: grouping NCDs so that they could be targeted through a set of actions, harmonising actions, integrating actions with existing public health systems, and incorporating contemporary evidence-based ideas into this approach. Both the policy and plan could not be implemented because of change in government and uncertainties around policy.[37,38]

Pakistan's health system is undergoing major changes with devolution of responsibility for health to the provincial level. Although many NCD-related policies and regulatory actions are federally mandated, planning for integration of NCDs within the primary health-care level is now the responsibility of provincial authorities—where poor health system performance has been a major stumbling block to improving health outcomes.[39] Early implementation of the National Action Plan created instruments that can be used to scale up the NCDs programme in provinces, including a population-based risk factor surveillance model,[40] and methods to integrate NCDs with the work plan of Lady Health Workers including behaviour change communication strategy.[41,42] However, many health system barriers need to be addressed to develop a sustainable NCD programme—most notably out-of-pocket expenditure, which accounts for 57% of total health expenditure, poorly regulated private sector that provides almost 75% of health services, and human resource imbalances, by which physicians outnumber nurses and midwives by two to one. Although Pakistan's National Essential Drugs List includes antihypertensive, lipid-lowering, and antidiabetic drugs, major stock-out issues are frequent, leading to treatment interruptions.[7] However, changes in Pakistan's administrative structure that devolved a health mandate to the provinces provide an opportunity to introduce health system changes to institutionalise NCD control.

There has also been some progress with tobacco control—eg, the 2002 law on prohibition of smoking and protection of non-smokers health ordinance, adoption of the Framework Convention on Tobacco Control in 2004, curbs on marketing of tobacco in 2009, and policy stipulation mandating pictorial warnings on all packs in 2010. However, despite these policies the price of cigarettes remains low and easily affordable for the population.

Fonte: Atun, Jaffar, Nishtar, *et al.*, 2013

Figura 1.9 – Programmi per la salute delle famiglie in Brasile per la prevenzione e il management delle NCD

In Brazil, deaths from non-communicable diseases (NCDs) have been increasing since the 1960s, and accounted for around 72% of all deaths in 2007. From 1996 to 2007, NCD mortality decreased by 20%, mainly because of falls in cardiovascular (31%) and chronic respiratory (38%) diseases; for diabetes and other chronic disorders, mortality remained stable (a 2% increase and a 2% decrease, respectively).[44] A large decrease in the prevalence of smoking in Brazilian adults from 34·8% in 1989, to 17·2% in 2009 (a 51% reduction),[44,45] the creation of a national registry of hypertension and diabetes in 2001, and expanded free access to basic medicines for these diseases have all contributed to the reduction in NCD mortality. However, growing evidence suggests that the expansion of the Family Health Programme was a key contributor to the decrease recorded in mortality. Launched in 1994, the Family Health Programme has become the world's largest community-based primary health-care programme. By 2011, there were around 32 000 family health-care teams, covering 50% of the Brazilian population (98 million people) in 5374 (94%) municipalities.[46]

The Family Health Programme teams are composed of one doctor, one nurse, one auxiliary nurse, and four to six community health and oral health professionals. Each team is assigned to specific geographical areas and to cover a maximum of 1000 families. The teams have two components to their priorities. First are the priorities defined at the national level focusing on some population groups (pregnant women and children) and some specific health problems (tuberculosis, leprosy, hypertension, and diabetes). All teams are obliged to follow these priorities. Second, the teams are mandated to analyse the social and environmental conditions and the health problems of the population for which they are responsible. The teams can define their local agenda of priorities, with actions that are integrated, solution oriented, and intersectoral. The teams provide a first point of contact with the local health system, coordinate care, and work towards integration with diagnostic, specialist, and hospital care. Health services and health promotion activities take place at health facilities, in patients' homes, and in the community.[46]

High coverage of the Family Health Programme has been associated with greater use of primary health services,[47] reduced avoidable hospital admissions for NCDs,[48] and improved health outcomes such as adult mortality.[9] The inclusion of primary health-care-sensitive disorders (that include some NCDs) in an essential service package has led to a 24% decrease in hospital admissions for them, which is more than 2·5 times greater than the decreases recorded in admissions for all other disorders.[49]

Fonte: Atun, Jaffar, Nishtar, *et al.*, 2013

Figura 1.10 – Prevenzione del cancro nelle donne, in Paesi a basso e medio reddito

Women and health systems in low-income and middle-income countries face a double cancer burden that includes both the backlog of preventable cervical cancer and the emerging challenge of breast cancer—both leading causes of death, especially for young women, in all such countries.[58] The burden of these two cancers, both associated with reproduction, now exceeds that of many other priorities for women's health in low-income and middle-income countries. The 30% decrease in maternal mortality over the past three decades means that the number of adult women who die of breast and cervical cancer each year exceeds that from childbirth.[59]

In response to this growing burden, several low-income and middle-income countries are including early detection and treatment of women's cancers in national programmes for social protection in health. The *Seguro Popular* programme of Mexico, which covers a full range of interventions for cervical and breast cancer, illustrates how expanded financing can be used to improve early detection and care of these cancers. The *Oportunidades* programme in Mexico has used cash transfers to poor households to promote better nutrition, education, and early detection of breast and cervical cancer.[60]

Combating of discrimination and gender inequity—integral parts of many other health and social programmes—are key to programmes for women's cancers. Disparities in the cancer burden, especially for women's cancer associated with reproduction, are exacerbated by discrimination, stigma, and gender inequity. The removal of a breast or loss of reproductive potential can lead to social exclusion.

As successfully achieved in the *Oportunidades* and *Seguro Popular* programmes, maternal and child health, sexual and reproductive health, and antipoverty, social welfare, and women's empowerment programmes can serve as platforms to expand access to cancer control and care. Simultaneously, extending work on women's cancers can strengthen existing health system and antipoverty programmes.[57]

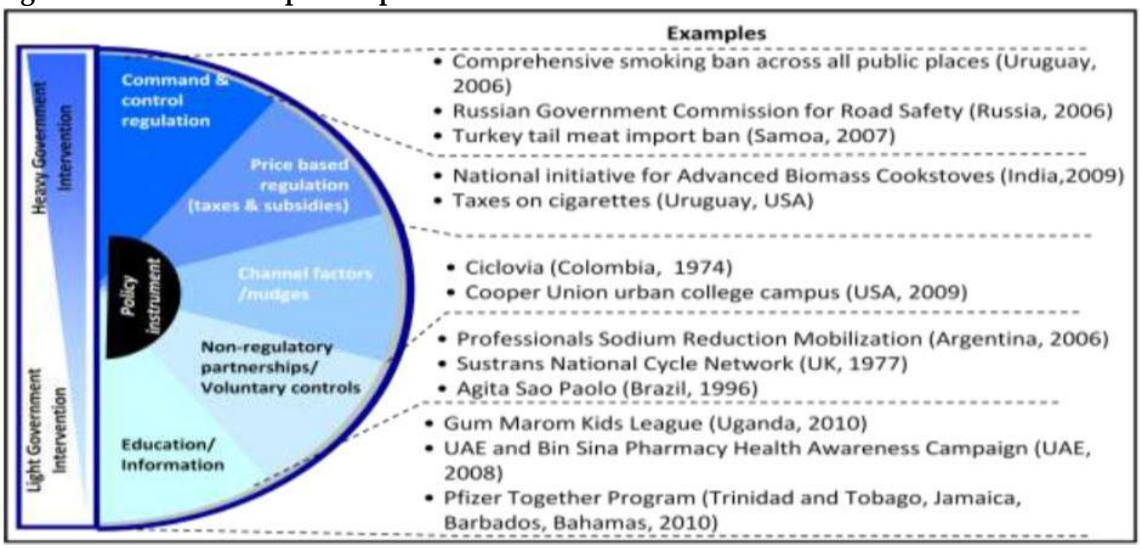
Fonte: Atun, Jaffar, Nishtar, *et al.*, 2013

Figura 1.11 – NCD e HIV

- Prevention of non-communicable diseases (NCDs) is likely to be suboptimal without treatment, and treatment without effective prevention is unlikely to have a major sustained effect.
- Behaviour change for prevention of NCDs is challenging. Just as antiretroviral-based prevention methods are now being introduced for HIV prevention, drug therapies (eg, for smoking cessation, hypertension, and lipid control) will likely be needed in addition to smoking control, reduction of salt and sugar in food, and creation of facilities that stimulate physical activities.
- Diagnostic testing through community outreach will need scaling up for early identification of people at high risk. Similarly, treatment and prevention services must be delivered in the community with minimal reliance on clinical staff, particularly clinicians; such services can be rapidly scaled up provided that they are streamlined and simplified. Malawi, which has some of the greatest shortages of health staff, has achieved high coverage rates for antiretroviral therapy (ART)[66] by providing a single fixed-dose of combination therapy in the early years of their ART roll-out, starting treatment on the basis of clinical stage alone, and by undertaking similar routine monitoring in all patients. Malawi then introduced more drug combinations and monitoring tailored to the patient.
- Drug supplies must be affordable and reliable. With HIV, drug shortages demotivated patients, reduced adherence, and increased clinic workloads.
- Community involvement is key to success. Health services must empower and build partnerships with communities, people affected by the disease, and patient support groups to ensure buy-in, foster innovation, and increase accountability.
- A continuum of care involving multidisciplinary teams responds best to the needs of patients. Strategies to minimise loss to follow-up of patients with NCDs in care must target those under observation and being assessed for treatment, and those in whom treatment is started.
- A unified strategy for how to tackle the problem and at what cost, is needed to mobilise political will and resources at national, regional, and global levels. Consensus guidelines for patient management, based on both international norms and on local relevance and cost-effectiveness, should be the cornerstone of effective prevention and patient management.

Fonte: Atun, Jaffar, Nishtar, *et al.*, 2013

Figura 1.12 – Strumenti politici per ridurre le NCD



Fonte: Meiro-Lorenzo, Villafana, Harrit, 2011

Figura 1.13 – Iniziative in Brasile

Box 2: *Agita São Paulo, launched in 1996 (Matsudo et al 2003, 2010)*

PROGRAM GOALS:

- To increase the population's knowledge on the importance of physical activity and up activity levels by 20% over 10 years

PROGRAM RATIONALE: In the early 1990s nearly 70% of the adults in São Paulo were not sufficiently active leading to poor health outcomes that placed a heavy burden on the health system.

ACTORS PARTICIPATING:

- Launched by the State Secretariat of Health of Sao Paulo
- Coordinated by the Studies Centre of the Physical Fitness Research Laboratory of Sao Caetano do Sul (CELAFISCS)
- Implementing partners: more than 300 governmental, non-governmental, and private partners from several industries
- Funded through direct and indirect partner contributions, private business, and the State Health Secretariat, with State funds equivalent to less than $0.01 per state inhabitant per year

POLICY INSTRUMENTS USED: Cues to channel behavior; education and information; and partnerships with voluntary controls

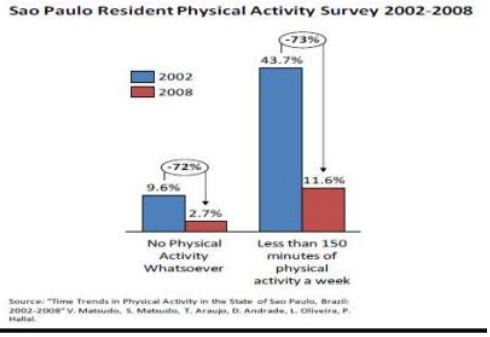
ACTIVITIES: Mass media; promotional giveaways; mega-events (Active Community Day, Annual São Paulo Mega-Walk); access to sporting facilities; improving physical environments; and "prescription" of physical activity by health professionals

IMPACT OF PROGRAM:

- Physical activity: the proportion of residents with no physical activity fell from nearly 10% to less than 3% between 2002 and 2008; and the proportion of individuals with less than 150 minutes of weekly activity fell from 43.7% to 11.6%
- Awareness: between 2002 and 2008 the proportion of residents aware of the program rose from 37% to 60%

SUCCESS FACTORS:

- A respected coordinating body able to attract partners
- Simple and straightforward messages and activities
- Cross-sector partnerships leveraging program reach and capacity
- Technical cooperation and support among partners allowing program to remain dynamic and innovative



Fonte: Meiro-Lorenzo, Villafana, Harrit, 2011

Figura 1.14 – Iniziative in India

Box 1: *The Indian National Initiative for Advanced Biomass Cookstoves: the Benefits of Clean Combustion (Venkataraman et al 2010).*

Program goals:

- To replace traditional cookstoves in Indian households using highly pollutant biomass and coal with energy-efficient ones
- To reduce the harm caused by traditional cookstoves to the environment and health

Program rationale: More than 770 million Indians across 160 million poor households rely primarily on biomass as their cooking fuel with very negative impacts on health and the environment.

Key actors participating:

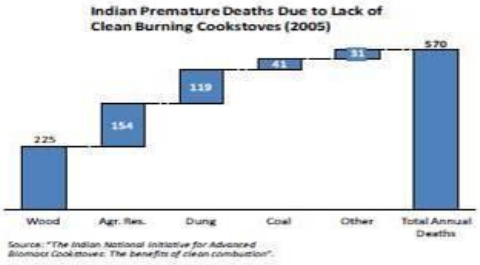
- Led and coordinated by the Ministry of New and Renewable Energy, with support from Prime Minister and other officials
- Implementing partners include state agency nodes, private sector actors, NGOs, self-help groups, and several technical research institutions such as X PRIZE Foundation and the Indian Institute of Technology Delhi

Policy instruments used: Subsidies for innovation and use; provision of information

Activities carried-out: Setting up of testing, certification, and monitoring facilities, and R&D training across Indian technical institutions. Launch of a global competition to develop and deploy clean cookstoves. Assessment of existing improved biomass cookstoves through a series of pilot-scale projects in several locations. Deployment and development of new cookstoves and partial subsidy of cookstove costs for consumers.

Impact: While it is too early to assess its impact, modeling suggests that the program has the potential to:

- Reduce the national disease burden by almost 3% (avoiding 570,000 premature deaths per year in women and children)



- Eliminate one third of India's black carbon emissions along with a range of other air pollutants.
- Reduce 4% of India's greenhouse gas emissions, worth up to US$ 1 billion on the international carbon market.

Fonte: Meiro-Lorenzo, Villafana, Harrit, 2011

Tabella 1.8 – Iniziative nel mondo

	Policy Lever	Scope	Actors	Incentives	Impact
Tobacco Control (Uruguay)	• Command and control regulation	• Campaign to reduce tobacco use and effects of secondhand tobacco smoke (rates for which were the highest in Latin America prior to campaign) through a 100% smoke-free policy in all public places and workplaces. In 2006, Uruguay became the first country in the Americas and the first middle-income country in the world to enact a comprehensive smoking ban	• Decree led and signed by the President of the Republic and supported by the Ministry of Health • Popular social support: government launched two widely successful media campaigns to garner public support • Ministry of Health inspectors and citizens who collaborated with inspectors as observers • National Alliance for Tobacco Control, public, private, and civil society	• Government incentive to reduce tobacco as a risk factor • Civil society desire to reduce exposure to second hand smoke	• Exposure to secondhand smoke decreased significantly in indoor public places and workplaces. One study focusing on Montevideo showed a reduction in air nicotine concentrations of 91% between 2002 and 2007, confirming comprehensive smoke-free legislation as a best practice to protect public health with wide applicability for other countries.
National Sodium Intervention (Argentina)	• Education and information • Initial non-regulatory partnerships/voluntary controls • Command and control regulation	• National and regional studies on salt use and impacts (initiated in 2006) • Dissemination of nutritional guidelines for healthy salt consumption • Bills before parliament to regulate use of salt by food industry • Efforts to develop alternative food products containing less sodium	• National Ministry of Health • National University of La Plata • National Institute of Industrial Technology • Argentine Federation of Bread and Flour Industries • Chamber of Industrial Bakers, Pastry Cooks, and Related Professionals (CIPPA)	• National Ministry of Health sought to encourage healthy lifestyles with an emphasis on lowering blood pressure • CIPPA incentive to be seen as collaborative and part of solution agreeing to technology transfer for the production of reduced-salt breads and other baked goods	• A recent study estimated a 15% reduction in dietary salt consumption across Argentina would save 60,000 lives over approximately 10 years

	Policy Lever	Scope	Actors	Incentives	Impact
Restricting Unhealthy Food Imports – Turkey Tail Meat Import Ban (Samoa)	• Command and control regulation	• Ban on US turkey tail meat imports in 2007 in an effort to limit NCDs. Turkey tail meat is a highly fatty meat and widely consumed in Samoa by middle- and low-income families due to its low price • The Government was also concerned about the lowering of trade barriers resulting in an influx of inferior food imports	• Government of Independent Samoa • Designed by the Ministry of Revenue and implemented by the Customs Department • National media	• Ministry of Trade: Concern over the "dumping" of perceived "low-quality" food on the market – history of using import bans in Samoa to affect food supply • Ministry of Health: Fatty foods have become a rising epidemic in the Pacific as the region battles the highest obesity rates in the world	• Almost half of consumers switched to cheap meats such as chicken and mutton, and about one quarter replaced turkey tails with lower-fat meat or seafood • Samoa is under pressure to abandon its turkey-tail import restriction as it negotiates to join the WTO
National Biomass Cookstove Initiative (India)	• Subsidies and the promotion of markets	• Launched in 2009, the aim is to develop next-generation cleaner biomass cookstoves and deploy them in all Indian households currently using traditional cookstoves • As part of the initiative, the Indian government formed a partnership to create a global competition to develop and deploy affordable, clean and efficient cookstoves	• Ministry of Energy, universities, NGOs, and private corporations • Ministry of New & Renewable Energy (India) • X-Prize Foundation, a non-profit that designs research prizes • National and international private sector biomass cookstove producers	• Ministry of Energy: to reduce air pollutants and greenhouse gas emissions that contribute to climate change, reduction in crop yields and poor health outcomes • Ministry of Health: to reduce premature deaths resulting from indoor air pollution • In addition, initiative looks to reduce deforestation • Private corporations: opportunity to tap into a market of over 750 million people • NGO (X-Prize) to spur development of a key technology that could save millions of lives	• Estimated that initiative could result in avoiding 570,000 premature deaths of poor women and children and a reduction of 4% of India's estimated greenhouse gases as of 2010; avoided emissions currently would be worth US $1 billion on the international carbon market • Further data needed
Sustrans National Cycle Networks (UK)	• Education and information • Non-regulatory partnerships/ voluntary controls	• Sustrans is an NGO that partners with communities, local authorities, and other organizations to build projects across the UK enabling active transportation while additionally advocating for sustainable and healthy transport-friendly policies	• Sustrans National Cycle Network • Local and central governments across the UK • Multiple charitable trusts, schools, and private partners • Non-departmental public bodies • The European Union	• Advocating active transport modes across the UK increases physical activity to improve health and attracts public funding • Decreases traffic congestion and improves air quality while lowering CO_2 emissions	• Significant increases in bicycling across the United Kingdom, with positive health impacts due to physical activity increases and impact on the environment through reduced carbon emissions. In 2009, 407 million journeys were made on the National Cycle Network, a 6% increase from 2008, with estimated health benefit of £384million

	Policy Lever	Scope	Actors	Incentives	Impact
Restricting Unhealthy Food Imports – Turkey Tail Meat Import Ban (Samoa)	• Command and control regulation	• Ban on US turkey tail meat imports in 2007 in an effort to limit NCDs. Turkey tail meat is a highly fatty meat and widely consumed in Samoa by middle- and low-income families due to its low price • The Government was also concerned about the lowering of trade barriers resulting in an influx of inferior food imports	• Government of Independent Samoa • Designed by the Ministry of Revenue and implemented by the Customs Department • National media	• Ministry of Trade: Concern over the "dumping" of perceived "low-quality" food on the market – history of using import bans in Samoa to affect food supply • Ministry of Health: Fatty foods have become a rising epidemic in the Pacific as the region battles the highest obesity rates in the world	• Almost half of consumers switched to cheap meats such as chicken and mutton, and about one quarter replaced turkey tails with lower-fat meat or seafood • Samoa is under pressure to abandon its turkey-tail import restriction as it negotiates to join the WTO
National Biomass Cookstove Initiative (India)	• Subsidies and the promotion of markets	• Launched in 2009, the aim is to develop next-generation cleaner biomass cookstoves and deploy them in all Indian households currently using traditional cookstoves • As part of the initiative, the Indian government formed a partnership to create a global competition to develop and deploy affordable, clean and efficient cookstoves	• Ministry of Energy, universities, NGOs, and private corporations • Ministry of New & Renewable Energy (India) • X-Prize Foundation, a non-profit that designs research prizes • National and international private sector biomass cookstove producers	• Ministry of Energy: to reduce air pollutants and greenhouse gas emissions that contribute to climate change, reduction in crop yields and poor health outcomes • Ministry of Health: to reduce premature deaths resulting from indoor air pollution • In addition, initiative looks to reduce deforestation • Private corporations: opportunity to tap into a market of over 750 million people • NGO (X-Prize) to spur development of a key technology that could save millions of lives	• Estimated that initiative could result in avoiding 570,000 premature deaths of poor women and children and a reduction of 4% of India's estimated greenhouse gases as of 2010; avoided emissions currently would be worth US $1 billion on the international carbon market • Further data needed
Sustrans National Cycle Networks (UK)	• Education and information • Non-regulatory partnerships/ voluntary controls	• Sustrans is an NGO that partners with communities, local authorities, and other organizations to build projects across the UK enabling active transportation while additionally advocating for sustainable and healthy transport-friendly policies	• Sustrans National Cycle Network • Local and central governments across the UK • Multiple charitable trusts, schools, and private partners • Non-departmental public bodies • The European Union	• Advocating active transport modes across the UK increases physical activity to improve health and attracts public funding • Decreases traffic congestion and improves air quality while lowering CO_2 emissions	• Significant increases in bicycling across the United Kingdom, with positive health impacts due to physical activity increases and impact on the environment through reduced carbon emissions. In 2009, 407 million journeys were made on the National Cycle Network, a 6% increase from 2008, with estimated health benefit of £384million

	Policy Lever	Scope	Actors	Incentives	Impact
Sustainable Transport & Ciclovia (Bogota Colombia)	• Command and control regulation • Channel/ nudge regulation	• Bogotá has aimed to create a more sustainable transport system by creating a 300 km network of bike paths across the city , upgrading the rapid bus transit system and restricting private cars in the city through several measures • "Ciclovia" an over 30-year-old, much-replicated tradition, which shuts down a 70 mile route across the city for bicycling and pedestrian use only every Sunday	• Bogotá Department of Transport • Bogotá Department of Recreation • Bogotá Police Department • Bogotá Mayor's Office	• Promoting physical activity over sedate travel modes reduces traffic congestion and air pollution across Bogotá and decreases travel times while improving the health and mobility of the city	• Ciclovia attracts more than 1 million cyclists and pedestrians every week; which is almost 15% of Bogotá's population • Since the construction of over 300 km worth of bike lanes, bicycle usage has increased 5 times throughout the city and it is estimated between 300,000 and 400,000 trips are made daily via bicycles across the city
Gum Marom Kids League (Northern Uganda)	• Education and information • Non-regulatory partnerships/ voluntary controls	• Launched in 2010, this initiative was set up to engage the local community, build a more robust peace, and improve the physical and mental health of children aged 10-14 years in this region that has recently emerged from 20 years of civil war	• Local community based organization, the Youth Coalition for Peace, Canadian-based NGO OA Projects, and Kids League Uganda • Schools and local government (primarily the local Sports Office and Education Officer)	• Peace building activities, conflict management, and health awareness was an incentive for all actors	• Mental health was measured using a locally-developed tool, and physical health using a 'beep' test, standing jump and BMI for age. Preliminary analysis of data collected at the start of the project suggests normal growth patterns, but identified a population-wide deficit in physical fitness and persistent mental-health challenges.
UAE Health Ministry Awareness Campaign (United Arab Emirates)	• Education and information	• With obesity, diabetes and other conditions rising at an alarming rate in the United Arab Emirates, the Health Ministry partnered with Bin Sina Pharmacy in an effort to raise the public consciousness around healthy lifestyles and the danger of risk factors. • In the partnership, Bin Sina offers health examinations, assistance, and advice on cholesterol, blood pressure, diabetes, and obesity in a consolidated checkup to all who visit their outlets at	• United Arab Emirates Health Ministry • Bin Sina Pharmacy	• The rise of NCDs in the UAE will pose a growing health crisis in the future if not addressed; population needs to be educated about their own health	• In the first year 28,000 citizens participated (across approximately 30 outlets) • The checkups revealed 27% of participants had high cholesterol, almost half of whom were unaware of their condition

	Policy Lever	Scope	Actors	Incentives	Impact
Agita Sao Paolo (Brazil)	• Education and information • Non-regulatory partnerships/ voluntary controls	• Program to combat physical inactivity amongst residents of the Brazilian state of São Paulo though major public information campaigns and the sponsorship of programs for physical activity including initiatives to develop facilities for physical activity. Launched in 1996. Core message: 30 minutes of moderate physical activity/day on most days of the week	• Led by the Sao Paulo State Secretariat of Health and the Studies Center for Physical Fitness Research Laboratory (CELAFISCS) • More than 300 partner organizations, governmental, NGOs, and private sector, ranging from health, education, sports, industry, workers, and environment	• Public institutions sought to improve public health • Partners received positive publicity and goodwill by partnering with CELAFISCS – an internationally renowned research institution – and may also have been motivated to see improvements in the health of their specific workers or patients	• Proportion of inactive individuals declined from 9.6% in 2002 to 2.7% in 2008 • Proportion of individuals with less than 150 minutes of activity per week decreased from 43.7% to 11.6% • Significant impact documented in small groups including elderly women, private school students, patients with hypertension and diabetes in a small insurance company, amongst others • Initiative spread continent-wide
Pfizer Together Program (Trinidad and Tobago, Jamaica, Barbados, Bahamas)	• Education and information, non-regulatory partnerships	• Program was created in 2010 to enhance knowledge of, promote treatment adherence, and make a positive impact on quality of life for patients with conditions such as high blood pressure, high cholesterol, diabetes, Alzheimer's disease and depression. The program targets low-income patients. •	• Pfizer, • physicians, • pharmacies •	• Incentives: Improving patient health outcomes by improving knowledge and treatment adherence	• Program has provided tools and information to a network of 1900 doctors to help educate patients about chronic diseases. Eligible patients have received discounted prices for medicines addressing cardiovascular disease, depression, Alzheimer's and glaucoma and access to a free telephone hotline that provides real-time answers about their disease and medications. To date more than 300 patients have been enrolled in the program.
Urban College Campus, New York City (USA)	• Channel/ nudge regulation	• Urban architect Thom Mayne designed the college's NYC building to have a wide, centrally-located staircase while building elevators are purposefully slow and only stop on 3 of the building's 8 floors so students naturally walk the "vertical campus"	• The Cooper Union for the Advancement of Science and Art	• The design features of the building were planned to emphasize socialization and to keep people moving in the building	• The central staircase has been called the "social heart" of the building and is helping influence a new movement of "slow architecture" in NYC and elsewhere that emphasizes movement and attempt to minimize elevator use

Fonte: Meiro-Lorenzo, Villafana, Harrit, 2011

APPENDICE 2

Appendice 2 – Bando di concorco per la raccolta di idee creative

CONCORSO DI IDEE

Concorso di idee per la realizzazione di una sceneggiatura, di un video/spot per il progetto

Applicazione dei modelli e modalità di integrazione e comunicazione in una società multiculturale.
La progettualità MGF
(cod. Éupolis Lombardia 2011B015)

BANDO DI CONCORSO

1. L'Università IULM lancia un concorso di idee per la realizzazione di un materialid i comunicazione video/spot e di opuscoli informativi finalizzati alla sensibilizzazione sul tema delle non-communicable diseases (*Malattie Croniche Non Trasmissibili (NCD*)) e i migranti. In particolare il concorso di idee è rivolto alla raccolta di materiale creativo di comunicazione su alcune specifiche patologie definite *Malattie Croniche Non Trasmissibili (NCD*) come l'Obesità, il Diabete e le Malattie Cardiovascolari.

2. Il concorso è rivolto agli studenti iscritti a corsi di base e di specializzazione post-universitaria e Master. È prevista una partecipazione individuale o di gruppi di massimo 3 persone.

3. La finalità del concorso è di sensibilizzare i migranti sulle *Malattie Croniche Non Trasmissibili (NCD*) come l'Obesità, il Diabete e le Malattie Cardiovascolari.

4. Il compito richiesto, è quello di ideare un video/spot e degli opuscoli informativi che permettano e facilitino la conoscenza dei migranti sulle malattie non trasmissibili che costituiscono la principale causa di morte nel mondo, provocando più decessi della somma di tutte le altre cause. La diffusione di queste patologie ha raggiunto proporzioni epidemiche, ma potrebbe essere ridotta in maniera significativa, salvando milioni di vite ed evitando gravi sofferenze, attraverso adeguanti programmi di educazione finalizzati alla riduzione dei fattori di rischio, alla diagnosi precoce e a conseguenti cure tempestive.

5. L'elaborato da produrre, dopo la fase di studio e ricerca, dovrà essere presentato sotto forma di video (con spot realizzato direttamente dal gruppo partecipante). Pur essendo auspicabili durate da videoclip, ovvero comprese fra i 30 e i 60 secondi, gli elaborati video potranno anche essere più lunghi senza tuttavia superare mai la lunghezza massima di 4 minuti. I videoclip potranno essere realizzati in qualsiasi formato video (.avi, .mpg, .mov, .3gp, ecc.). La documentazione deve contenere una descrizione dettagliata dello spot e delle sue finalità, ed eventuali integrazioni grafiche. Gli opuscoli, non esclusivamente coerenti con il materiale video dovranno essere inviati in formato digitalizzato in formato esecutivo di stampa.

6. Gli studenti interessati al concorso la cui partecipazione è completamente gratuita, devono iscriversi inviando i propri dati al prof. Vincenzo Russo (vincenzo.russo@iulm.it) e per conoscenza alla dott.ssa Anna Re (annarex2002@libero.it).

7. Gli studenti iscritti riceveranno via e-mail all'indirizzo segnalato le informazioni dettagliate e i materiali utili alla produzione dell'elaborato.

9. Tutti i lavori dovranno essere inviati in forma entro e non oltre il 10 febbraio 2014 al prof. Vincenzo Russo (vincenzo.russo@iulm.it) e per conoscenza alla dott.ssa Anna Re (annarex2002@libero.it).
Verranno ammessi alla partecipazione solo i lavori accompagnati dall'informativa al trattamento dati personali acclusa al presente bando e dello stesso parte integrante, debitamente firmata per accettazione.

Sarà inoltre necessaria allegare la liberatoria di tutte le persone che appaiono nei video (la firma deve essere di un genitore o di chi esercita la patria potestà in caso di minorenni).

10. Dei lavori pervenuti verranno valutate la creatività, l'innovatività, la capacità di attrazione e l'efficacia. La valutazione sarà effettuata da una giuria nominata da Università IULM e dalla Regione Lombardia che selezioneranno l'elaborato migliore.
Verranno premiati i primi due lavori. Il migliore elaborato riceverà un buono viaggio e\o buono acquisto libri di 1.300 euro utilizzabile presso l'agenzia CTS-IULM e\o la Libreria della IULM, il secondo classificato un buono viaggio e\o buono acquisto libri di 700 euro utilizzabile presso l'agenzia CTS-IULM e\o la Libreria della IULM.

12. I lavori inviati per il concorso potranno essere utilizzati dall'Università IULM e Regione Lombardia per scopi istituzionali e di sensibilizzazione sociale, nonché per scopi di ricerca e di divulgazione scientifica e didattica.
I materiali inviati su supporto video saranno pubblicati nel sito della Università IULM e depositati presso la sua Biblioteca.

14. I risultati del concorso saranno pubblicati dopo la fine del progetto e pubblicati sul sito dell'Università IULM.

Appendice 3 – Questionario

Di seguito il questionario somministrato ad una selezione di operatori sanitari, socio-sanitari e della scuola.

UTENTE MIGRANTE E NON COMMUNICABLE DISEASES

INTRODUZIONE AL QUESTIONARIO

La seguente indagine mira a indagare la vostra opinione rispetto al tema delle Non Communicable Diseases nei pazienti migranti. Le ricordiamo che non esistono risposte giuste o sbagliate, ma siamo interessati a conoscere la sua opinione rispetto a questo tema.

Grazie mille per la vostra collaborazione.

DOMANDE DI PROFILAZIONE SOCIO-DEMOGRAFICA

(OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Sesso (uomo – donna)
Età (aperta)
Cittadinanza/e (aperta)
Quale professione svolge? (operatori sociali, operatori sanitari, operatori scolastici, altro ...)
Da quanto tempo svolge la sua professione?

- Meno di 3 anni
- Dai 3 ai 10 anni
- Dai 10 ai 20 anni
- Più di 20 anni

SEZIONE A

MIGRANTI E SERVIZI PUBBLICI

(OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Pensi alle seguenti 4 macro categorie di utenti, identificate sulla base dell'area geografica di provenienza. Rispetto alla sua esperienza, in che lingua in prevalenza si rivolgono agli operatori?

- Mondo arabo
- Mondo asiatico
- Mondo africano
- Mondo est Europa

Quattro tipologie di risposta per ogni categoria:

Italiano
inglese, francese o spagnolo

lingua madre
altro…

SEZIONE B

LA GESTIONE DELL'UTENTE MIGRANTE

(OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Per quali motivi a suo avviso si presentano delle difficoltà di gestione dell'utente migrante? (indicare le prime 3 risposte, in ordine di importanza, dove 1 corrisponde alla motivazione principale, 2 alla seconda e 3 alla terza)

- Per le caratteristiche organizzative e funzionali del servizio sanitario nazionale
- Per il tipo di competenze e/o formazione di cui dispongono gli operatori sociosanitari
- Per le caratteristiche di personalità di ciascuno
- Per le caratteristiche culturali degli utenti
- Per incomprensioni linguistiche
- Altro…

(OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Nel suo ambito di servizio sono state messe in atto strategie per la gestione dei bisogni/domande degli utenti immigrati, diversificate rispetto agli utenti italiani?

- sì
- no
- non so

(OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Se sì, a quale livello sono state messe in atto principalmente?

- A livello organizzativo, di sistema
- A livello di formazione del personale
- Solo per iniziative personali di alcuni operatori
- Altro…

SEZIONE C

LA PREVENZIONE NELLE NCD

(OPERATORI SANITARI E SOCIALI)

C1 - Pensiamo alle diverse attività di prevenzione che si possono mettere in atto rispetto alle NCD. Quali ritiene possano essere più efficaci pensando alla popolazione immigrata? (indicare le prime 3)

- Incontri con le comunità sul territorio
- Strutture mobili itineranti sul territorio
- Attività di prevenzione nei luoghi di lavoro

- Attività di prevenzione nelle scuole
- Stampa di materiale illustrativo (brochure, volantini)
- Produzione di video
- Programmi televisivi
- Iniziative su internet, siti internet
- Prevenzione attraverso "personalità di spicco" delle comunità locali
- Altro…

(OPERATORI SANITARI E SOCIALI)

C2 - Secondo lei, quando un'attività di prevenzione è particolarmente efficace, quali sono i motivi principali del successo? (indicare le prime 3)

- Una attenzione particolare agli aspetti legati alle culture e all'appartenenza sociale dell'utente
- Una particolare capacità da parte dell'operatore di comunicare con l'utente
- Efficacia ed adeguatezza dello strumento
- Capacità dell'operatore di creare fiducia da parte degli utenti migranti coinvolti
- Disponibilità di fondi
- Corretto utilizzo dei fondi a disposizione
- Iniziativa appartenente ad un piano regionale ampio e strutturato
- Attività ben organizzata e libera da vincoli imposti da piani più ampi e strutturati
- Facilità di utilizzo di conoscenze pregresse dell'utente che gli permettono di riconoscere meglio il problema
- Altro…….

(OPERATORI SANITARI E SOCIALI)

C3 - In base alla sua esperienza, da dove derivano, come nascono prevalentemente le attività di prevenzione rispetto alle NCD sul territorio? (indicare le prime 3)

- Iniziative in ambito scolastico
- Direttive regionali
- Direttive nazionali
- Iniziative locali di operatori sociosanitari
- Iniziative di organizzazioni non profit a livello nazionale
- Iniziative di organizzazioni non profit a livello locale
- Altro…

SEZIONE D

LA CURA NELLE NCD

D1 - (OPERATORI SANITARI)

In base alle sue esperienze passate, cercando di fare una media rispetto ai vari casi che le è capitato di vedere, a che stadio della malattia giunge alla sua attenzione il paziente immigrato nelle seguenti patologie?

- Diabete
- Malattie cerebro-vascolari
- Cancro

- Malattie respiratorie
- Malattie cardiovascolari

Per ogni patologia 4 livelli:

lieve o iniziale

intermedio

avanzato

terminale

(OPERATORI SANITARI)

D2 - In base alle sue esperienze passate, provando a dare un punteggio da 1 a 10 dove 1 indica per nulla e 10 perfettamente, i pazienti migranti affetti da una delle seguenti NCD quando arrivano presso la struttura socio sanitaria quanto conoscono della loro patologia?

- Diabete
- Malattie cerebro-vascolari
- Cancro
- Malattie respiratorie
- Malattie cardiovascolari (l'ipertensione rientra in questa categoria)

(OPERATORI SANITARI)

D3 - Secondo la sua esperienza quali sono i fattori di rischio in cui incorrono più frequentemente i pazienti migranti (in media)? Mettere i seguenti fattori di rischio in un ordine da 1 a 8, dove 1 indica il fattore di rischio più frequente e 8 il meno frequente.

- Eccessivo utilizzo di tabacco
- Insufficiente attività fisica
- Consumo eccesivo di alcol
- Errate abitudini alimentari
- Ipertensione
- Sovrappeso e obesità
- Infezioni correlate al cancro
- Fattori ambientali (i migranti si trovano spesso a lavorare in luoghi malsani a contatto con sostanze/materiali pericolosi)

SEZIONE E

INFORMAZIONE/COMUNICAZIONE CON L'UTENTE MIGRANTE

(OPERATORI SANITARI E SOCIALI)

Di seguito leggerà una serie di affermazioni, indichi il suo grado di accordo con un punteggio da 1 a 6, dove 1 vuol dire per nulla d'accordo, e 6 vuol dire completamente d'accordo.

1. Gli immigrati (soprattutto quelli appartenenti a classi sociali basse) non possono accedere ai servizi sociosanitari perché il sistema italiano glielo impedisce.

2. Gli immigrati (soprattutto quelli appartenenti a classi sociali basse) trovano molte difficoltà a comprendere l'iter burocratico per accedere ai servizi sociosanitari.
3. Per paura, diffidenza, e mancanza di fiducia nei confronti del SSN gli immigrati in Italia ricorrono poco alle strutture sanitarie pubbliche, e vanno in ospedale solo se ne hanno urgente bisogno.
4. Per motivi culturali e per diverse abitudini gli immigrati in Italia ricorrono poco alle strutture sanitarie pubbliche e vanno in ospedale sono se ne hanno urgente bisogno.
5. I migranti sono poco inclini, perché poco abituati, ad entrare in programmi di screening, quindi è difficile lavorare sulla prevenzione.
6. Gli stili di vita tradizionali degli utenti migranti sono tra le cause principali di malattie anche gravi ed è molto difficile con questa tipologia di utenza proporre nuovi stili di vita e spiegare perché certi comportamenti sono dannosi.
7. Le scarse possibilità economiche, le difficoltà lavorative e di alloggio incidono pesantemente sullo stile di vita dello straniero nella migrazione, incidendo anche sul suo stato di salute.
8. Negli immigrati cominciano a emergere problemi di salute presenti nella popolazione italiana di età più avanzata: malattie cardiovascolari e tumori, o di malattie tipiche di gruppi che appartengono alle classi sociali più svantaggiate con stili di vita e alimentazione non salubri.
9. Manca una alfabetizzazione sanitaria di base, in ordine all'importanza di stili di vita corretti – cibo, fumo, alcol, attività fisica, ecc..
10. Manca una alfabetizzazione ambientale di base, che dia consapevolezza sui fattori ambientali che possono provocare malattie sia sul posto di lavoro sia in ogni altra quotidiana attività.
11. Vi sono differenze nel riconoscimento e accettazione della malattia cronica da parte di persone di culture e tradizioni religiose diverse.
12. Vi sono differenze nel riconoscimento e accettazione della malattia cronica da parte di persone di diverse condizioni socio-economiche.
13. Vi sono differenze nell'esperienza della malattia cronica e nelle conseguenze di questa sul modo di vivere dei pazienti stranieri rispetto ai pazienti italiani.
14. È difficile far seguire la terapia continuativa ai pazienti stranieri in assenza di sintomi.
15. Nei pazienti migranti ancora oggi i problemi derivanti dalla difficoltà di comprensione linguistica sono ostacolo alla costruzione di una efficace relazione medico paziente.
16. Una fase di ascolto-negoziazione tra medico è paziente è necessaria per consentire di definire interventi terapeutici su misura.
17. I pazienti migranti tendono a sottovalutare la malattia cronica, e tendono a interrompere la terapia dopo il miglioramento iniziale dei sintomi.
18. I protocolli terapeutici prescritti spesso non sono applicati dai pazienti migranti perché, a causa di difficoltà di comunicazione linguistico-culturale.
19. Le problematiche legate alla sopravvivenza, come spostamenti da una città all'altra per motivi di lavoro e prematura ripresa dell'attività lavorativa (a volte di notevole impegno fisico) sono tra i principali ostacoli alla realizzazione della cura.
20. Non è sempre facile far capire ai pazienti migranti l'importanza dell'assunzione costante dei farmaci e delle cure.

(OPERATORI SANITARI E SOCIALI)

E2 - I supporti che ha ricevuto dalla struttura di cui fa parte (linee guida, materiale cartaceo/video, personale di supporto…) per facilitare la relazione tra personale e paziente migrante le sono sembrati?

- Ottimi
- Buoni
- Sufficienti
- Insufficienti

- Completamente insufficienti

(OPERATORI SANITARI E SOCIALI)

E3 - Rispetto alle sue esperienze passate, provi a dare un punteggio da 1 a 10 su quanto si è sentito efficace nella relazione operatore/utente con il pubblico migrante

……..

SEZIONE F

STILI DI COMUNICAZIONE, MIGRANTI E NCD

(OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

F1 - Pensando ai diversi stili di comunicazione interpersonale che si possono adottare, rispetto alla relazione con l'utente migrante quale le sembra più efficace? Dia un punteggio da 1 a 10 per ognuno dei seguenti stili di comunicazione.

- Fredda/neutra
- Assertiva/Direttiva
- Empatica
- Professionale
- Amicale
- …

(OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

F2 - Pensando ai diversi stili di comunicazione interpersonale che si possono adottare, rispetto alla relazione con l'utente migrante con quale si trova più a suo agio? Dia un punteggio da 1 a 10 per ognuno dei seguenti stili di comunicazione.

- Fredda/neutra
- Assertiva/Direttiva
- Empatica
- Professionale
- Amicale
- ….

(OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

F3 - La comunicazione interpersonale può dipendere da svariati fattori, comprese le caratteristiche sociodemografiche dell'utente. In base alla sua esperienza, quale delle seguenti caratteristiche incide maggiormente nella relazione con l'utente migrante? Dia un punteggio da 1 a 10 per ognuno dei seguenti fattori

- Età dell'utente
- Sesso dell'utente

- Livello di scolarizzazione dell'utente
- Livello sociale dell'utente
- Cultura di provenienza dell'utente
- Se l'utente viene da solo o accompagnato da un amico/famigliare
- Da quanto tempo l'utente è in Italia

SEZIONE G

BISOGNI FORMATIVI

G1 - (OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Come ritiene la sua preparazione rispetto al lavoro con gli utenti immigrati?

- Insufficiente
- Sufficiente
- Discreto
- Buono

G2 - (OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Secondo lei quali conoscenze possono essere utili nel lavoro con l'utente immigrato? (indicare le 3 più rilevanti)

- Conoscenze linguistiche
- Conoscenze culturali
- Conoscenze legislative
- Esperienze lavorative (*best practice*)
- Conoscenze rispetto alla comunicazione non verbale
- Conoscenze rispetto alle competenze trasversali (ad esempio empatia)
- Conoscenze mediche
- Conoscenza legata all'area psico-socio-antropologica
- Altro……

G3 - (OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Quanta formazione ha fatto rispetto al tema della costruzione della relazione operatore/utente (studente, paziente, famiglia) straniero?

- Molta
- Abbastanza
- Poca
- Mai fatta

G4 - (OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Quanta formazione ha fatto in ordine alle NCD?

- Molta
- Abbastanza
- Poca

- Mai fatta

G5 - (OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Quanto ritiene di sapere sulle NCD?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Nulla

G6 - (OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Pensa che sia utile progettare una formazione specifica sui temi culturali/relazionali per facilitare il rapporto con le persone che provengono da altri paesi?

- Molto
- In parte
- No
- Non so

G7 - (OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

In particolare, per quale categoria professionale pensa sia più utile una formazione di questo tipo? (indicare le prime 2)

- Dottori
- Infermieri
- Coordinatori infermieristici
- Mediatori linguistico-culturali
- Altri operatori sociosanitari
- Dirigenti scolastici
- Insegnanti
- Operatori sociali
- Non penso che questa formazione sia di particolare utilità

G8 - (OPERATORI SANITARI, SOCIALI E SCOLASTICI)

Quali dei seguenti metodi didattici pensa siano più utili per una formazione specifica sui temi culturali/relazionali rispetto agli utenti (studente, paziente, famiglia) migranti? (indicare i primi 2)

- Lezione frontale
- Testimonianze
- Metodologie attive (*role playing*, giochi didattici…)
- Gruppi di lavoro
- Formazione a distanza

SINTESI E CONCLUSIONI

1.1 NCD

Il Rapporto mondiale dell'OMS (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013) sulle NCD (patologie cardiovascolari, cancro, diabete, malattie respiratorie croniche) interpretato dal Ministero della Salute, Direzione Generale per i rapporti con l'Unione Europea e per i rapporti internazionali, sottolinea che le NCD sono la prima ragione di morte nel mondo e hanno un maggiore impatto sui cittadini a basso e medio reddito. La diffusione di queste malattie è epidemica, ma potrebbe essere ridotta molto, diminuendo i fattori di rischio e facilitando una diagnosi precoce e cure tempestive. Il Rapporto è il primo sulle NCD da una prospettiva globale e che individua i mezzi per mappare l'epidemia, limitare i rischio e consolidare l'assistenza sanitaria per chi è ammalato.

Curato dal segretariato dell'OMS in conformità all'obiettivo 6 del Piano d'Azione per la Strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, si focalizza sulla situazione ad oggi, e sarà integrato da una nuova versione per la valutazione dei progressi. Uno degli obiettivi del Rapporto è dare ai Paesi un quadro della situazione, tratteggiando un affresco dei progressi compiuti dai Paesi per avversare le NCD attraverso politiche, piani, infrastrutture, sorveglianza e interventi volti alla popolazione e al singolo. Il Rapporto propone una osservazione e un programma condivisi per la prevenzione e il controllo. Gli interlocutori sono: policy-makers, responsabili sanitari, organizzazioni non governative, accademia, settori non sanitari coinvolti, agenzie per lo sviluppo e la società civile.

Il Rapporto e la letteratura scientifica esaminata mettono in evidenza che delle 57 milioni morti nel mondo nel 2008, 36 milioni, ossia il 63% del totale, sono state provocate da malattie non trasmissibili, in particolare malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche (Habib, Saha, 2010; Lozano, Naghavi, Foreman, *et al.*, 2012; Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

L'impatto delle NCD è in crescita e la popolazione sta invecchiando, secondo le proiezioni il numero annuo di decessi dovuti a queste patologie proseguirà a crescere globalmente, e l'aumento maggiore è previsto nelle regioni a basso e medio reddito.

Si ritiene che le malattie non trasmissibili colpiscano soprattutto le popolazioni ad alto reddito, ma le evidenze scientifiche dimostrano una situazione discordante. Circa l'80% delle morti da tali patologie si registra nei Paesi a basso e medio reddito, ed esse costituiscono la causa più frequente di morte nella maggior parte dei Paesi, Africa esclusa. Ma anche nei Paesi africani, le malattie non trasmissibili sono in espansione, e si reputa che entro il 2030 avranno superato le malattie trasmissibili, materne, perinatali e nutrizionali come causa più comune di morte. Le cause di questo inaspettato incremento sono l'adeguamento a stili di vita occidentali, pur nel mantenimento di elementi di fragilità legati a molti Paesi in via di sviluppo (Dans, Ng, Varghese, *et al.*, 2011).

Un'alta percentuale di NCD si può prevenire attraverso la diminuzione di quattro principali fattori di rischio comportamentali: consumo di tabacco, inattività fisica,

consumo eccessivo di alcol ed errati stili di consumo alimentare. Ecco una serie di fattori di rischio correlati (Ogoina, Onyemelukwe, 2009; Cecchini, Sassi, Lauer, 2011).

I costi per i sistemi sanitari sono alti, e sono destinati ad aumentare e produrre un impatto sostanzioso sulla macroeconomia. Malattie cardiache, ictus e diabete sono causa ogni anno di miliardi di dollari di perdite in termini di produzione di reddito nazionale nei Paesi più popoloti del mondo. Ogni aumento del 10% nell'incidenza delle malattie non trasmissibili corrisponderebbe un abbassamento dello 0,5% dei livelli annuali di crescita economica (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013). Mentre gli interventi per avversare tali malattie sono relativamente economici.

Nel 2000 e nel 2010, l'OMS ha condotto indagini per valutare la capacità di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili nei Paesi Membri. Gli studi hanno mostrato che negli ultimi dieci anni sono stati fatti progressi. Che sono disuguali, con maggiori passi in avanti nei Paesi a reddito più alto. Altri Paesi stanno sviluppando strategie, piani e linee-guida per contrastare le NCD e i fattori di rischio, e alcuni Paesi hanno realizzato elementi essenziali delle infrastrutture sanitarie, aumentando nel contempo i finanziamenti e sviluppando le politiche e la sorveglianza. Molti Paesi all'interno dei propri servizi sanitari hanno unità dedicate e fondi destinati. In molti Paesi, questi progressi restano astratti, non pienamente operativi, non permettendo interventi adeguati. Tanti Paesi non hanno ancora alcun finanziamento o programma specifico. Ma, il fatto che alcuni progressi siano stati compiuti nella lotta alle malattie non trasmissibili dimostra che il miglioramento è possibile.

La capacità dei sistemi sanitari influenza la possibilità di attuare interventi efficaci. Mancanze nell'erogazione di servizi base per le malattie non trasmissibili si traducono spesso in complicazioni, come infarti, ictus, patologie renali, cecità, malattie vascolari periferiche, amputazioni, diagnosi tardiva dei tumori. Ciò può comportare spese elevate e inutili per l'assistenza sanitaria e portare le famiglie a basso reddito all'impoverimento. Fortificare l'impegno politico e attribuire una priorità più elevata ai programmi di prevenzione e cura sono fattori chiave per accrescere la capacità dei sistemi sanitari di avversare queste patologie.

Migliorare la capacità dei Paesi è necessario nei settori del finanziamento, dell'informazione sanitaria, del personale sanitario, delle tecnologie base, dei farmaci essenziali e dei partenariati multisettoriali. È necessario concentrarsi maggiormente sull'ampliamento dell'offerta di servizi essenziali erogati nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria, in particolare per quanto riguarda gli interventi di assistenza sanitaria per le malattie non trasmissibili con un buon rapporto costo-benefici. Finanziare in modo adeguato quest'offerta di servizi essenziali è un fattore chiave per contrastare l'epidemia (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013; Dowell, Farley, 2012).

Integrare i finanziamenti interni governativi - e in alcuni Paesi ampliare la cooperazione allo sviluppo – ricorrendo a meccanismi di finanziamento innovativi non statali aiuterà a coprire le lacune esistenti a livello finanziario, che rappresentano il maggior freno al potenziamento dell'assistenza sanitaria primaria e della risposta alle NCD. Alcuni Paesi hanno attuato con successo meccanismi innovativi di finanziamento attraverso l'aumento delle tasse sul tabacco e i prodotti alcolici e destinando parte degli introiti alla promozione della salute o all'ampliamento dei servizi di assicurazione sanitaria a livello di assistenza sanitaria primaria (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013).

Disporre di dati credibili da parte dei Paesi è importantissimo per invertire la tendenza all'aumento del numero di morti e disabili dovuti alle malattie non

trasmissibili. Tuttavia, un numero significante di Paesi dispone di dati sulla mortalità poco utilizzabili e di sistemi di sorveglianza deboli; inoltre, sovente i dati sulle malattie non trasmissibili non sono integrati nei sistemi informativi sanitari nazionali. Migliorare la sorveglianza e il monitoraggio deve essere una delle massime priorità nella lotta contro le NCD. In situazioni di scarsità di risorse e limitate capacità, è possibile ottenere dati validi anche attraverso il ricorso a sistemi semplici, attuabili e sostenibili. Elementi essenziali della sorveglianza delle malattie non trasmissibili sono:

- monitoraggio dell'esposizione (fattori di rischio);
- monitoraggio degli effetti (morbilità e mortalità per specifiche malattie);
- risposta dei servizi sanitari, compresa la capacità a livello nazionale di prevenire le malattie non trasmissibili in termini di politiche e programmazione, di infrastrutture, di risorse umane e di accesso all'assistenza sanitaria essenziale, e ai farmaci.

Le carenze nella sorveglianza e nel monitoraggio delle malattie non trasmissibili impongono alcune misure-chiave:

- I sistemi di sorveglianza delle malattie non trasmissibili dovrebbero essere consolidati e integrati nei sistemi informativi sanitari nazionali.
- Monitoraggio e sorveglianza dei fattori di rischio comportamentali e metabolici nelle realtà economicamente svantaggiate dovrebbero avere la priorità. In alcuni Paesi, bisognerebbe monitorare i markers delle infezioni correlate al cancro. I sistemi anagrafici e quelli di raccolta di dati sulla mortalità per cause specifiche andrebbero potenziati. In tutti i Paesi, un sistema di registrazione della mortalità negli adulti è requisito per il controllo delle malattie non trasmissibili, ed è fondamentale monitorare la capacità di reazione dei sistemi sanitari nazionali nei confronti di queste patologie.

1.1.1 Diabete, esempio prototipico di NCD

Nel rapporto è stato analizzato l'impatto del diabete come esempio prototipico di malattia non trasmissibile ad alta diffusione. Il diabete mellito è una malattia cronica caratterizzata da alti livelli di glucosio nel sangue che si è stimato sia stata responsabile dell'11% della spesa mondiale per la salute nel 2010, esercitando la maggior parte del suo impatto attraverso la disabilità e la mortalità associate alla malattia e alle sue complicanze nel tempo (International Diabetes Federation atlas, 2013). Per le persone con diabete, alcune abitudini di vita (sia in termini di stili di vita, sia in termini di comportamenti di cura) sono di fondamentale importanza al fine di regolarizzare i livelli di zucchero nel sangue, rimandando anche di anni l'inizio della terapia insulinica (diabete di tipo 2) o, seppur in associazione a terapia insulinica sostitutiva, riducendo significativamente l'insorgenza di complicanze future (diabete di tipo1). In particolare, per quanto riguarda gli stili di vita, l'obesità è uno dei maggiori fattori di rischio del diabete, rendendo il controllo del peso corporeo, fondamentale sia in termini di prevenzione sia in termini di cura (DeFronzo, 2004), tanto da arrivare a parlare di diabesità (McNaughton, 2013). Per quanto riguarda i comportamenti di cura, invece, il regolare autocontrollo dei livelli di glicemia nel sangue rappresenta uno dei più rilevanti per le persone con diabete. Diversi studi hanno dimostrato come questo semplice seppur fastidioso comportamento di cura sia influenzato da numerosi fattori intra ed extra-personali che spesso portano a paura, rabbia e frustrazione. La

prevenzione e la cura ottimale di questa malattia, quindi risulta complessa ma al tempo stesso rilevante in termini di impatto e costi sociali.

Il diabete è considerata una delle malattie mediche croniche più impegnative sia da un punto di vista comportamentale, sia da un punto di vista psicologico (Ciechanowski et al., 2001). Infatti, il diabete è diversa dalla maggior parte delle malattie che comportano una gestione a lungo termine, per la grande quantità di azioni e responsabilità personali che il paziente deve mettere in campo quotidianamente per la propria cura, che richiedono trasformazioni profonde nella conduzione della propria vita. Inoltre, la persona può convivere per intere decadi con il diabete senza avvertire quelle che possono anche essere conseguenze gravi, invalidanti e in alcuni casi mortali. Questo, porta a convivere con un'aspettativa negativa, non ancora presente, ma fonte di stress e paura intensi. Infine, i livelli di zucchero nel sangue sono influenzati dal modo in cui il paziente affronta lo stress, sia quello legato alla malattia, sia quello connesso alle generiche esperienze di vita (Gregg, Callaghan e Hayes, 2007). La difficoltà che il paziente incontra nella gestione continua dei vari aspetti della malattia è ben evidente se si pensa che circa il 20-40% dei pazienti presenta difficoltà psicologiche come disturbi emotivi legati alla malattia (es. paura di incorrere in ipoglicemia, in complicanze future) o preoccupazioni più generali quali sintomi di stress, ansia e depressione (van Son et al., 2011). Quindi, una persona con diabete: 1) ha una malattia cronica per la cui gestione deve personalmente compiere una grande quantità di azioni di cui deve prendersi piena e principale responsabilità, 2) questa gestione risulta molto impegnativa e complessa, 3) se la gestione non viene portata avanti in modo costante e corretto si incorre nel rischio di sviluppare gravi e potenzialmente fatali complicazioni future e 4) anche se questa situazione è per definizione stressante, la persona dovrebbe essere in grado di non sviluppare eccessivi livelli di stress psicofisico perché questo può peggiorare le cose da un punto di vista clinico (Gregg, Callaghan e Hayes, 2007).

Inoltre, il problema dell'aderenza alle cure (grado in cui il comportamento di una persona corrisponde alle raccomandazioni concordate con un operatore sanitario; World Health Organization, 2003) è centrale in questa malattia. Anche se le prescrizioni concordate con l'operatore sanitario sono le migliori da un punto di vista prettamente clinico, non è per nulla scontato che un paziente vi sia aderente. Anzi, l'aderenza è un fenomeno complesso, articolato che deve essere avviato, corretto e mantenuto nel tempo dall'operatore sanitario che deve anche prendere in considerazione dove risiede l'eventuale bisogno di non-aderenza del paziente per poterlo superare (Majani, 2013).

Nelle raccomandazioni contenute nelle linee guida dell'American Diabetes Association, l'educazione per l'autogestione del diabete rivolta ai pazienti con questa malattia (Diabetes Self-management Education, DSME) è considerata un elemento essenziale della terapia. Tutte le considerazione sopra esposte, hanno portato a una recente svolta concettuale nei contenuti degli interventi educativi per i pazienti con diabete, che si stanno progressivamente spostando da un approccio meramente didattico-informativo a uno fondato su modelli teorici basati sull'empowerment centrati sulla persona e sul paziente. Infatti, secondo Cochran e Conn (2008), questi percorsi dovrebbero anche comprendere aspetti più specificamente mirati alle componenti psicologiche di accettazione della malattia, perché il benessere emotivo è associato con migliori esiti nella gestione della malattia e, viceversa, i pazienti in distress emotivo hanno una scarsa aderenza alle cure che a sua volta riduce il controllo glicemico (es. Anderson et al., 2001).

Si è visto che un mero miglioramento della conoscenza in merito a temi e comportamenti di rilevanza medica non sembrava portare sempre a un'adeguata auto-

gestione della malattia (Norris et al., 2001). Alcune ragioni potrebbero essere dovute alle barriere psicologiche al cambiamento interne all'individuo: 1) i pensieri e le emozioni negativi legati alla malattia, evocati dai comportamenti di cura quotidiana, e per evitare il confronto con i quali l'individuo può trovarsi a rimandare, evitare e non emettere proprio quei corretti comportamenti di gestione della malattia, arrivando paradossalmente a peggiorare proprio quella condizione di salute che lo preoccupa (Gregg, Callaghan e Hayes, 2007; Forman et al., 2008); 2) la funzione di sollievo immediato da pensieri ed emozioni negative che mantiene proprio alcuni dei principali stili di vita poco sani (es. fumare, bere, mangiare troppo e male, sedentarietà) e che portano a maggior rischio di sovrappeso/obesità, diabete e malattie cardio-vascolari; 3) la difficoltà umana a modificare abitudini consolidate, sostenute dal proprio sistema di regole culturali e fonte di sicurezza, anche qualora dannose, a fronte dell'incertezza e del pericolo di fallimento associato al cambiamento (Wilson e DuFrene, 2012); 4) infine, la psicologia del comportamento ha dimostrato in moltissimi studi che i comportamenti a cui siamo esposti in qualità di osservatori costituiscono una fonte di apprendimento capace di vanificare la conoscenza di ciò che di per sé sarebbe più giusto, sano, utile, ecc., fare.

Considerato l'insieme di questi elementi, i più recenti sviluppi delle scienze contestualiste del comportamento applicate alla salute (es. Acceptance and Commitment therapy; ACT; Hayes, Strosahl e Wilson, 1999), e in particolare a diabete e obesità, hanno dato il loro contributo nel tentativo di incrementare l'efficacia della cura delle malattie croniche che rappresentano la più grande spesa che i sistemi sanitari nazionali dei paesi occidentali devono affrontare e la principale causa di morte nel mondo (Prevedini et al, 2011). Questi sviluppi innovativi, comprendono approcci e strategie basate sui processi di accettazione mindfulness, che hanno l'obiettivo di produrre modificazioni comportamentali in presenza di esperienze di vita e psicologiche dolorose e inevitabili (Gregg, Almada e Schmidt, 2011). Questi approcci sono particolarmente utili per quelle persone che a causa di una malattia cronica non possono mirare a eliminare, ridurre o gestire il distress emotivo che è indissociabile dalla presenza stessa della malattia e delle cure a questa connesse. In questo modo, le persone con diabete, possono imparare come continuare a metterli in atto in modo costante, indipendentemente dalla presenza dell'inevitabile distress emotivo suscitato dall'emissione di questi comportamenti e dal fatto stesso di convivere con una malattia a rischio di vita (Gregg, Almada e Schmidt, 2011).

Per tutti questi motivi, la comunicazione e gli interventi educativi mirati alla modificazione dei comportamenti nella direzione di prevenire le malattie croniche non trasmissibili, dovrebbero anche includere il riconoscimento e la consapevolezza del ruolo che hanno alcuni elementi psicologici nel mantenimento di comportamenti dannosi: modelli comportamentali di riferimento negativi, adesione rigida alle regole socioculturali di riferimento, mancanza di contatto con i valori personali, e importanti difficoltà a essere in contatto prolungato con emozioni, pensieri e sensazioni fisiche negative e sgradite legate alla normale esperienza del vivere (delusioni, paure, malattie, problemi famigliari e/o lavorativi, abbandoni, ecc.). Tutti questi elementi possono essere potenti ostacoli al cambiamento, anche quando la persona sia ben consapevole di quanto alcuni comportamenti siano dannosi al perseguimento della propria salute.

1.2 Salute e migranti

Da un'analisi della letteratura sulle condizioni sociali e sanitarie dell'immigrato, si possono determinare alcune aree critiche che necessitano di particolare attenzione soprattutto in termini di programmazione e di pianificazione di politica e di comunicazione socio-sanitaria. Possiamo suddividere queste aree in tre ambiti sommariamente delimitati da alcune condizioni patologiche, fisiologiche e sociali.

- condizioni patologiche: malattie infettive (tb, mst, ...), malattie dermatologiche, disagio/malattie psichiatriche, traumi e incidenti, NCD;
- condizioni fisiologiche: maternità, infanzia, vecchiaia;
- condizioni sociali: prostituzione e tratta, abuso, detenzione;
- aggravanti: disagio sociale, immigrazione "forzata" o "non selezionata", irregolarità giuridica, mancanza/difficoltà accesso ordinario strutture sanitarie.

A queste vanno associate le problematiche socio-sanitarie dell'immigrazione:

- legate allo status giuridico: accesso ordinario al SSN *(diversificato o negato);* pregiudizi e paure *(da parte dell'immigrato e da parte del sanitario);* diritti nascosti;
- legate alla marginalità sociale, fisica-ambientale *(fattori di rischio per la salute fisica),* psicologico-sociale *(fattori di rischio per la salute psichica);*
- legate alla marginazione culturale e ai diversi sistemi biomedici di riferimento.

(Geraci, Marceca, Mazzetti, 2000; Jayaweera, 2013).

Su questo terreno fertile si innestano molto facilmente una serie di patologie. Ad oggi ci siamo molto soffermati sulle malattie trasmissibili tra i migranti, ma si osserva una crescita importante anche tra le non trasmissibili che merita una analisi approfondita e la pianificazione di interventi mirati.

Anche la disponibilità di flussi informativi stabili sulle prescrizioni farmaceutiche può fornire indicazioni pratiche per rappresentare le condizioni di salute e l'accesso alle prestazioni sanitarie tra i migranti. Le differenze che si osservano fra migranti e italiani possono raffigurare bisogni non convenientemente coperti o segnalare una differente prevalenza di patologia. I dati disponibili indicano che il Ssn garantisce buon accesso all'uso dei farmaci, con un livello di spesa che, tenuto conto dell'età giovane della popolazione immigrata, è contenuto.

Una particolare attenzione va riservata alle popolazioni "fragili", ad esempio gli anziani con pluripatologie, per i maggiori rischi di inappropriatezza e di mancato accesso alle terapie. Anche la popolazione immigrata, più giovane di quella italiana, mostra fragilità, a causa del reddito, delle difficoltà di inserimento e di una rete di sostegno non sempre adeguata.

Istituzioni e società scientifiche (Società italiana di farmacia ospedaliera, Società italiana di medicina delle migrazioni, Cineca, Consorzio Mario Negri Sud e Istituto superiore di sanità) lavorano ad un'analisi della prescrizione farmaceutica nella popolazione immigrata. È stata fondata una banca dati delle prescrizioni farmaceutiche, nella quale sono raccolti i dati relativi alla popolazione di 32 Asl italiane (le Asl afferenti al progetto Arno coordinato dal Cineca e le Asl della Regione Umbria).[32]

[32] Cfr. http://www.cineca.it/it/progetti/osservatorio-arno

Una prima analisi di queste informazioni è stata pubblicata all'interno del Rapporto sull'uso dei farmaci in Italia nel 2011 a cura dell'OsMed.[33] Nel rapporto sono stati esposti i primi risultati riferiti a una popolazione di circa 600 mila assistibili. Il 50% della popolazione immigrata e il 58% di quella italiana hanno ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno, con un'età mediana degli utilizzatori (35 anni) e un rapporto maschi/femmine (0,84) sovrapponibili. Nelle fascia d'età tra 15 e 65 anni le donne immigrate hanno un maggior consumo di farmaci rispetto agli uomini. Nei bambini la prevalenza d'uso è di circa il 60% per entrambe le coorti.

I farmaci antibatterici sono la categoria terapeutica con i maggiori livelli di esposizione (la prevalenza d'uso è rispettivamente 33% e 38% negli immigrati e negli italiani). In categorie terapeutiche con un utilizzo cronico, come ad esempio i farmaci cardiovascolari, la prevalenza e l'intensità d'uso sono simili nelle due coorti (rispettivamente 7% negli immigrati e 8% negli italiani; 435 dosi per utilizzatore negli immigrati e 474 dosi negli italiani). Questi dati dimostrano che una volta riconosciuto il problema, le modalità di prescrizione non sono, come desiderabile, influenzate dalla cittadinanza.

L'assistenza sanitaria allo straniero in Italia è regolata da norme nazionali e politiche locali. Il testo di riferimento giuridico sull'immigrazione è il Decreto Legislativo n. 286 del 1998 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" che, con il Regolamento d'attuazione (D.P.R n. 394/1999) garantisce il diritto di inclusione ordinaria dei migranti nel sistema di tutela della salute. L'articolo 34 si accupa della questione "assistenza agli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale (Ssn)". L'articolo 35 riguarda le condizioni di assistibilità degli stranieri non iscritti al Ssn o perché migranti a breve termine (studenti, turisti, ecc.) o perché non in regola. Alcune modifiche sono state introdotte con il D.P.R. 334/2004 che stabilisce per esempio che l'iscrizione non decade nella fase di rinnovo del permesso di soggiorno. Il Testo unico ha influito sui Piani sanitari nazionali e ha dato un input alle politiche regionali e locali che, nella realtà quotidiana.[34]

Per dare uniformità di risposta rispetto alle cure nelle Regioni e nelle Province autonome e per raccogliere in un unico strumento le norme nazionali e regionali sull'assistenza sanitaria agli immigrati, il 20 dicembre 2012, la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ha definito un Accordo sul documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane".[35]

Le norme non bastano per garantire l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie. La "paura" e la diffidenza nei confronti del Ssn da parte degli "irregolari" rimangono un problema.

Si aggiungono a questo le difficoltà linguistiche e le differenze culturali. Diventa cruciale la formazione degli operatori, per una efficace presa in carico dei migranti e necessaria l'informazione-mediazione verso gli stranieri e la comunicazione verso la

---

[33] Cfr. http://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/OsMed/OSMED%202011.pdf

[34] Approfondimenti nel documento
"La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali"(http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/DIRITTO_ALLA_SALUTE.pdf),
a cura della Caritas Diocesana di Roma (luglio 2010) e l'approfondimento dedicato sul sito salute internazionale.info (http://www.saluteinternazionale.info/2011/04/la-salute-degli-immigrati-nelle-politiche-sanitarie-regionali/)

[35] Per dettagli sulla normativa italiana sul tema, si vedano anche le pagine dedicate sul sito della Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm).
(http://www.simmweb.it/index.php?id=303&no_cache=1)

società ospitante. L'Organizzazione internazionale per le migrazioni ha pubblicato il "World Migration Report 2011 - Communicating Effectively about Migration"[36] che affronta il tema dell'importanza di una comunicazione efficace sul tema dei migranti per evitare disinformazione e percezione negativa.[37]

Nelle migrazioni un ruolo importantissimo è delle donne. La femminilizzazione dei flussi migratori, e la concentrazione di donne in età fertile, solleva il problema della salute riproduttiva e materno-infantile, e del contributo dei figli dell'immigrazione.

Attraverso i dati annuali del Dossier Statistico Caritas/Migrantes 2012[38] è possibile valutare questa situazione: all'inizio degli anni '90 le donne straniere presenti in Italia non raggiungevano le 300 mila unità, all'inizio del 2000 avevano superato il milione di unità. Alla fine del 2010, le donne sono oltre 2 milioni e 300 mila e costituiscono il 51,8% del totale degli stranieri (nel 2011 la presenza femminile tra i soli soggiornanti non comunitari è del 49,5%).

La componente femminile è molto maggiore tra gli immigrati provenienti dall'Europa Orientale rispetto a quelli di origine africana o asiatica, con oltre il 70% per molti Paesi dell'Est Europa, dell'Ex-Unione Sovietica e del Brasile.

La distribuzione territoriale è simile a quella di tutta la popolazione migrante: 37% risiede nelle Regioni del Nord-Ovest, 29% in quelle del Nord-Est, 22% nel Centro, il 9% al Sud e il 3% nelle Isole.

Esiste una varietà anche nei profili e nei percorsi di integrazione delle donne che, sebbene sia ancora molto determinata dai ricongiungimenti familiari, in particolare per alcune nazionalità (Pakistan, Bangladesh, Egitto, Macedonia, Tunisia, Giordania, Algeria), prnde molte forme. Sono moltissime le donne "primomigranti" (breadwinner o "apripista") – storicamente arrivano dalle Filippine e più di recente del Sud America e dell'Europa orientale. Importante anche la presenza delle donne rifugiate o richiedenti asilo o delle vittime della tratta e dello sfruttamento della prostituzione.

Una ricaduta della presenza femminile straniera, di giovane età, è visibile rispetto alle nascite. Nel 1986 i nati da genitori entrambi stranieri erano l'1% dei nati in Italia, nel 1996 il 4,5%, nel 2010 circa 2 nuovi nati su 10 sono stranieri e, esaminando solo le Regioni del Nord le nascite da madri stranieri arrivano al 30% del totale. Con una media di 2,13 figli ciascuna, le donne straniere contribuiscono alla fecondità nazionale e a invertire il calo demografico italiano.

Cresce l'attenzione per la tutela della maternità tra le immigrate che partoriscono in Italia. Si osserva una maggiore difficoltà nella fruizione dei servizi[39] e nel raccogliere le opportunità di assistenza nel periodo della gravidanza e del post, sebbene le donne straniere facciano riferimento al consultorio maggiormente rispetto alle italiane.

Il maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) tra le donne immigrate evidenzia la necessità di promuovere informazioni e servizi, data le difficoltà che le straniere incontrano nelle terapie di contraccezione.

I servizi e le politiche sono chiamati a impegnarsi a rafforzare l'intero ambito della salute riproduttiva e della prevenzione, attraverso strategie di empowement e offerta attiva per una effettiva inclusione sociale delle immigrate.

---

[36] Cfr. http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf

[37] Sul sito del ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/assistenzaSanitaria/assistenzaSanitaria.jsp) è disponibile una sezione dedicata a informare i cittadini (italiani all'estero e stranieri in Italia) sulle modalità di accesso ai servizi.

[38] Cfr. http://www.dossierimmigrazione.it/docnews/file/2012_Dossier_Scheda.pdf

[39] Cfr. http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/aggiornamenti.asp

1.2.1 Dati Istat 2013

I risultati confermano che, allo stato attuale, i cittadini stranieri sono un collettivo "selezionato" sia rispetto al Paese di origine, sia rispetto agli italiani: sono mediamente giovani e in buona salute e anche eliminando il vantaggio derivante dalla struttura per età più giovane, gli indicatori di salute percepita confermano migliori condizioni di salute rispetto agli italiani. Il sistema sanitario deve preservare questo patrimonio di salute ed evitare che il processo di integrazione della popolazione straniera si accompagni al peggioramento delle condizioni di salute.

Nell'accesso ai servizi, la fruibilità delle prestazioni è centrale per il mantenimento ed il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati. La popolazione immigrata si trova spesso di fronte a ostacoli linguistici e burocratici che possono renderla vulnerabile, intralciare i percorsi sanitari e favorire complicanze delle malattie.

1.3 MGF

Ad aggiornamento dell'analisi della letteratura scientifica si propongono alcune riflessioni relative alle nuove pubblicazioni scientifiche sull'argomento, con una attenzione particolare alle attività ed esperienze di comunicazione e sensibilizzazione sulle MGF.

L'Africa è tuttora il contesto in cui la pratica delle mutilazioni genitali femminili è più diffusa, nella letteratura si ritrovano alcuni studi che esaminano la situazione nei paesi dove tali pratiche sono ancora diffuse. La pratica delle mutilazioni genitali femminili è ancora molto diffusa in 28 paesi africani. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che oltre due milioni di donne subiscono una qualche forma di mutilazione genitale ogni anno.

La decisione di abbandonare questa pratica viene dalla comunità nel suo complesso e non dall'individuo. Si tratta di una decisione e scelta collettiva che può essere accelerata con l'istruzione delle donne (e anche degli uomini) e degli operatori sanitari, rafforzati da azioni e inviti dei leader locali e nazionali e delle organizzazioni di donne (Martinelli, Ollé-Goig 2012).

Paradossalmente, l'effetto di alcune campagne anti-mutilazione in Africa è quello di dare un maggiore controllo sul corpo e la vita delle donne ai governi locali, leader politici e ai religiosi, perlopiù maschi. Sarebbe auspicabile che le donne guidassero maggiormente i programmi di abbandono.

Lo studio del Public Policy Advisory Network on Female Genital Surgeries in Africa, (2012) illustra sette punti, che mettono in discussioni molte convinzioni sulle MGF che si dovrebbero tenere presenti nel tentativo di mettere fine alla pratica MGF.

1. Ricerche condotte da ginecologi e altri ricercatori hanno dimostrato che una elevata percentuale di donne che hanno subito mutilazioni hanno una vita sessuale soddisfacente, conservano desiderio, eccitazione, orgasmo, la loro frequenza di attività sessuale non è ridotta.

2. È molto pubblicizzato il fatto che le MGF abbiano effetti gravi sulla salute

riproduttiva e determinino sensazionalismo complicanze mediche, ma si tratta di abbastanza rari in Africa che rappresentano l'eccezione piuttosto che la regola.

3. In molti centri medici in Africa le MGF sono viste come interventi estetici che migliorano il corpo e non nell'accezione negativa di mutilazioni.

4. La chirurgia ai genitali non è limitata alle donne.

5. Non c'è una vera associazione tra patriarcato e persistenza e volontà di praticare le MGF.

6. Le MGF sono tipicamente controllate e gestite dalle donne.

7. I risultati dello studio WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome e che non sono stati molto pubblicizzati non supportano la convinzione che le MGF sia causa di morte di madri e figli durante il parto.
(Public Policy Advisory Network on Female Genital Surgeries in Africa, 2012) .

Si tratta certo di una questione difficile da interpretare e che è alimentata da secoli di convinzioni errate e malintesi, ma come sempre è importante non criminalizzare e non forzare sensazionalismi.

Dal 2008, il "Joint programme" (UNFPA-UNICEF, (2012), *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting Updated Proposal August 2012 --from the original November 2007)* è stato lo strumento privilegiato delle Nazioni Unite per la promozione dell'abbandono delle MGF, sfruttando le dinamiche sociali emergenti a livello comunitario, nazionale, livello regionale e globale, al fine di contribuire all'abbandono di questa pratica in una sola generazione. Il successo documentato del programma costituisce un risultato concreto di approccio culturalmente sensibile e olistico basato sui diritti umani e utilizzato per sostenere le comunità nel cambiare le norme sociali e per consentire ai governi di creare ambienti favorevoli ad un processo di cambiamento sociale che migliori la situazione delle ragazze attraverso il riconoscimento e il rispetto dei loro diritti.

Basandosi sui successi dei primi tre anni, è stato deciso dal Comitato Direttivo di prorogare il termine del programma di un anno fino al 31 dicembre 2013. Questo ha dato al programma più tempo per proseguire il programma di ridurre la prevalenza delle MGF. Il programma comune è oggi il più grande sforzo programmatico al mondo per promuovere l'abbandono delle MGF, e attualmente è attivo in 15 paesi.

L'approccio programmatico è in vigore dal 2008 con la Dichiarazione Interagency: Eliminazione della Mutilazione genitale femminile, firmata da 10 agenzie delle Nazioni Unite ed è guidato dai seguenti principi:

- Le MGF sono un problema significativo per la salute sessuale e riproduttiva;
- Bisogna valorizzare le comunità, che devono essere in grado di fare delle scelte collettive;
- Dichiarazioni pubbliche di impegno ad abbandonare le MGF sono un potente mezzo di persuasione;
- È necessario coinvolgere i leader tradizionali e religiosi come agenti di cambiamento;
- È importante fermare la medicalizzazione delle MGF;
- Campagne mediatiche efficaci formano/modificano gli atteggiamenti;
- Un quadro giuridico basato sui diritti umani accelera l'abbandono.

Fin dall'inizio del programma, comunità e gruppi, in 14 dei 15 paesi hanno pubblicamente dichiarato la loro intenzione di abbandonare le MGF. Il numero di comunità coinvolte è aumentato da circa 3.200 nel 2008 a oltre 8.000 nel 2012, con un aumento del 30% all'anno. Questa è una forte indicazione del fatto che le norme sociali intorno alla pratica stanno cominciando a cambiare. A partire dal 2012, 12 dei 15 paesi del programma hanno promulgato leggi che vietano la pratica. L'impegno a lungo termine da parte dei governi africani è aumentato negli ultimi quattro anni e indica che gli interventi governativi continueranno (Cfr. UNFPA-UNICEF, 2012, *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting Updated Proposal August 2012 (from the original November 2007*).

L'UNICEF e il Governo della Gran Bretagna hanno inoltre organizzato per il mese di luglio del 2014 il primo vertice, *Girl Summit 2014*, volto mobilitare gli sforzi nazionali e internazionali per porre fine alla mutilazione genitale femminile e il, matrimonio precoce e forzato (CEFM) nell'arco di una generazione.

Le ragazze e le donne hanno il diritto di vivere libere dalla violenza e dalla discriminazione e realizzare il loro potenziale, ma milioni non hanno potuto farlo a causa di pratiche dannose quali le MGF e CEFM, che sono illegali nel Regno Unito.

La buona notizia è che le cose stanno cambiando. Nel cuore delle comunità e delle famiglie nel Regno Unito e in tutta l'Africa, Asia meridionale, Medio Oriente e in Europa, sempre più persone stanno dicendo di no a queste pratiche. Il nostro ruolo è quello di andare oltre, sostenere e accelerare i loro sforzi per il loro fine.

Quasi cinque anni fa, dieci organizzazioni di varie dimensioni e approcci, che parlano lingue africane ed europee, si sono riunite a Bruxelles con la speranza di portare l'attenzione nei confronti di molte donne e ragazze che vivono o arrivano in Europa e rimangono invisibili. Il problema delle MGF è riconosciuto nelle dichiarazioni politiche chiave e in documenti politici del Parlamento europeo, della Commissione europea e del Consiglio europeo.

Ci sono sei commissari europei impegnati a dare priorità alla prevenzione delle MGF e che hanno lanciato una consultazione pubblica per elaborare misure comunitarie di lotta contro la MGF in Europa e oltre.

Il primo studio di mappatura sulle MGF in Europa redatto dall' European Institute of Gender Equality stabilisce la situazione in Europa, mette in evidenza le buone pratiche e offre raccomandazioni per colmare le lacune nelle conoscenze, nella politica e nelle azioni.

Esiste inoltre una direttiva sui diritti della vittima che offre meccanismi concreti di protezione e l'accesso alla giustizia e servizi di supporto alle donne e bambine sottoposte a MGF. Le direttive di asilo descrivono le MGF come una persecuzione basata sul genere e richiedono il supporto sanitario specifico per i richiedenti asilo perché vittime di MGF.

Ogni anno, circa 180.000 ragazze e donne in Europa sono a rischio di MGF. Posticipare la protezione di queste donne e ragazze significa limitare il loro futuro.

Il 27 febbraio 2013, la Campagna europea END FGM ha organizzato una giornata di mobilitazione a Bruxelles. La campagna offre uno spazio per le donne e le ragazze vittime di MGF per parlare direttamente con l'Unione europea. Le loro esperienze e le competenze delle nostre organizzazioni partner definiscono e guidano le richieste di azione politica europea per eliminare le MGF. Dopo oltre quattro anni di campagne, la questione delle mutilazioni genitali femminili è riconosciuta come un elemento di preoccupazione per l'Europa. Tutte le istituzioni dell'UE pubblicamente affermano che le MGF sono una violazione dei diritti umani e che le donne e le ragazze in Europa hanno il diritto di essere libere da questa violenza.

Il Parlamento Europeo ha emanato una risoluzione contro le MGF

Risoluzione (14 giugno 2012):
"Esorta la Commissione a prestare un'attenzione particolare alle mutilazioni genitali femminili come parte di una strategia globale di lotta alla violenza contro le donne, compresa un'azione comune contro le mutilazioni genitali femminili".

Tutti i paesi dell'UE hanno leggi o specifiche o generali volte alla criminalizzazione delle MGF, ma non bastano sempre per sradicare norma sociale, profondamente radicata. 8 paesi hanno piani d'azione nazionali specifici per MGF, anche se non tutti sono stati sostenuti dai governi.

1.4 NCD: il punto di vista degli operatori

Le interviste in profondità condotte con dottori e dottoresse che, a diverso titolo, si trovano ad affrontare quotidianamente il tema delle NCD con pazienti migranti, unito ai risultati della successiva ricerca estensiva svolta su 255 operatori sociosanitari, ha permesso di rilevare la percezione di questi professionisti rispetto a quanto è stato fatto e quanto ancora c'è da fare per costruire un sistema che sia al contempo efficace ed efficiente.

Il primo punto da sottolineare è che, a fronte di una letteratura scientifica ancora troppo povera sull'argomento, è presente una sensibilità al tema molto matura da parte degli operatori: il problema è conosciuto, e affrontato quotidianamente, anche se spesso senza i supporti (in termini di procedure codificate e in termini di risorse economiche e tecnologiche) che invece sarebbero necessari.

Rispetto a tutto il materiale emerso dalle analisi svolte, il punto fondamentale ci sembra essere la centralità dell'uomo. Il lungo percorso intrapreso dalle scienze mediche, il passaggio da una visione biomedica, con al centro il dottore e la cura, a una visione antropocentrica, dove le esigenze e "i linguaggi" degli utenti sono la prima risorsa da utilizzare in un processo di cura, trova nel rapporto con l'utenza straniera l'ennesima conferma della bontà del percorso, oltre che un ulteriore scoglio da dover superare.

L'utente straniero è in prima istanza una persona, e la soggettività della sua figura deve essere, nella relazione medico-paziente e più in generale nella relazione con il SSN, il vero punto di partenza, soprattutto nelle malattie croniche, dove è il paziente il vero owner della cura.

In questo senso, le procedure standardizzate di prevenzione, gli strumenti di comunicazione utilizzabili, le conoscenze rispetto alle diverse culture e ai rispettivi stili di vita non sono altro che strumenti da mettere a disposizione del personale sociosanitario per costruire un "setting" di incontro il più possibile accogliente, sicuro, professionale, e semplice, ma all'interno di questi confini l'incontro di cura per essere davvero efficace è un incontro tra due persone. E se è fondamentale riscoprire la soggettività del paziente/utente, è altresì fondamentale formare l'operatore a riconoscerla, a utilizzare la propria empatia, a saper entrare in relazione con l'altro, perché in questa tipologia di malattie queste competenze hanno la stessa importanza delle competenze tecnico scientifiche sulla cura.

Ritorna quindi prioritaria la formazione, e ripensare ad una formazione che abbia l'individuo operatore al centro. Una formazione che non sia solo sul sapere e sul saper fare, ma sia soprattutto sul saper essere. Allenare gli operatori a vincere le loro resistenze e le resistenze dell'utente, insieme a un processo di aggiornamento degli strumenti di comunicazione che facilitino la costruzione del setting d'incontro e insieme ad un processo di condivisione di buone pratiche molto più sistematizzato e fluente, ci sembra l'unico modo per affrontare al meglio una sfida divenuta che, numeri alla mano, è diventata sempre più impellente.

1.5 NCD: il punto di vista dei migranti

Nelle interviste è emerso una generale soddisfazione rispetto ai servizi sanitari, una conoscenza vaga delle NCD e una conseguente poca attenzione ai fattori di rischio e alla prevenzione di tali patologie. La maggior parte degli intervistati afferma di avere un medico, di andarci raramente, soprattutto in caso di eventi che non si risolvono attraverso l'automedicazione. La maggioranza si ritiene soddisfatta del proprio medico dal punto di vista professionale e personale. Allo stesso modo si considerano soddisfatti coloro (una minoranza) che sono dovuti ricorrere al servizio ospedaliero.

Non si rilevano particolari problemi rispetto ai servizi offerti e fruiti del sistema sanitario dal punto di vista burocratico e comunicativo/linguistico/culturale. Alcuni riportano di aver avuto problemi di comunicazione al loro arrivo in Italia. Rispetto alle prime generazioni il problema linguistico permane soprattutto se all'arrivo i nuovi migranti non si ricongiungono con familiari o amici.

La comunicazione con il medico, il rapporto che si instaura, può essere fondamentale per il successo della terapia. Molti riferiscono che il medico deve essere un amico, una persona con cui ci sente molto a proprio agio, ma altrettanti pongono come una prerogativa irrinunciabile la professionalità. Gli aggettivi più utilizzati per descrivere la comunicazione con gli operatori sanitari sono: calda, amichevole, chiara, professionale.

Gli intervistati sono a conoscenza di cosa siano il diabete, le malattie cerebro-vascolari, il cancro, le malattie respiratorie e le malattie cardiovascolari, anche se non conoscono l'espressione "malattie non trasmissibili" o "non-communicable diseases". La maggior parte non soffre di queste malattie, riferisce in rari casi di avere avuto amici o parenti affetti da tali malattie, che risiedono spesso nei paesi di provenienza. Oppure si tratta di genitori o amici di età oltre i 50 che sono stati curati in Italia, tutti si dichiarano soddisfatti del trattamento sanitario ricevuto.

Ma si riscontra una scarsa considerazione nei confronti delle malattie non trasmissibili e del rischio delle complicanze croniche di tali malattie. Le persone ne hanno sentito parlare, ma ridotta è la loro reale conoscenza, così come la conoscenza delle problematiche associate a sovrappeso, obesità, abuso di alcol, cattiva alimentazione. Emerge anche che l'aspetto della cronicità sia di difficile comprensione.

Rispetto ai fattori di rischio che portano a contrarre queste malattie vengono individuati principalmente l'eccessivo utilizzo di tabacco e il consumo eccesivo di alcol. Gli altri, insufficiente attività fisica, poco movimento; abitudini alimentari sbagliate; pressione alta; sovrappeso e obesità; fattori ambientali (lavorare in luoghi malsani a contatto con sostanze/materiali pericolosi), vengono meno citati. In particolari molti non associano pericoli particolari al cibo se non nel caso sia avariato e

riferiscono come ulteriore fattore di rischio le "droghe" in generale. Emerge occasionalmente che i "cibi grassi" possono essere dannosi, anche se non viene specificato quali grassi sono pericolosi, se i saturi o insaturi. Lo zucchero e il sale non sono segnalati da nessuno come sostanze da usare con moderazione. Va detto che i migranti che risiedono in Italia appartengono principalmente alla fascia di età 15-49, e così anche i nostri intervistati, che difficilmente sono già portatori delle patologie legate ai fattori di rischio NCD.

La prevenzione sembra essere ciò che manca maggiormente, non viene fatta, soprattutto nessuno parla di screening effettuati o che si ha intenzione di effettuare e di effettivi stili di vita volti a contrastare le potenziali patologie. Generici comportamenti di prevenzione riferiti andrebbero approfonditi per una valutazione del loro essere effettivamente comportamenti di salute: andrebbe meglio indagato il significato di "mangiare meno", "mangiare sano", "mangiare bene", " fare un po' di attività fisica", ecc..

Sulle attività di sensibilizzazioni non ci sono trend dominanti che emergono dalle risposte degli intervistati, a parte una certa tendenza a citare la televisione e i mass media e la famiglia come luogo fondamentale per l'educazione ad una vita sana, e poi vengono suggeriti: incontri con le comunità sul territorio; strutture mobili itineranti sul territorio; attività di prevenzione nei luoghi di lavoro; attività di prevenzione nelle scuole; stampa di materiale illustrativo (brochure, volantini); produzione di video; iniziative su internet, siti internet, social network.

1.6 NCD: produzione audiovisiva internazionale

Il tema delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (NCD) è complesso e variegato, caratteristica che si riscontra anche nella produzione audiovisiva internazionale. Si possono distinguere due macro approcci: da un lato vi sono tutti quei materiali che affrontano il tema delle NCD nella loro integrità e complessità e dall'altro quelli che focalizzano l'attenzione su specifiche patologie o particolari stili di vita che ne favoriscono l'insorgenza.

Anche dal punto di vista del formato, si riscontra un'elevata varietà: dagli spot brevi, pensati per essere inseriti all'interno di specifiche campagne di sensibilizzazione ed educazione, ai reportage o documentari il cui obiettivo primario non è solitamente la diffusioni di comportamenti virtuosi tra i destinatari, bensì informare e generare maggiore attenzione rispetto le Malattie Croniche Non Trasmissibili.

Partendo da tali osservazioni, l'analisi prende in considerazione 17 materiali audiovisivi realizzati all'estero sul tema delle Malattie Croniche Non Trasmissibili e suddivisi in due gruppi: 11 rappresentano degli spot di breve o media durata focalizzati sulla tematica in generale oppure su specifiche patologie o stili di viti, mentre 6 rappresentano dei materiali informativi, assimilabili a reportage o documentari. Tutti i materiali sono stati reperiti sulla piattaforma online YouTube e sono liberamente accessibili.

L'analisi prende in esami diversi aspetti:

- definizione degli ambiti di approfondimento rispetto alla tematica complessiva delle NCD;
- analisi dello stile narrativo;

1. identificazione delle leve persuasive utilizzate per il raggiungimento delle soluzioni proposte.

Dallo studio è emerso che tutti i video analizzati, a vari livelli e con diverse strategie comunicative, si pongono l'obiettivo principale di sensibilizzare e informare il pubblico rispetto le Malattie Croniche Non Trasmissibili e il notevole impatto che queste hanno sulla società, sia da un punto di vista socio-demografico che economico. Solo una parte dei materiali presi in considerazione si pone contemporaneamente l'obiettivo di modificare concretamente l'atteggiamento rispetto specifici comportamenti o stili di vita (come ad esempio l'adozione di una dieta non equilibrata, l'uso e l'abuso di sostanze quali l'alcol e il fumo ecc.) e conseguentemente spingere l'adozione di determinati stili di vita.

Considerato l'obiettivo di sensibilizzazione e informazione, i video mirano a raggiungere un vasto pubblico generalizzato, all'interno del quale potrebbero esserci soggetti potenzialmente a rischio di insorgenza di NCD oppure già affetti da tali patologie. In alcuni casi, la natura documentaristica dei video, tende a focalizzare l'attenzione solo in quei contesti dove le Malattie Croniche Non Trasmissibili rappresentano un grave problema e i sistemi di prevenzione sono inefficaci. Tali realtà però molto spesso risultano essere troppo lontane dallo spettatore, con la conseguente perdita di efficacia del messaggio nello stimolare e promuovere azioni concrete.

Nell'affrontare la tematica, i materiali si dividono in due gruppi: quelli che trattano le Malattie Croniche Non Trasmissibili nella loro complessità, offrendo una panoramica generale sulle patologie, le cause e gli effetti, e quelli che focalizzano l'attenzione solo su alcune specifiche patologie, sensibilizzando su particolari cause e proponendo soluzioni mirate. Nel suo complesso la quasi totalità dei video opta per una rappresentazione esplicita della tematica.

Nell'affrontare la dimensione del fenomeno, gli spot tendono a preferite la presentazione delle NCD, o di una specifica patologia, come un micro problema, che riguarda prevalentemente il singolo, o un macro-problema con ricadute sulla comunità di riferimento. Invece i report e documentari, proprio per la loro natura informativa e di denuncia di un macro-problema, tendono ad evidenziarne gli effetti a livello mondiale, sovrannazionale o nazionale.

Alla presentazione del problema, spesso accompagnata da numeri, affermazioni e immagini tali da generare uno stato di attivazione del soggetto, viene fatta seguire, nella quasi totalità dei video, l'indicazione diretta di almeno una possibile soluzione. Solo in alcuni casi, prevalentemente nei reportage e documentari, la soluzione non viene rappresentata o semplicemente evidenziata indirettamente attraverso la rappresentazione di modelli virtuosi di comportamento. Quest'ultimo approccio, potrebbe portare il fruitore ad individuare strategie alternative, come la rimozione del messaggio, al fine di alleviare lo stato di attivazione o ansia che lo stesso ha generato.

Seguendo sempre questo duplice suddivisione, gli spot si concentrano prevalentemente sulla responsabilizzazione diretta, proponendo soluzioni in grado di aiutare direttamente il soggetto. Mentre, dall'altro lato, i documentari e reportage puntano sulla sollecitazione, anche da parte dei singoli soggetti, di politiche nazionali o sovranazionale. Solo in alcuni casi si soffermano alla semplice sensibilizzazione didascalica del problema e delle soluzioni. In entrambe le tipologie di materiali, le soluzioni vengono presentate come un'opportunità che deve essere colta immediatamente oppure una necessità per l'individuo, la collettività e le generazioni future.

Per quanto riguarda lo stile narrativo, la quasi totalità dei video punta su un'elaborazione razionale e cognitiva dei messaggi piuttosto che fare leva

sull'attivazione emotiva dello spettatore. Due video su tre adottano prevalentemente uno stile comunicativo informativo, descrivendo le singole patologie, la situazione globale, le possibili soluzioni e alcuni specifiche esperienze. Tali informazioni vengono presentate da persone autorevoli, quali medici specializzati su determinate malattie, rappresentati di organizzazioni internazionali, testimoni privilegiati di organizzazioni attive nella sensibilizzazione e lotta al problema delle NCD. Tale scelta spinge in molti casi la narrazione verso uno stile paternalistico e prescrittivo, generando una certa distanza tra l'interlocutore e lo spettatore, distanza che viene rafforzata sia dall'utilizzo di voci narranti, scritte in sovrimpressione e interlocutori che non parlano direttamente allo spettatore bensì si rivolgono all'intervistatore, a platee di convegni ecc.

Oltre all'approccio descrittivo e informativo, in alcuni video vengono affiancate delle parti che puntando ad una maggiore attivazione emotiva, che attraverso l'utilizzo di immagini di persone malate, persone guarite oppure soggetti potenzialmente a rischio, come ad esempio i bambini, adottano uno stile comunicativo sentimentale, commovente oppure drammatico e scioccante. In un solo caso viene utilizzato uno stile positivo e rassicurante, con l'utilizzo di immagini di persone felici, per testimoniare l'efficacia del progetto descritto. In generale, ad eccezione di un video, la comunicazione non è stata costruita per generare una forte attivazione emotiva, bensì attirare l'attenzione e predisporre il soggetto all'acquisizione ed elaborazione cognitiva del messaggio.

Va evidenziato infine come, nella quasi totalità dei video, la melodia di sottofondo rivesta un ruolo importante di affiancamento e supporto dello stile comunicazione prescelto, sottolineandone eventuali cambiamenti durante l'evoluzione della narrazione.

1.7 NCD: Bisogni formativi

Il questionario compilato a 255 operatori (202 sanitari, 42 sociali e 11 scolastici) della regione Lombardia ha permesso di individuare alcuni dei bisogni formativi maggiormente rilevanti nell'ambito delle NCD e utenti migranti. Gli operatori riferiscono difficoltà con gli utenti migranti connesse soprattutto a incomprensioni linguistiche dovute al fatto che in particolari i migranti provenienti da alcune aree geografiche (es. africano e asiatico), nella maggior parte dei casi non comunicano in italiano. Le difficoltà di gestione dell'utente migrante sono in parte anche attribuite dagli operatori intervistati alle differenze culturali.

Seppur gli operatori riferiscono strategie diversificate per gli utenti migranti nei propri ambiti di servizio, queste hanno riguardato soprattutto aspetti organizzativi e solo in misura minoritaria la formazione dell'operatore stesso.

Quasi il 40% del campione riferisce che i supporti ricevuti dalla struttura di appartenenza per facilitare la relazione con l'utente migrante sono stati insufficienti o completamente insufficiente e quasi il 50% del campione ritiene la propria formazione sul tema utente migrante tra insufficiente e sufficiente. Inoltre, più del 50% del campione di operatori riferisce di non aver mai fatto o di aver fatto poca formazione rispetto al tema della costruzione della relazione operatore/utente straniero e quasi il 60% di avere poca o nulla formazione anche nel campo delle NCD, con il risultato di avere poca o nulla conoscenza sul tema (compreso il 68% degli operatori sanitari). Gli operatori riferiscono il bisogno di conoscenze sia caratteristiche dell'utente migrante

(linguistiche, culturali, socio-antropologiche) sia trasversali in merito alla comunicazione empatica.

Più del 70% del campione ritiene che sarebbe molto utile una formazione specifica sui temi culturali e relazioni per facilitare il rapporto con le persone che provengono da altri paesi e che questa dovrebbe includere sia lezioni frontali che metodologie attive.

Come da progetto l'università IULM metterà a disposizione una piattaforma di scambio materiali formativi e di interazione tra i partecipanti secondo un modello social web con utilizzo di software open source (come per esempio moodle), e metterà a disposizioni un gruppo di docenti in accordo con ÉUPOLIS e Regione Lombardia, sulla base dei percorsi formativi proposti.

1.8 NCD: Azioni

Le NCD sono malattie sociali globali che interessano svariati livelli relazionali. L'azione deve essere plurima, al fine di perseguire un a risposta equa (Geneau, Stuckler, Stachenko, *et al.*, 2010).

Azioni mirate all'insieme della popolazione (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013):

- Proteggere le persone dal fumo di tabacco e proibire il fumo nei luoghi pubblici;
- Informare sui rischi legati al consumo di tabacco;
- Rafforzare i divieti sulla pubblicità, promozione e sponsorizzazione dei prodotti del tabacco;
- Aumentare le tasse sul tabacco;
- Limitare l'accesso alla vendita delle bevande alcoliche;
- Aumentare i divieti sulla pubblicità delle bevande alcoliche;
- Ampliare le tasse sulle bevande alcoliche;
- Ridurre l'uso di sale e il sale negli alimenti;
- Sostituire gli acidi grassi insaturi negli alimenti con acidi grassi polinsaturi;
- Promuovere nell'opinione pubblica corrette abitudini alimentari e l'attività fisica, anche tramite i mass-media;
- Offrire trattamenti per la dipendenza da nicotina;
- Promuovere l'allattamento al seno e un'adeguata nutrizione complementare;
- Irrigidire la normativa sull'alcol alla guida di veicoli;
- Introdurre restrizioni sul marketing di alimenti e bevande con elevato contenuto di sale, grassi e zuccheri, specie per i bambini;
- Incentivare economicamente la scelta di alimenti salutari e disincentivare quella di alimenti non salutari;
- Favorire una corretta nutrizione nelle scuole;
- Fornire informazioni e consigli nutrizionali nell'ambito dell'assistenza sanitaria;
- Diffondere linee guida nazionali sull'attività fisica;
- Sviluppare programmi di attività fisica per i bambini a scuola;
- Sviluppare programmi per l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari negli ambienti di lavoro;
- Incrementare programmi per l'attività fisica e le corrette abitudini alimentari nelle comunità;
- Orientare la progettazione di edifici e agglomerati urbani che favoriscano l'attività fisica;

– Prevenire il cancro, attraverso ad esempio la vaccinazione contro l'epatite B, una delle maggiori cause del cancro del fegato; la vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV), principale causa del cancro della cervice uterina. Attivare modalità di protezione contro i fattori di rischio ambientali, come l'aflatossina, l'amianto e i contaminanti dell'acqua potabile. Gli screening per il tumore del seno e della cervice uterina possono essere anch'essi efficaci.

Un obiettivo strategico nella lotta contro la diffusione epidemica delle malattie non trasmissibili deve essere quello di garantire diagnosi e cure precoci, utilizzando interventi di assistenza sanitaria sostenibili e con un buon rapporto costo-benefici:

Azioni mirate al singolo individuo (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, 2008-2013):

– Patologie cardiovascolari: gli individui ad alto rischio di patologie cardiovascolari e coloro che ne presentano una forma conclamata possono essere curati con terapie a base di farmaci generici a basso costo, che riducono le probabilità di morte o di eventi vascolari. Una terapia a base di aspirina, statina e farmaci ipotensivi può diminuire l'incidenza di eventi vascolari. I benefici associati a misure preventive come smettere di fumare, possono essere rilevanti. È auspicabile la somministrazione di aspirina a persone che hanno avuto un infarto miocardico.

– Cancro: sono disponibili interventi con un buon rapporto costo-benefici in tutte e quattro le aree di approccio alla prevenzione e controllo dei tumori: prevenzione primaria, diagnosi precoce, terapia e cure palliative. Una diagnosi precoce basata sulla consapevolezza dei sintomi e dei segnali iniziali, e, dove sostenibile, uno screening rivolto all'intera popolazione, migliorano i tassi di sopravvivenza, particolarmente per i tumori del seno, della cervice uterina, del colon-retto, della pelle e del cavo orale. Alcuni protocolli per curare i tumori utilizzano farmaci che sono disponibili anche in forma generica. In numerosi Paesi a basso e medio reddito, l'accesso alle cure e la disponibilità di morfina per uso orale e di personale con specifica formazione nel settore delle cure palliative sono limitati, per cui molti pazienti rischiano di morire senza un adatto trattamento del dolore. In questi Paesi, la somministrazione di cure palliative a livello di comunità e domiciliare può essere decisiva ed esibire un buon rapporto costo-benefici.

– Diabete: almeno tre interventi di prevenzione e trattamento del diabete hanno dimostrato di essere in grado di ridurre i costi migliorando la salute. Il controllo della pressione sanguigna e della glicemia e la cura del piede per i diabetici sono interventi attuabili con un buon rapporto costo-benefici, anche nei Paesi a basso e medio reddito.

– Malattie respiratorie croniche: in molti Paesi a basso reddito, i farmaci per inalazione, come ad esempio gli steroidi, non sono ancora accessibili dal punto di vista economico. I Paesi potrebbero cercare forniture di farmaci per inalazione, di qualità garantita, a costi modesti. I programmi per la salute polmonare mirati a ostacolare la tubercolosi potrebbero essere integrati con interventi per le malattie respiratorie croniche.

Inoltre:

- Consulenza e terapia multifarmaco, compreso il controllo glicemico per il diabete, per persone di oltre trent'anni di età che presentino una percentuale di rischio per eventi cardiovascolari mortali o non mortali nel giro di 10 anni pari o superiore al 30%;
- Screening per il tumore della cervice uterina, eseguito una tantum all'età di 40 anni, seguito dalla rimozione di ogni lesione cancerogena riscontrata;
- Ricerca di casi precoci per il tumore del seno tramite uno screening mammografico biennale (dai 50 ai 70 anni) e trattamento per tutti gli stadi di evoluzione;
- Diagnosi precoce del tumore del colon-retto e del cavo orale;
- Terapia per l'asma persistente con corticosteroidi inalabili e farmaci adrenergici.

Finanziare e potenziare i sistemi sanitari per erogare interventi sanitari rivolti al singolo individuo con un buon rapporto costo-benefici attraverso un approccio di assistenza sanitaria primaria è un primo passo pragmatico per raggiungere l'obiettivo a lungo termine di una copertura sanitaria universale.

1.9 NCD: Comunicazione

Le campagne di comunicazione devono lavorare sugli stili di vita. Nello specifico i migranti devono essere "istruiti e informati" rispetto ad una corretta integrazione che comporta un adeguamento parziale ai comportamenti del Paese ospitante.

Gli effetti delle campagne sono stati misurati e si sono dimostrati buoni nel contrastare le NCD.

Con riferimento al target migranti è necessario lavorare su[40]:

PREVENZIONE

- Sostanzialmente oggi possiamo affermare che gli immigrati, a differenza di alcuni anni fa, si ammalano, o sono sani, nella stessa misura in cui si ammalano o sono sani gli italiani, con una sola differenza: gli immigrati non possono o non riescono ad accedere ai servizi sociosanitari, come gli italiani. Quindi nei loro confronti, come nei confronti degli italiani più poveri, la diagnosi è sempre posta in ritardo, con gravi rischi prognostici e terapeutici. Spesso molti decessi sarebbero stati evitabili, se si fosse posta una precoce diagnosi.

- I migranti sono poco inclini ad entrare in programmi di screening, quindi è importante lavorare sulla consapevolezza dell'importanza della prevenzione.

- Nei gruppi di lavoro che si occupano di prevenzione devono essere coinvolte molte competenze (personale sociosanitario filosofi, pedagoghi, mediatori culturali, laureati in lingue, educatori, assistenti sociali, personale della scuola), perché un'azione preventiva sul territorio che sia efficace è un'azione necessariamente complessa, progettata e letta da diversi punti di vista.

- La popolazione migrante in Italia è ancora giovane e questo giustificherebbe in parte lo scarso uso degli ospedali. Ma questo incoraggia ancora di più ad agire sulla prevenzione.

- Il modello di prevenzione dovrebbe insistere su 3 ordini di fattori: predisponenti (le conoscenze, quindi le informazioni), abilitanti (i mezzi che ti permettono di applicare le conoscenze acquisite), rinforzanti (i rinforzi di gruppi di pari, autorità…)

ACCESSO AI SERVIZI

- Per paura, diffidenza, cattive abitudini o altro ancora che non si può stabilire, gli immigrati in Italia ricorrono poco alle strutture sanitarie pubbliche. Vanno in ospedale solo se ne hanno bisogno dopo un incidente, in occasione di una gravidanza, o di un evento acuto.

[40] Cfr. http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf

- Nel caso dei clandestini la quota dei ricoveri ordinari si abbassa ulteriormente, questi individui, più degli altri, chiedono cura quando lo stato di sofferenza è avanzato o acuto.

- Necessità di una "struttura a bassa soglia" (dove è semplice accedere).

- Accoglienza con personale che conosce diverse lingue.

- Orientamento post visita (al termine della visita, ad ogni paziente dovrebbero essere indicati i passi successivi da seguire, sia in termini di cure, sia in termini burocratico amministrativi).
- Documenti in diverse lingue (ogni documento informativo, compresa la carta dei servizi, dovrebbe essere disponibile in diverse lingue e usare immagini).

STILI DI VITA

- Gli stili di vita (tradizionali o acquisiti) di molti migranti causano malattie anche gravi. Bisogna indicare cosa fare, cosa mangiare, cosa bere, che tipo di attività fisica svolgere, gli effetti dannosi del tabacco ecc. e spiegare perché certi comportamenti sono dannosi. Messaggi che per noi sono scontati, per i migranti non lo sono. Questi messaggi devono essere semplici, disponibili nelle lingue di provenienza, sintetici, convincenti. Non devono mettere in discussione le culture di origine.

- Negli immigrati cominciano a emergere problemi di salute presenti nella popolazione italiana di età più avanzata. Si tratterebbe di malattie cardiovascolari e tumori, o di malattie tipiche di gruppi che appartengono alle classi sociali più svantaggiate con stili di vita e alimentazione non salubre.

ALFABETIZZAZIONE SANITARIA/AMBIENTALE

- È necessaria una alfabetizzazione sanitaria di base, sia sui comportamenti dannosi, sia sulle malattie che possono provocare, prima di una comunicazione sui comportamenti da mettere in atto.

- È necessaria una alfabetizzazione ambientale di base, che dia consapevolezza sui fattori ambientali che possono provocare malattie sia sul posto di lavoro sia in ogni altra quotidiana attività.

CULTURA

- Vi sono differenze nel riconoscimento, esperienza e accettazione della malattia cronica da parte di persone di culture e tradizioni religiose diverse. Ma seppur abbia la cultura ha un ruolo determinate, nel modo di riconoscere-gestire-accettare la malattia (e ricondurla ad un senso), non va utilizzata come unica chiave di lettura, vanno prese inconsiderazione anche le condizioni sociali ed economiche. Il modello di acculturazione unilaterale e lineare "linear and unidimensional assessments (e.g., nativity, length of stay in the United States,

and language use)", è messo in discussione a favore di "multidimensional acculturation measures and models" che includono più ampi fattori strutturali (es. difficoltà di accesso ai servizi, ecc.) e culturali (condizioni socio-culturali d'origini, condizioni socio-politiche del Paese ospitante, ecc.) (Jayaweera, 2013; Abraído-Lanza, Armbrister, Flórez, 2006).

– Va ricordato che per molto migranti il corpo è la prima e principale risorsa. Parliamo di vite sospese e subordinate alle logiche di un mercato del lavoro che relega parte della popolazione migrante a lavori esclusivamente di tipo manuale, con una capacità negoziale scarsa. Per un progetto migratorio incardinato sulla capacità economica, la perdita della salute può allora rappresentare una completa frattura non soltanto nella quotidianità, ma anche rispetto ai propri piani di vita.

TERAPIA

– È difficile far seguire la terapia continuativa ai pazienti stranieri in assenza di sintomi. Una fase di ascolto-negoziazione (in cui il paziente modifica l'intervento del medico e non il medico la vita del paziente) consente di definire interventi terapeutici su misura che hanno buoni esiti di *compliance*.

OPERATORI: INTEGRAZIONI DI COMPETENZE, GRUPPI DI LAVORO

– In ospedale è necessaria l'azione combinata di personale con qualifiche diverse, e fare tesoro delle esperienze passate e della dimensione del gruppo di lavoro, inteso come un gruppo di persone abituate a lavorare insieme, che condividono determinate prassi di azione, e possiedono una sorta di "memoria storica".

RAPPORTO PAZIENTE/OPERATORE

– Il problema della collaborazione fattiva ed informata del paziente al trattamento (la già citata ***compliance***) risulta essere di primaria importanza. Possono essere individuati come causa di una insufficiente *compliance* una serie di fattori: 1) la sottovalutazione della malattia da parte del paziente, che tende ad interrompere la terapia dopo il miglioramento iniziale dei sintomi; 2) le difficoltà relative al rapporto medico-paziente (in tale definizione sono riassunte le difficoltà di comunicazione linguistico-culturale, che ostacolano l'instaurarsi di un rapporto fiduciale tra mondi a volte così diversi; ciò si traduce spesso nella difficoltà di veder applicati i protocolli terapeutici prescritti, a volte anche per rivalsa verso figure istituzionali da parte di immigrati ai margini della società); 3) problematiche legate alla sopravvivenza, come spostamenti da una città all'altra per motivi di lavoro, prematura ripresa dell'attività lavorativa (a volte di notevole impegno fisico), con susseguenti difficoltà a reperire i farmaci prescritti e ripetute interruzioni della terapia (Geraci, Marceca, Mazzetti, 2000).

– **Nuova prospettiva nella relazione con il migrante**: bisogna modificare l'approccio alla relazione (un cambio nella relazione in quanto tale). Non conta solo il linguaggio utilizzato, ma è anche necessario identificare i migliori punti di contatto (dove lo trovo?), impostare una relazione ottimale per il target (come posso parlargli?), utilizzare diversi canali (come posso coinvolgerlo?).

- **Relazione che si reinventa, empatica, calda e reale.** Nella relazione con il paziente, soprattutto nel caso delle NCD, si vive la dicotomia tra la necessità di reinventarsi ogni volta (ogni relazione è diversa, e per essere efficace deve essere empatica, reale, non stereotipata).

- **Le emozioni.** Compito del personale sanitario è capire in che fase emotiva si trova il paziente, e il messaggio da veicolare deve cambiare da fase in fase. Con una persona che non parla l'italiano capire che emozioni prova nei confronti della malattia è molto più difficile, ed è altrettanto difficile riuscire a tirare fuori i punti forti del paziente (resilienza), è per questo che una formazione ad hoc che unisca competenze culturali, relazionali e specifiche per questo tipo di malattie diventa l'unica strada percorribile.

- **Com-passione/con-divisione.** È necessario far percepire che ci si interessa al paziente, senza però cadere nella figura del "santone" esperto che può guarire ogni male. Bisogna instaurare una relazione reale, una delle scoperte più rilevanti nel tema della relazione con i pazienti affetti da NCD è che il paziente ascolta molto più facilmente qualcuno che ha il suo stesso problema piuttosto che il proprio dottore, e questo perché trova qualcuno con cui condivide l'esperienza della sua sofferenza.

- **Infermieri.** Un ruolo che invece riesce con più frequenza ad entrare in relazione con i pazienti migranti, almeno nei contesti ospedalieri, è quello degli infermieri che hanno un ruolo fondamentale, sono loro ad accompagnarli durante la giornata e a seguirli nella nuova routine comportamentale che dovranno mantenere anche al di fuori dell'ospedale.

- **Protocollo dell'incontro con il paziente.** È necessario seguire un iter strutturato nell'incontro: non è possibile che ogni iniziativa sia affidata alla buona volontà dell'operatore, è necessaria l'istituzione di un protocollo che faciliti il trasferimento delle informazioni dall'operatore all'utente.

- **Ascolto.** Per ricostruire e rimodulare le proprie informazioni, per risultare più efficaci, e quindi raggiungere i propri obiettivi. Abbandonare il modello biomedico del dottore come esperto, e della comunicazione a una via per passare a un modello biopsicosociale, che deve tenere conto degli schemi interpretativi dell'altro e delle sue mappe cognitive. Per capire come l'utente interpreta concetti quali, salute, malattia, disagio, è necessario partire dall'ascolto dell'altro, e nell'utente straniero questo è ancora più importante proprio perché il gap linguistico costringe l'operatore ad accentuare la fase di ascolto, aumentando lo sforzo di comprensione. Partire dall'ascolto permette di smontare stereotipi della nostra cultura, sia rispetto alle conoscenze del soggetto (anche, in alcuni casi, tecnico specialistiche, rispetto alle tipologie di malattie di cui il paziente è soggetto) sia rispetto alle sue competenze (ad esempio, alcuni utenti non parlano italiano, ma si scopre che parlano molto bene 4 o 5 lingue).

STRUMENTI DI COMUNICAZIONE

- Dotarsi di strumenti progettati e costruiti ad hoc per l'utenza straniera. Va privilegiata: la comunicazione visuale, per immagini, analogica, che permette di superare diverse barriere linguistiche e cognitive dei soggetti (non solo stranieri, ma spesso anche italiani). Lo strumento deve sempre essere pensato a partire dal suo luogo di fruizione, e in rapporto ad esso. Una brochure anche perfetta non è utile se non si studia il modo di farla leggere. E la possibilità di utilizzare, ad esempio, video nelle sale d'aspetto degli ambulatori, con messaggi che passano in loop all'utenza, faciliterebbe di molto il compito degli operatori.

SPORTELLO DI ASCOLTO E INDIRIZZO PER IL MIGRANTE

- Bisogna lavorare in back office per semplificare in maniera drastica il percorso che lo straniero deve compiere per usufruire dei servizi. Si potrebbero istituire all'interno degli ospedali una sorta di "sportello di ascolto e indirizzo" specifico per utenti migranti, anche se una forma di iperadattamento al migrante non è sostenibile (oltre ad essere eticamente sbagliata), e non può di sicuro essere messa a sistema.

FORMAZIONE OPERATORE

- Il personale sanitario ha forti limiti nella gestione della relazione con gli utenti migranti. Nel trattamento delle NCD è fondamentale trasferire l'importanza di uno stile di vita corretto, insegnare al paziente ad autogestirsi, ma questo non si riesce a fare se non si tiene conto della base da cui parte il paziente (che alimentazione ha un pakistano? E un cinese?) e se non si tiene in considerazione il rapporto che vive il paziente nei confronti dell'operatore.

FORMAZIONE MEDIATORE CULTURALE

- Il mediatore oggi è principalmente un mediatore linguistico, al quale spesso mancano le competenze di lettura delle culture di provenienza, e sulle malattie croniche: non riesce ad agire sull'empowerment del paziente (non riesce a condividere col paziente i suoi vissuti, entrare nelle sue problematiche, utilizzare il suo linguaggio non verbale); tutti questi aspetti sono fondamentali nella malattia cronica. Si deve lavorare sulla formazione della mediazione culturale, in modo da rendere i mediatori più adatti a svolgere il loro compito anche in presenza di queste forme di patologie.

MEDIAZIONE TRAMITE UN PARENTE MAGGIORENNE

- Per far passare concetti quali "malattia cronica" e "responsabilizzazione dell'individuo" il problema non è solo di natura linguistica (e quindi risolvibile da un mediatore che svolge il ruolo di traduttore) ma è un problema relazionale, e un parente (ad esempio un figlio, o un nipote, meglio maggiorenne) può avere un ruolo di primo piano perché è in grado da una parte di capire le istanze dell'operatore, dall'altro è in grado di comprendere le perplessità e le resistenze dell'utente, e su queste basi è in grado di facilitare l'incontro tra i due.

AA. VV., "2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases", (2008), WHO Publication

AA. VV., (2013), "Salute e immigrati", *Rapporto Osserva Salute 2013*, pp. 205-230.

Abdel Aziem A., (2012), "Knowledge and attitudes of female genital mutilation among midwives in Eastern Sudan", in *Reproductive Health,* 9, 23, pp.1-4.

Abraído-Lanza A.F., Armbrister A.N., Flórez K.R., *et al.*, (2006), "Toward a Theory-Driven Model of Acculturation in Public Health Research", in *American Journal of Public Health*, 8, pp. 1342-1346.

Ahern G.L., Schwartz G.E., (1985), "Differential lateralization for positive and negative emotion in the human brain: EEG spectralanalysis", in *Neuropsychologia*, 23, pp. 745–755.

Ali S., Stone, M.A., Peters J.L., Davies M.J., Khunti K. (2006), "The prevalence of comorbid depression in adults with Type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis", *Diabet Med*, 23, pp. 1165-1173.

Alwan A., MacLean D. R., (2009), "A review of non-communicable disease in low- and middle-income countries", in *International Health*, 1, pp. 3-9

Alwitt, L. F. (1985). EEG activity reflects the content of commercials. In L. F. Alwitt & A. A. Mitchell (Ed.s.). *Psychological processes and advertising effects: Theory, research, and applications* (pp. 209-219). Hillsdale. NJ: Eribaum

American Diabetes Association (2012), "Standards of Medical Care in Diabetes", *Diabetes Care*, 35, 1, pp. 11-63.

Anderson R. J., Freedland K. E., Clouse R. E., Lustman P. J. (2001), "The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis", Diabetes Care, 24, pp. 1069–1078.

Atun R., Jaffar S., Nishtar S., *et al.*, (2013), "Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases", in *Lancet*, 381, pp. 690-97

Bauman A.E., Reis R.S., Sallis J.F., *et al.*, (2012), "Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?", in *Lancet*, 380, pp. 258-71

Baumgartner T., Esslen M., Jancke L. (2006) From emotion perception to emotion experience: emotions evoked by pictures and classical music. *International Journal of Psychophysiology* 60:34–43.

Beaglehole R., Bonita R., Horton R., et al., (2011), "Priority actions for the non-communicable disease crisis", in *Lancet*, 377, pp. 1438-47

Birnbaum D., Nosanchuk T., and Croll W., (1980), "Children's Stereotypes about Sex Differences in Emotionality", in *Sex Roles*, 6, pp.435– 443

Bjälkander O., Bangura L., Leigh B., *et al.*, (2012), "Health complications of female genital mutilation in Sierra Leone", in *International Journal of Women's Health*, 4, pp. 321–331.

Bjälkander O., Leigh B., Harman G., *et al.*, (2012), "Female Genital Mutilation in Sierra Leone: who are the decision makers?", in *African Journal of Reproductive Health,* 16, 4, 119, December, pp. 120-131.

Bleich S.N., Koehlmoos T.L.P., Rashid M., *et al.*, (2011), "Noncommunicable chronic disease in Bangladesh: Overview of existing programs and priorities going forward", in *Health Policy*, 100, pp. 282-289

Bogner H. R., Morales K. H., Post E. P., Bruce M. L. (2007), "Diabetes, depression, and death: a randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT)", *Diabetes Care*, 30, pp. 3005-3010.

Bonita R., Magnusson R., Bovet P., *et al.*, (2013), "Non-Communicable Diseases 2. Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach", in *Lancet*, 381, pp. 575‑84

Booth-Butterfield M. & Booth-Butterfield S., (1990), "Conceptualizing affect as information in communication production", in *Human Communication Research*, 16, pp. 451-47

Braidot, N.P. (2005). *Neuromarketing: Neuroeconomia y negocios*. Buenos Aires. Argentina: Norte-Sur SL.

Bustreo M, Russo V, Castelli L (2011). "Comunicare la solidarietà. Il ruolo dei processi comunicativi nell'adozione dell'infanzia abbandonata". *Rivista Italiana Di Comunicazione Pubblica*, vol. 41-42, p. 114-148

Cecchini M., Sassi F., Lauer J.A., *et al.*, (2010), "Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development 3. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness", *The Lancet* published online, November 11, pp. 28-37

Chivers M.L., Seto M.C., Lalumiere M.L., Laan E., & Grimbos Y., (2010), "Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal among men and women: A recta-analysis", *Archives of Sexual Behavior*, 39, pp. 5-56.

Choudhary P., Genovese S., Reach G. (2013), "Blood glucose pattern management in diabetes: creating order from disorder", *J Diabetes Sci Technol,* 1, 7(6), pp. 1575-84.

Ciechanowski P.S., Katon W.J., Russo J.E., Walker E.A. (2001), "The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes", *Am J Psychiatry*,158(1), pp. 29-35.

Cochran J., Conn V.S. (2008), "Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training", *Diabetes Educator*, 34, pp. 815– 823.

Critchley E. (2002) Electrodermal responses: what happens in the brain. *Neuroscientist* 8(2):132–142.

Cryer P.E. (2008), "The barrier of hypoglycemia in diabetes", *Diabetes*, 57, pp. 3169-3175.

Dans A., Ng N., Varghese C., *et al.*, (2011), "The rise of chronic non-communicable diseases in southeast Asia: time for action", in *Lancet*, 337, pp. 680‑89

Davidson R.J., Ekman P., Saron C., *et al.*, (1990), "Emotional expression and brain physiology: approach/withdrawal and cerebral asymmetry", *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, pp. 330–341.

Davidson R.J., (1992), "Emotion and affective style: hemispheric substrates", *Psychological Science,* 3, pp.39-43

DCCT Research Group (1996), "Influence of intensive diabetes treatment on quality of life outcomes in the Diabetes Control and Complications Trial", *Diabetes Care,* 19, pp. 195–203.

DeFronzo R.A. (2004), "Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus", *Medical Clinics of North America*, 88, 4, pp. 787-835.

Di Cesare M., Khang Y-H., Asaria P., et al., (2013), "Non-Communicable Diseases 3. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses", in *Lancet*, 381, pp. 585–97

Dowell D., Farley T.A., (2012), "Prevention of non-communicable diseases in New York City", in *Lancet*, 380, pp. 1787‑89

Egede L.E. (2005), "Effect of depression on self-management behaviors and health outcomes in adults with type 2 diabetes", *Curr Diabetes Rev*, 1, pp. 235-243.

Ekandem J.I., Davis T. A., Alvarez I., James M. T. and Gilbert J. E., "Evaluating the ergonomics of BCI devices for research and experimentation," *Ergonomics*, 55(5): 592-598, DOI: 10.1080/00140139.2012.662527

Ekman P. (2006). *Darwin and Facial Expression*, Paul Ekman

Ekman P. (2008), Emotion Revealed. Understanding Faces and Feelings tr. it. Te lo leggo in faccia, Amrita

Ekman P. (2009), Why kids lie: how parents can encourage truthfulness, tr. it. Le bugie dei ragazzi. Frottole, imbrogli, spacconate: perché i nostri figli ricorrono alla menzogna?, Giunti

Ekman P. (2011), La seduzione delle bugie, Di Renzo Editore

Ekman P. (2011), *Telling Lies. Clues to Deceit in the Marketplace, Politics, and Marriage*, tr. it. *I volti della menzogna, nuova edizione*, Giunti Editore

Ekman P., Friesen W. V. (2007), *Unmasking the face. A guide to recognize emotions from facial expression,* tr. it. *Giù la maschera*, Giunti Editore

Ekman P., Rosenberg E. L. (2005). *What the Face Reveals*, 2nd Edition, Oxford University Press

Entwisle D.R., Garvey C. (1972), "Verbal Productivity and Adjective Usage," *Language and Speech*, 15 (July- September), pp. 288-298

Forman M., Butryn M. L., Hoffman K. L., Herbert J. D. (2008), "An Open Trial of an Acceptance-Based Behavioral Intervention for Weight Loss", *Cogn Behav Pract*, doi: 10.1016/j.cbpra.2008.09.005.

Forman E. M., Herbert J. D. (2009), *New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies*, In W. ODonohue, J. E. Fisher, (a dura di), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* ,Wiley, Hoboken, NJ, (pp. 77-101).

Feldman Barrett L., & Russell J.A. (1998), "Independence and bipolarity in the structure of current affect", *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, pp. 967–984.

Gadotti G., Bernocchi R. (2010), *La pubblicità sociale: maneggiare con cura*, Carocci, Roma.

Gele A. A., Bø B.P., Sundby J., (2013), "Have we made progress in Somalia after 30 years of interventions? Attitudes toward female circumcision among people in the Hargeisa district", in *BMC Research Notes*, 6, 122, pp.1-9.

Gele A. A., Johansen E- B., Sundby J., *et al*., (2012)," When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo", in *BMC Public Health,* 12, 697, pp.1-10.

Geneau R., Stuckler D., Stachenko S., *et al*., (2010), "Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development 1. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process", in *The Lancet* Published Online, November 11

Geraci S., Marceca M., Mazzetti M. a cura di, (2000), "Migrazioni e salute in Italia", in *Dossier di ricerca del Convegno internazionale "Migrazioni. Scenari per il XXI secolo"*, Agenzia romana per la preparazione del Giubileo, Roma

Goldberg, B.S., Sottilare, R.A., Brawner, K.W., Holden, H.K.: Predicting Learner Engagement during Well-Defined and Ill-Defined Computer-Based Intercultural Interactions. In: D'Mello, S., Graesser, A., Schuller, B., Martin, J.-C. (eds.) ACII 2011, Part I. LNCS, vol. 6974, pp. 538–547. Springer, Heidelberg (2011)

Gonzalez-Sanchez J., Chavezà-Echeagaray M.E., Atkisnson R., Brleson W., "An agent-based software architecture for a multimodal emotion recognition framework," Proc. of 9th Working IEEE/IFIP Conference on Software Architecture, WICSA 2011, 2011.

Gregg J. A., Almada P., Schmidt E. (2011), *Health behavior problems in diabetes, obesity, and secondary prevetion*. In L. M. McCracken (a cura di), *Mindfulness and acceptance in behavioral medicine,* New Harbinger, Oakland, CA, pp. 73-106.

Gregg J.A., Callaghan G.M., Hayes S.C., Glenn-Lawson J.L. (2007), "Improving Diabetes Self-Management Through Acceptance, Mindfulness, and Values: A Randomized Controlled Trial", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, pp. 336–343.

Gregg J., Callaghan G., Hayes S. C. (2007), *The diabetes lifestyle book: Facing your fears and making changes for a long and healthy life*, New Harbinger, Oakland, CA.

Grigsby A.B., Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E., Lustman P.J. (2002), "Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review", *J Psychosom Res*, 53, pp. 1053-1060.

Grossman M., & Wood W. (1993), "Gender differences in intensity of emotional experience: A social role interpretation", *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, pp. 1010-1022.

Habib S. H., Saha S. (2010), "Burden of non-communicable disease: Global overview", in *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 4, pp. 41-47

Hallal P.C., Andersen L.B., Bull F.C., *et al.*, (2012), "Physical Activity 1. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects" in *Lancet*, 380, pp. 247-57

Hayes S. C. (2004), "Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies", *Behav Ther*, 35, pp. 639-65.

Hayes S. C., Luoma J. B., Bond F. W., Masuda A., Lillis J. (2006), "Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes", *Behav Res Ther*, 44, pp. 1-25.

Hayes S. C., Strosahl K. D., Wilson K. G. (1999), *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*, Guilford Press, New York.

Heath R., (2012), *Seducing the subconscius. The psychology of Emotional Influence in Advertising*, Wiley-Blackwell

Huettel S.A., Song. A.W., & McCarthy. G. (2004). *Functional magnetic resonance imaging.* Boston: Sinauer Associates.

Ibrahim I.A., Oyeyemi A.S., Ekine A.A., (2013), "Knowledge, attitude and practice of female genital mutilation among doctors and nurses in Bayelsa state, Niger-Delta of Nigeria", in *International Journal of Medicine and Biomedical Research,* 2, 1, January – April, pp. 40-47.

Inventado, P.S., Legaspi, R., Bui, T.D., Suarez, M.: Predicting student's appraisal of feedback in an its using previous affective states and continuous affect labels from eeg data. In: Proceedings of the 18th International Conference on Computers in Education, Putrajaya, Malaysia (2010)

Johansen R.E.B., Diop N.J., Laverack G., et al., (2013), "What Works and What Does Not: A Discussion of Popular Approaches for the Abandonment of Female Genital Mutilation" in *Obstetrics and Gynecology International,* Volume 2013, pp. 1-0.

Kaplan A., Forbes M., Bonhoure I., *et al*., (2013), "Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn", in *International Journal of Women's Health,* 5, pp. 323–331.

Karama, S., Lecours, A. R., Leroux, J. M., Bourgouin, P., Beaudoin, G., Joubert, S., & Beauregard, M. (2002). Areas of brain activation in males and females during viewing of erotic film excerpts. *Human brain mapping*, *16*(1), 1-13.

Kenning. P., Plassmann. H., Ahlert. D. (2007). Applications of functional magnetic resonance imaging for market research. *Qualitative Market Research 2.* 135-152.

Koutepova, T., Liu, Y., Lan, X., Jeong, J.: Enhancing video games in real time with biofeedback data. In: ACM SIGGRAPH ASIA 2010 Posters, p. 56. ACM (2010).

Kreibig, S.D. (2010). Autonomic nervous system activity in emotion: a review. *Biological Psychology*. 84(3), 394-421.

Krugmann H.E., (1971). Brain Waves Measures of Media Involvement. *Journal of Advertising Research.* 3-9.

Kumanyika S., (2013), "INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): summary and future directions", in *Obesity Reviews*, 14 (Suppl. 1), pp.157-164

Lang P.J., (1995), "The emotion probe. Studies of motivation and attention", *American Psychologist*, 50, pp. 372–385.

Lazarus, R. S., Speisman, J. C., Mordkoff, A. M., & Davison, L. A. (1962). A laboratory study of psychological stress produced by a motion picture film. *Psychological Monographs: General and Applied*, *76*(34), 1.

LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life.* New york: Simon & Shuster.

Lee I-M., Shiroma E.J., Lobelo F., *et al.*, (2012), "Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy", in *Lancet*, 380, pp. 219-29

Levenson, R. W. (1988). Emotion and the Autonomic Nervous System: A Prospectus fo Research on Autonomic Specificity. In H. Wagner (Ed.), *Social Psychophysiology: Persoectives on theory and clinical applications* (pp. 17-42). London: Wiley.

Lien G., DeLand K., (2011), "Translating the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC): Can we use tobacco control as a model for other non-communicable disease control?", in *Public Health*, 125, pp. 847-853

Lien I.L., Schultz J-H., (2013) "Internalizing Knowledge and Changing Attitudes to Female Genital Cutting/Mutilation" in *Obstetrics and Gynecology International,* Volume 2013, pp. 1-10.

Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D., *et al.*, (2012), "A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", in *Lancet*, 380, pp. 2224-60

Lozano R., Naghavi M., Foreman K., Lim S., *et al.,* (2012), "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", in *Lancet* , 380, pp. 2095-128

Lucchiari C. & Pravettoni G., (2011), *Psicoeconomia della vita quotidiana*, Milano, McGraw-Hill

Lustman P. J., Clouse R. E. (2005), "Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control", *J Diabetes Complications*, 19, pp. 113-122.

Magagnin V., Mauri M., Cipresso P., *et al.*, (2006), "Heart Rate Variability and respiratory sinus arrhythmia assessment of affective states by bivariate autoregressive spectral analysis. Computing in Butler EA, Wilhelm FH, Gross JJ. Respiratory sinus arrhythmia, emotion, and emotion regulation during socialinteraction", *Psychophysiology*, 43, pp. 612–622.

Magied A. A., (2013), "Female Genital Mutilation in the Sudan -A Human Rights issue", in *The Ahfad Jbumat,* 3O, 1, June, pp. 2-8.

Makine C., Karsidag C., Kadioglu P., Ilkova H., Karsidag K., Skovlund S. E., Snoek F. J., Pouwer. F. (2009), "Symptoms of depression and diabetes-specific emotional distress are associated with a negative appraisal of insulin therapy in insulin-naive patients with Type 2 diabetes mellitus. A study from the European Depression in Diabetes [EDID] Research Consortium", *Diabet Med*, 26, pp. 28-33.

Malik et al. (1996) Heart rate variability: Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. *European Heart Journal* 17:354–381.

Martinelli M., Ollé-Goig J.E., (2012), "Female genital mutilation in Djibouti", in *African Health Sciences*, 12, 4, December, pp. 412-415.

Marzari L., (2013), "La comunicazione mimico-emotiva", in Anchisi R., Dessy M.G., *Manuale di assertività. Teoria e pratica delle abilità relazionali: alla scoperta di Sé e degli altri,* Milano, Franco Angeli

Mauri M., Magagnin V., Cipresso P., Mainardi L., *et al.*, (2010), *Psychophysiological signals associated with affective states. Proceeding of 32nd Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, Buenos Aires, Milano, McGraw-Hill, pp. 3563–3566

Mauss I.B. and Robinson M.D. (2009). Measures of emotion: a review. *Cognition and Emotion*, *23*(2), 209–237.

Mayosi B.M., Flisher A.J., Lalloo U.G., *et al.*, (2009), "Health in South Africa 4.The burden of non-communicable diseases in South Africa", in *Lancet*, 374, pp. 934‑47

McCracken L.M. (2011), *Mindfulness and Acceptance in Behavioral Medicine. Current Theory and Practice*, Oakland, CA, Context Press.

McNaughton D. (2013), "Diabesity down under: overweight and obesity as cultural signifiers for type 2 diabetes mellitus", *Critical Public Health*, 23, 3, pp. 274–288.

Meiro-Lorenzo M., Villafana T.L., Harrit M.N., (2011), "Effective responses to non-communicable diseases. Embracing Action Beyond the Health Sector", September, World Bank Publication

Moderato P. (2010), *Apprendimento: la madre di tutte le interazioni*, in P. Moderato (a cura di), *Interazioni umane*, Franco Angeli, Milano, pp. 103-143.

Moodie R., Stuckler D., Monteiro C., *et al.*, (2013), "Non-Communicable Diseases 4. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries" in *Lancet*, 381, pp. 670-79

Morgan A. L., Masoudi F. A., Havranek E. P., Jones P. G., Peterson P. N., Krumholz H. M., Spertus J.A., Rumsfeld J. S. (2006), "Difficulty taking medications, depression, and health status in heart failure patients", *J Card Fail*, 12, 1, pp. 54-60.

Mujuzi J. D., (2012), "Female Genital Mutilation in Uganda: A Glimpse at the Abolition Process", in *Journal of African Law*, 56, 1, pp. 139–150.

Nikolic I. A., Stanciole A. E., Zaydman M., (July 2011), "Chronic Emergency: Why NCDs Matter", World Bank Publication

Norris S. L., Engelgau M. M., Narayan K. M. (2001), "Effectiveness of self-management training in Type 2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials", *Diabetes Care*, 24, pp. 561–587.

Norris S. L., Lau J., Smith S. J., Schmid C. H., Engelgau M. M. (2002), "Self-management education for adults with Type 2 diabetes: A meta-analysis of the effect on glycemic control", *Diabetes Care*, 25, pp. 1159–1171.

Nouwen A., Winkley K., Twisk J., Lloyd C. E., Peyrot M., Ismail K., Pouwer F. (2010), "Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis", *Diabetologia*, 53, pp. 2480-2486.

Nunez P. L. (1995) *Neocortical dynamics and human EEG rhythms*. Oxford University Press, New York.

Okeke T.C., Anyaehie U.S.B., Ezenyeaku C.C.K., (2012), "An Overview of Female Genital Mutilation in Nigeria", in *Annals of Medical and Health Sciences Research,* Jan-Jun, 2, , pp.70-73.

Ogoina D., Onyemelukwe G.C., (2009), "The role of infections in the emergence of non-communicable diseases (NCDs): Compelling needs for novel strategies in the developing world", in *Journal of Infection and Public Health*, 2, pp.14-29

Ohme R., Reykowska D., Wiener D., Choromanska A. (2009). Analysis of Neurophysiological Reactions to Advertising Stimuli by Means of EEG and Galvanic Skin Response Measures. *Journal of Neuroscience, Psychology and Economics,* Vol. 2, 1: 21-31.

Onorati, F., Barbieri, R., Mauri, M., Russo, V., & Mainardi, L. (2013). Characterization of affective states by pupillary dynamics and autonomic correlates. *Frontiers in neuroengineering*, *6*.

Olivero N. Russo Vincenzo (2013). *Psicologia dei Consumi*. MacGraw-Hill: Milano.

Palomba, D., Sarlo, M., Angrilli, A., Mini, A., & Stegagno, L. (2000). Cardiac responses associated with affective processing of unpleasant film stimuli. *International Journal of Psychophysiology*, *36*(1), 45-57.

Polivy, J. (1981). On the induction of emotion in the laboratory: Discrete moods or multiple affect states?. *Journal of Personality and Social Psychology*, *41*(4), 803.

Presti G. (2010), *Interazioni verbali e comunicazione*, in P. Moderato (a cura di), *Interazioni umane*, Franco Angeli, Milano, pp. 166-218.

Prevedini A.B., Presti G., Rabitti E., Miselli G., Moderato P. (2011), "Acceptance and Commitment Therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases", *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33, A53-A63.

Rainville P., Bechara A., Naqvi N., *et al*., (2006), "Basic emotions are associated with distinct patterns of cardiorespiratory activity", in *International Journal of Psychophysiology*, 6, pp. 5–18.

Rainville P., Bechara A., Naqvi N., *et al*. (2006), "Basic emotions areassociated with distinct patterns of cardiorespiratory activity", *International Journal of Psychophysiology* 61, pp. 5–18.

Raman N. V., Chattopadhyay P., & Hoyer W. D., (1995), "Do consumers seek emotional situations: The need for emotion scale", *Advances in Consumer Research*, 22(1), pp. 537-542

Rossiter J.R., Silberstein R.B. (2001). Brain-imaging detection of visual scene encoding in long-term memory for TV commercials. *Journal of Advertising Research 4l:* 13-21.

Rothschild. M.. & Hyun Y. J. (1990). Predicting memory for components *of* TV commercials from EEG. *Journal of Consumer Research. 4.* 472-478.

Rothschild. M.. Thorson. E.. Reeves. B.. Hirsch. J.. & Goldstein. R. (1986). EEG activity and the processing of television commercials. *Communication Research.* 2, 182-220.

Rottenberg, J., Ray, R. D., & Gross, J. J. (2007). Emotion elicitation using films. *The handbook of emotion elicitation and assessment; London: Oxford University Press*, 9.

Russo V. (2010). *Comunicazione e strategie di intervento nelle tossicodipendenze*. Carocci editore, Roma

Russo V. (2010). *Comunicare la disabilità: dalla comunicazione mediatica alla comunicazione organizzativa.* Arcipelago, Milano
Russo V., (2008). Il contributo della comunicazione sociale nella costruzione della rappresentazione della disabilità. *Ciclo Evolutivo E Disabilita'*, vol. 11 - n.2

Russo V., Crescentini A., Castelli L., Missaglia A., Jabes D., (2007). "Valori e mass media: un modello di analisi per lo studio dei processi di comunicazione" in *Risorsa Uomo*, Franco Angeli

Sacks G., Swinburn B., Kraak V., (2013), "A proposed approach to monitor private-sector policies and practices related to food environments, obesity and non-communicable disease prevention", in *Obesity Reviews*, 14 (Suppl. 1), pp. 38-48

Sanjay P., Tan J., Lord K., (2004), "Consumer Reponses to Complex—Advertisements: The Moderating Role of Need for Cognition, Knowledge and Gender," *Journal of Current Issues and Research in Advertising*, 26(Spring), pp. 9-24.

Schmidt M.I., Duncan B.B., Silva G.A., *et al.*, (2011), "Health in Brazil 4
Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges", in *Lancet*, 377, pp. 1949-61

Schwartz G.E., Weinberger D.A., Singer J.A., (1981), "Cardiovasculardifferentiation of happiness, sadness, anger, and fear following imagery and exercise", *Psychosomatic Medicine,* 43, pp. 343–364.

Scotti S., Mauri M., Barbieri R., Jawad B., *et al.*, (2006), *Automatic quantitative evaluation of emotions in E-Learningapplications. Proceeding of 28th Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society*, New York, pp. 1359–1362.

Sequeira H., Hot P., Silvert L., *et al*. (2009), "Electrical autonomic correlates of emotion", *International Journal of Psychophysiology,* 71, pp.50–56.

Shavitt S., Lowery P.M., Haefner J.E., (1998), "Public Attitudes Toward Advertising: More Favourable Than You Might Think", *Journal of Advertising Research,* July/August, pp. 7-22.

Sinha R., Lovallo W.R., Parsons O.A., (1992), "Cardiovascular differentiation of emotions", *Psychosomatic Medicine,* 54, pp. 422–435.

Siri G. (2004) (a cura di), *Psicologia del consumatore: consumi e costruzione del significato*, McGraw-Hill, Milano

Swartz, B.E. (1998). Timeline of the history of EEG and associated field. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. 106.* 173-176.

Thakur J.S., Pala S., Sharma Y., Jain S., *et al.*, (2009), "Integrated non-communicable disease controlprogram in a Northern part of India: Lessons from a demonstration project in low resource settings of a developing country", in *CVD Prevention and Control*, 4, pp. 193-199

The Writing Team for the Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes. Interventions and complications research group (2002), "Effect of intensive therapy on the microvascular complications of type 1 diabetes mellitus", *JAMA,* 287, 19, pp. 2563–2569.

UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group (1998), "Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33)", *Lancet*, 352, pp. 837–853.

Unicef, (2013), *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change,* July 2013.

UNFPA-UNICEF, (2012), *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting Updated Proposal August 2012 (from the original November 2007*

Uzefovsky F., Shalev I., Israel S., Knafo A., Ebstein R.P., (2012), "Vasopressin selectively impairs emotion recognition in men", *Psychoneuroendocrinology,* 37, pp. 576–580.

Van Son J., NyklíÊek I., Pop V. J. M., Pouwer F. (2011), "Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial", *BMC Public Health*, 11-131.

Vecchiato G., Astolfi L., Tabarrini A., Salinari S., Mattia D., Cincotti F, Bianchi L., Sorrentino D., Aloise F., Soranzo R., Babiloni F. (2010), "EEG Analysis of the Brain Activity during the Observation of Commercial, Political, or Public Service Announcements". *Computational Intelligence and neuroscience*, 12, p. 234-245

Warsi A., Wang P. S., LaValley M. P., Avorn J., Solomon D. H. (2004), "Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature", *Arch Intern Med,* 164, pp. 1641–1649.

Wilson K. G., DuFrene T. (2012), *Quando tutto sembra andare di male in peggio. Come vivere liberi dall'ansia*, Milano, Franco Angeli

Yang G., Kong L., Zhao W., *et al.*, (2008), "Health System Reform in China 3.Emergence of chronic non-communicable diseases in China", in *Lancet*, 372, pp. 1697-705

Zillman, D. & Weaver, J. B. (1999). Effects of prolonged exposure to gratuitous media violence on provoked and unprovoked hostile behavior. *Journal of Applied Social Psychology 29,* 145-165.

Accesso ai servizi per i migranti, Ministero della Salute (2013), http://www.salute.gov.it/assistenzaSanitaria/assistenzaSanitaria.jsp

A Human Face_Face-and-emotion, http://face-and-emotion.com

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Farmaci e immigrati (2013), http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/farmaciIntro.asp

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. La salute delle donne e dei bambini migranti (2013), http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/DonneBambiniIntro.asp

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Problemi nel percorso di nascita (2013), http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/aggiornamenti.asp

Convegno "Prescrizione farmaceutica nella popolazione immigrata (4 marzo 2013), http://www.epicentro.iss.it/farmaci/Convegno2013.asp

Dossier Statistico Immigrazione, 22° Rapporto Caritas e Migrantes (2012), http://www.dossierimmigrazione.it/docnews/file/2012_Dossier_Scheda.pdf

END FGM European Campaign (2013), http://www.endfgm.eu

Eures (2009), http://europa.eu.int/ 270

Eurisko - Gfk (2012), http://www.jfk.com (sezione Prodotti - Metodologie) 270

Girl Summit 2014 (2014), http://www.girlsummitpledge.com/

Indagine Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health Examination Survey (2008-2012), http://www.cuore.iss.it/fattori/progetto.asp

International Diabetes Federation atlas (2013), Available at: http://www.idf.org/diabetesatlas/diabetes-and-impaired-glucose-tolerance

Istat (2012), http://www.istat.it (sezione Pubblicazioni) 270

Jayaweera H., "Migration and non-communicable diseases", The Compas Oxford Blog, (12 febbraio 2013), http://compasoxfordblog.co.uk/2013/02/migration-and-non-communicable-diseases/

"La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto: Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia"
Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche
(Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREV/I 3488/P/F 3 ad, 2007) (maggio 2009), http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf

"La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali" a cura della Caritas Diocesana di Roma (luglio 2010), http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/DIRITTO_ALLA_SALUTE.pdf

Non-Verbal Prometheus, http://www.non-verbalprometheus.com/

Paul Ekman Group, http:// www.paulekman.com/learn/content/training-tools-0

Paul Ekman International, http:// www.ekmaninternational.com

Pool Passi (2008-11), http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp

Progetto Arno (dal 1987), http://www.cineca.it/it/progetti/osservatorio-arno

Rapporto sull'uso dei farmaci in Italia a cura dell'OsMed (2011), http://www.epicentro.iss.it/farmaci/pdf/OsMed/OSMED%202011.pdf

Salute internazionale.info (2011), http://www.saluteinternazionale.info/2011/04/la-salute-degli-immigrati-nelle-politiche-sanitarie-regionali/

Società italiana di medicina delle migrazioni (Simm) (2013), http://www.simmweb.it/index.php?id=303&no_cache=1

World Health Organization (2003), *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf

"World Migration Report 2011 - Communicating Effectively about Migration" (2011), http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR2011_English.pdf