

Le strade della prevenzione.

Comunicare i vaccini e gli screening oncologici nelle regioni italiane*

Laura Solito**

Letizia Materassi***

Ester Macri****

Erika Greco*****

Università degli studi di Firenze

Il presente lavoro si propone di analizzare i cambiamenti avvenuti nella comunicazione della prevenzione sanitaria in Italia negli ultimi 20 anni, letti attraverso una ricerca empirica su due specifici ambiti: gli screening oncologici e i programmi vaccinali. Background: il contributo si iscrive nel panorama più ampio degli studi sulla comunicazione pubblica della salute e sull'evoluzione della comunicazione sociale, sia in termini di produttività, sia nell'impiego di specifici linguaggi e registri comunicativi. In particolare, partiamo dal presupposto che le disuguaglianze presenti tutt'oggi nel campo della salute siano legate anche a fattori culturali di cui la comunicazione fa parte. Per tale motivo si rende necessaria una lettura diacronica e contenutistica di come gli screening oncologici e i programmi vaccinali sono stati comunicati nel nostro Paese. Metodo: attraverso l'esplorazione dei siti web istituzionali delle Regioni italiane e dei loro canali social, si sono raccolti i materiali informativi e comunicativi prodotti e pubblicati dal 2003 al 2023. Il corpus, composto da 434 unità di analisi, è stato investigato attraverso l'analisi descrittiva del contenuto e l'individuazione di variabili quali-quantitative. Risultati: la ricerca offre un panorama regionale frammentato e disomogeneo. La differenziazione dei territori dal punto di vista della produttività di materiali informativi e comunicativi è solo uno dei fattori significativi che va messo in relazione alla continuità/discontinuità delle azioni intraprese nel tempo, all'articolazione dei temi e dei contenuti prodotti, alla maggior/minore articolazione dei linguaggi, dei registri e delle funzioni narrative. Implicazioni: ciò che emerge è una "geografia" complessa, che non restituisce solo una disomogeneità nelle strategie di comunicazione, ma rischia di essere causa di ulteriori disuguaglianze nella salute.

Keywords: comunicazione, salute, screening, vaccini, regioni

* Article submitted on 27/03/2025. Article accepted on 20/12/2025.

** laura.solito@unifi.it

*** ester.macri@unifi.it

**** letizia.materassi@unifi.it

***** erika.greco@uniroma1.it

Introduzione

“La salute è un bene sociale la cui tutela non dovrebbe dipendere unicamente dal servizio sanitario, ma dall’impegno di tutti i settori che possono avere un impatto sulla distribuzione dei determinanti del benessere fisico e mentale dei cittadini e della comunità.”

Dichiarazione di Roma dei Ministri europei della Sanità
per la strategia Salute in tutte le politiche, del 18/12/2007

L’equità nella salute rappresenta tutt’oggi un obiettivo planetario da raggiungere, che necessita di un approccio integrato e multisettoriale, un sinergismo capace di affrontare le profonde disuguaglianze sanitarie che permangono nella popolazione e che restano difficili da scardinare (Marmot, 2007; Terraneo, 2018).

Queste disuguaglianze derivano non solo da fattori materiali e quindi legati a differenti condizioni economiche e di vita della cittadinanza, ma anche da una dimensione culturale e immateriale, che influisce sull’accesso e sull’utilizzo dell’offerta sanitaria (Costa et al., 2015). Il cosiddetto “*divide culturale*” che ne deriva (Kreuter & McClure, 2004) è a sua volta collegato a due principali ordini di fattori: da un lato, alle determinanti sociali e culturali (World Health Organization, 2007), ossia a quei fattori, come la religione, le credenze popolari, i livelli di istruzione, i valori, le comunità o le subculture di appartenenza, le esperienze individuali pregresse e le loro reciproche influenze, che possono produrre e riprodurre forme di disuguaglianza nella salute della popolazione (Yadav et al., 2022); dall’altro lato, il ruolo rivestito dalla comunicazione e dall’informazione sui temi della salute, che non deriva soltanto da una disponibilità o indisponibilità di contenuti informativi adeguati, ma anche dalla capacità di questi ultimi di ascoltare, rispondere e accogliere le eterogeneità presenti nella popolazione, facilitandone l’accesso, il consumo e la comprensione (Dutta, 2016; Parrott, 2009). Infatti, è da più parti sottolineato come l’elaborazione di strategie comunicative efficaci debba partire da un ascolto più attento alle articolazioni dei pubblici e dalla scelta di diete mediali maggiormente sfaccettate per superare le barriere che ancora limitano l’equità nella salute (Kreuter & McClure, 2004; Lovari, 2017; Collicelli, 2018).

Quando si parla di “comunicazione della salute” dobbiamo considerare che in letteratura si rintracciano almeno due distinti ambiti (Lovari e Ducci, 2022) o strategie (Cucco, Pagani e Pasquali, 2005): 1. la comunicazione sanitaria, nella quale rientrano le attività di informazione sui servizi sanitari e di assistenza ai cittadini, nonché sulle modalità di accesso agli stessi; 2. la comunicazione per la promozione della salute, con le attività che, da un lato, mirano a promuovere comportamenti corretti e stili di vita salutari per un completo benessere psico-fisico del cittadino, dall’altro vogliono educare e incrementare i livelli di literacy sanitaria nella popolazione. Rientrano in questo secondo ambito le attività di comunicazione sociale per la prevenzione di malattie, che, come vedremo, sono oggetto del presente contributo.

Entro questo secondo versante, numerosi studi hanno esplorato empiricamente il nesso tra fattori culturali e comunicazione, evidenziando come spesso le disuguaglianze nella salute nascano o si accentuino a seguito di una comunicazione inadeguata e non attenta alle specificità culturali e tecnologiche dei cittadini (Viswanath & Kreuter, 2007).

Ad esempio, è nota in letteratura la correlazione tra “*divide culturale*” e “*divide digitale*” (Lupton, 2016), che oltre a riprodurre le disuguaglianze comunicative caratterizzanti alcune fasce della popolazione, possono far emergere timori circa la perdita di controllo dei propri dati sensibili o di imbattersi in fenomeni di disordine informativo (Lovari e Ducci 2022).

Altrettanto forte, in taluni contesti, è il nesso tra convinzioni religiose e bassa alfabetizzazione sanitaria, che può costituire un ostacolo importante alla diffusione di informazioni mediche vitali, come quelle relative all'adesione agli screening oncologici (Hoover et al., 2019); oppure, è stato esplorato l'atteggiamento verso i programmi vaccinali e il ruolo-chiave giocato in alcune società dai leader religiosi (Melki et al., 2021) come mediatori di fiducia verso i servizi sanitari e come fonti informative ritenute autorevoli dalla popolazione che, se non opportunamente coinvolti, possono rendere le strategie fallimentari. Ma potremmo anche riferirci alla stigmatizzazione sociale associata a quelle patologie dell'apparato riproduttore e collegate a questioni di sessualità e moralità che non sempre sono tenute in considerazione dalle campagne di comunicazione, incidendo sulla partecipazione ai percorsi di prevenzione oncologica (Omondi et al., 2014), come nel caso del vaccino per l'HPV (Colòn-Lopez et al., 2017). In ciascuno di questi casi, l'efficacia comunicativa è strettamente correlata alla considerazione di quelle credenze e di quei valori che possono scoraggiare o, al contrario, avvicinare i cittadini ai programmi di salute, problematizzando l'esistenza di barriere psicosociali e istituzionali di cui la comunicazione deve tener conto per il raggiungimento di una maggiore equità (Mosavel & Ports, 2015; Ragas et al., 2014; Albright et al., 2014; Dutta, 2021). Eppure, nonostante tali consapevolezza, proprio la recente pandemia da Covid-19 ha riportato al centro del dibattito il rischio che le strategie di comunicazione adottate da governi e istituzioni sanitarie siano foriere di disuguaglianze sociali, andando ad interessare in modo particolare le fasce della popolazione maggiormente vulnerabili, le minoranze etniche e linguistiche, i cittadini con livelli più bassi di *health literacy* o coloro che devono prendere decisioni sulla salute dei propri familiari - es. persone disabili, anziani, donne in gravidanza - o assistiti, come nel caso dei *caregiver* (Kalocsanyiova et al., 2023; Team & Manderson, 2020; Boccia Artieri e Farci, 2021).

Oltre ad essere investigato in numerosi Paesi al mondo (Collyer & Smith, 2020), il *divide culturale* si rintraccia anche sul territorio italiano, dove sono state messe in luce variabili socio-antropologiche come la paura del cambiamento, la responsabilità individuale e gli atteggiamenti verso la prevenzione e la cura; questi fattori, a loro volta, vanno ad intersecarsi con caratteristiche quali l'età, il genere, il livello di studio, le convinzioni religiose, l'alfabetizzazione digitale, etc., rendendo evidente la natura intersezionale e complessa del fenomeno (Macchione e Passoni, 2024; Battistelli e Galantino, 2020).

A questi aspetti culturali, fanno eco fattori di natura organizzativa e istituzionale che da tempo sono oggetto di osservazione da parte degli studiosi, come ad esempio: un'attenzione discontinua alle attività di comunicazione da parte delle istituzioni sanitarie (Lovari, 2017), la mancanza di coordinamento tra livelli organizzativi diversi e la carenza di professionalità dedicate (Ducci, 2021), la scarsa integrazione delle politiche tra loro, dovuta a una impostazione segmentata delle strategie di promozione della salute e del benessere

e la permanenza di fattori di differenza e disparità entro i contesti regionali italiani (Gola et al., 2018). D'altronde, la regionalizzazione del Sistema sanitario italiano può portare non solo a disomogeneità strutturali, ma anche alla elaborazione di strategie dettate da volontà politiche diverse che indirizzano le scelte e fissano le priorità anche nelle attività di comunicazione (Mazzoleni, 2023).

Un tentativo di superamento di alcuni fattori di discontinuità territoriale risiede nell'accordo Stato-Regioni, sancito l'8 agosto 2001 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, che affronta diversi aspetti legati al finanziamento e all'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'obiettivo dell'accordo era stabilire un quadro finanziario stabile e sostenibile, mediante impegni specifici per contenere i costi e ottimizzare la gestione dei servizi, garantendo equità territoriale e qualità dei servizi sanitari a livello nazionale. Eppure, le disparità continuano a sussistere, anche nell'ambito della spesa sanitaria privata sostenuta dai cittadini. La quota di famiglie che effettuano spese sanitarie di "tasca propria" risulta molto più elevata nel Sud, dove raggiunge il 79,9%, rispetto al Centro (76,4%) e al Nord-Ovest (75,1%) nel 2015. Inoltre, l'impatto economico di queste spese è particolarmente marcato nel Mezzogiorno, dove il 2,8% delle famiglie si impoverisce a causa delle spese sanitarie (Crea, 2015). Questa percentuale è significativamente superiore rispetto all'1,1% delle famiglie del Centro, allo 0,4% del Nord-Ovest e allo 0,6% del Nord-Est (Collicelli, 2018). Dai dati Istat (2019), emerge anche l'aumento dei dati percentuali dell'emigrazione ospedaliera verso un'altra regione per ricoveri ordinari acuti sul totale dei ricoverati: 4.4% Nord, 6.5% Centro, 9.5% Mezzogiorno. Inoltre, le regioni del Nord Italia registrano una speranza di vita più alta rispetto a quelle del Sud. Ad esempio, la Provincia Autonoma di Trento ha una speranza di vita di 84,2 anni, contro gli 80,9 anni della Campania (Giuffrida et al, 2024).

Si evincono differenze regionali importanti anche rispetto al tema della vaccinazione. Esistono marcate disuguaglianze tra Nord e Sud Italia nella copertura vaccinale, sia per le vaccinazioni pediatriche che per quelle degli adulti e anziani. Le regioni del Centro-Nord, come ad esempio l'Emilia-Romagna e il Veneto, tendono ad avere tassi di copertura vaccinale più elevati rispetto a quelle del Sud come la Campania e la Calabria, spesso dovute a differenze organizzative e infrastrutturali (Armeni et al, 2024). In Puglia, le vaccinazioni per gli over 65 sono erogate principalmente dalla medicina generale. Tuttavia, nonostante le iniziative, i livelli di copertura rimangono sotto gli obiettivi nazionali. La Regione ha recentemente testato strategie innovative, come la "chiamata attiva" tramite SMS, per migliorare la sensibilizzazione e l'accesso ai vaccini (es. pneumococcico e herpes-zoster), ma di cui ancora non conosciamo l'esito. Il Lazio ha implementato campagne specifiche per gruppi di rischio, registrando incrementi significativi nella vaccinazione di persone con diabete (+21%), broncopneumopatia cronica ostruttiva (+30%) e insufficienza renale cronica (+47%). La Sicilia si distingue per aver aggiornato il suo calendario di immunizzazione con l'introduzione della vaccinazione contro il RSV (virus respiratorio sinciziale) sia per i neonati sia per gli over 60 con patologie croniche. Questo dimostra un approccio proattivo per fronteggiare le malattie infettive nelle fasce più vulnerabili. La Liguria, invece, si è concentrata sul miglioramento delle strategie già consolidate, come

l'offerta del vaccino contro l'herpes zoster e lo pneumococco per gli anziani, evidenziando una lunga tradizione di prevenzione (Giuffrida et al, 2024). Per alcune vaccinazioni pediatriche (es. esavalente e MPR), molte regioni raggiungono o superano l'obiettivo del 95%, mentre altre, specialmente al Sud, rimangono sotto questa soglia. Toscana, Emilia-Romagna e Lombardia si distinguono per modelli organizzativi efficaci, inclusa una forte integrazione tra servizi territoriali e medici di medicina generale. Campania e Calabria presentano invece difficoltà legate alla carenza di personale e infrastrutture, che influiscono negativamente sui tassi di copertura (Armeni et al, 2024). La pandemia da COVID-19 ha poi influenzato negativamente la somministrazione di altre vaccinazioni, soprattutto nelle regioni con sistemi sanitari già sotto pressione (Ibidem, 2024; Lovari et al. 2020). Un panorama, dunque, articolato, da cui partiamo, cercando di problematizzare il ruolo che la comunicazione della prevenzione ha assunto nel nostro Paese e come questo sia cambiato nel tempo.

Screening oncologici e vaccini: vent'anni di comunicazione

Metodologia della ricerca

La ricerca presentata si inserisce all'interno di un progetto competitivo di Ateneo finanziato nell'ambito dei fondi PNRR "ECoHeTE - Effective Communication for Healthcare: Theory and Evidence". Il progetto "EcoHeTE" mira a valutare, attraverso un approccio multidisciplinare, l'efficacia delle campagne di comunicazione sulla salute, in particolare sui temi della prevenzione vaccinale e oncologica. Nell'ambito del progetto generale, l'obiettivo del nostro lavoro ha riguardato una ricognizione dei materiali di comunicazione realizzati in Italia negli ultimi vent'anni sulle vaccinazioni e sugli screening oncologici, analizzandone l'andamento nel tempo, le trasformazioni relative ai contenuti, alle modalità narrative, ai linguaggi e ai registri comunicativi. Il tema dell'analisi delle disuguaglianze territoriali nella comunicazione per la prevenzione, oggetto specifico di questo contributo, non era stato definito a priori nel disegno di ricerca originale ma è emerso in maniera significativa in fase di analisi dei dati, tanto da suggerire al gruppo di ricerca di dedicarvi un approfondimento. Il corpus analizzato è stato costruito attraverso un processo di raccolta manuale e sistematica condotto da una ricercatrice con il continuo confronto con l'intero team di ricerca, formato da 4 ricercatrici, tra gennaio e dicembre 2023. La selezione è avvenuta accedendo ai siti web istituzionali delle Regioni e Province Autonome italiane, del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Oltre ai siti istituzionali, la ricerca è stata estesa alle pagine ufficiali social (Facebook, Instagram e Twitter/X) e ai canali Youtube degli enti presi in considerazione. Il materiale è stato acquisito nella sua forma originaria (PDF, immagini, video, post digitali) e archiviato in un database appositamente creato. Sono stati inclusi nel dataset solo i materiali afferenti a due

macrotemi: vaccinazioni (es. anti-HPV, anti-Covid, antinfluenzale, ecc.) e screening oncologici (mammografico, cervicale, colon-retto).¹

Non sono stati considerati contenuti divulgativi generici, notizie giornalistiche o pubblicazioni scientifiche. Inoltre, sebbene nella comunicazione sociale un insieme coordinato di azioni comunicative relative ad uno stesso contenuto e mosse da un medesimo obiettivo strategico si possa definire “campagna di comunicazione” (Puggelli e Sobrero, 2010; Gadotti e Bernocchi, 2010), in ambito sanitario si rintraccia una certa polisemia di tale espressione che può dar vita a qualche ambiguità. In quest’ultimo campo, infatti, per “campagna” si può anche intendere la disponibilità e la promozione per un arco di tempo limitato di un servizio o di un bene - come, ad esempio, un vaccino - da diffondere entro la popolazione, senza necessariamente richiamare il ruolo della comunicazione. Dunque, nel contributo che segue ci riferiremo, più genericamente, alla selezione e analisi di un insieme di materiali comunicativi e informativi che, in tale accezione e per motivi di brevità, definiremo “campagna”. Ogni unità di analisi è stata associata, in una matrice dati creata con Excel, a una materiale identificabile attraverso anno, soggetto promotore e target specifico, anche in assenza di un naming ufficiale della campagna al quale il materiale afferisce. Nella stessa matrice si è proceduto a classificare ciascun materiale raccolto. La classificazione è avvenuta secondo un set di variabili definito a priori, ispirato alla letteratura sulla comunicazione sociale (Puggelli e Sobrero, 2010; La Rocca, 2018). Tali variabili includono: anno di pubblicazione, tema (vaccino/screening), specifica patologia, Regione o ente promotore, altro soggetto coinvolto nella promozione, formato del materiale (poster, video, locandina, social card, brochure, podcast, spot radio), presenza del logo e dell’hashtag, titolo, canale di diffusione ma anche informazioni più qualitative come lo stile narrativo (se formale/informale), il linguaggio utilizzato, il registro, la funzione narrativa, i destinatari, il setting e i protagonisti. La codifica è stata condotta dalla stessa ricercatrice con verifica incrociata da parte del team. Il metodo impiegato ha privilegiato la disponibilità pubblica online dei materiali. Sono stati selezionati anche tutti i materiali che il Sistema Sanitario chiama “campagna” (es. “giornata mondiale contro il cancro”, “giornata nazionale salute donna”, “giornata mondiale tumore al seno”) con cui intende promuovere i servizi di prevenzione. Tuttavia, è possibile che alcuni materiali, pur realizzati, non siano stati archiviati online o risultino difficilmente reperibili. Il disegno metodologico adottato si configura quindi come un’analisi quali-quantitativa descrittiva dei materiali raccolti. Non è stato implementato, in questa fase, un protocollo di analisi più tradizionalmente qualitativa dei contenuti (es. semiotica, *frame analysis*, *health literacy*), che potrebbe rappresentare uno degli sviluppi previsti nelle successive fasi del progetto.

I dati di ricerca

La maggior parte dei materiali comunicativi su vaccinazione e screening oncologici reperiti online proviene dalle Regioni (434 su 719 complessivi), seguite da enti nazionali e

internazionali come l'OMS (152), l'Istituto Superiore di Sanità (77) e il Ministero della Salute (56). Tra le Regioni più attive, in termini di numero assoluto di materiali prodotti si rintraccia la Toscana (60), l'Emilia-Romagna (55), Trentino-Alto Adige (49), Sicilia (43). Al contrario, Abruzzo, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata e Calabria risultano tra le meno attive nella produzione di materiali.

È però necessario sottolineare che l'assenza o la scarsità di materiali rilevati online non implica necessariamente una totale mancanza di attività comunicativa: i materiali potrebbero essere stati veicolati attraverso altri canali, non digitali o oggi non più accessibili.

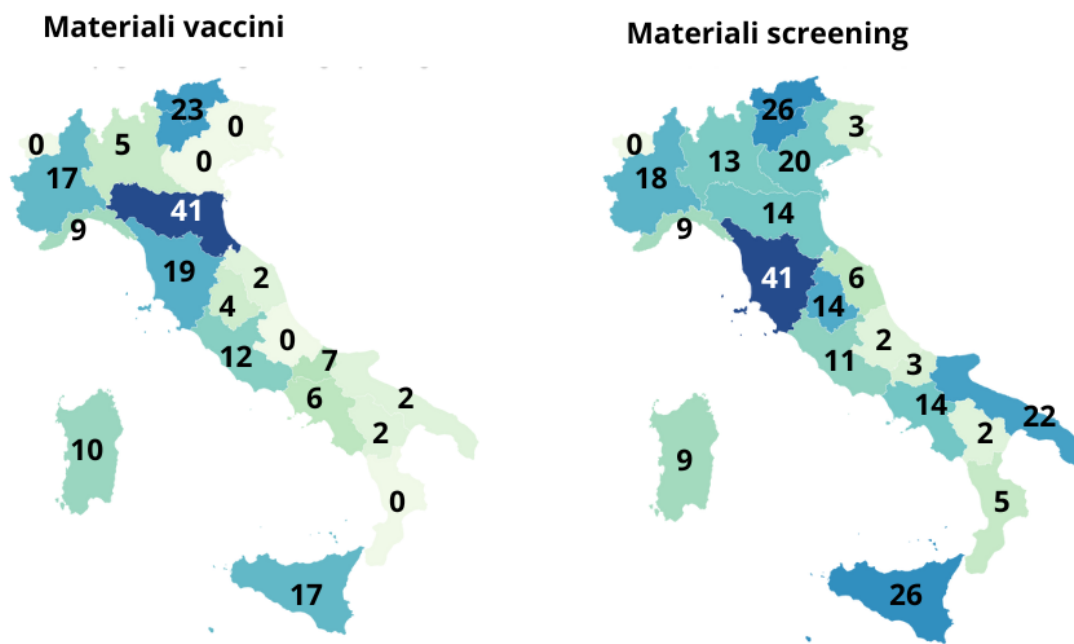


Grafico 1 - Macrotema per Regione.

Dall'analisi dei dati emerge una netta differenziazione tra regioni in termini di produzione di materiali per la comunicazione delle due tematiche. Alcune regioni, infatti, si contraddistinguono per un'elevata produzione di materiali, altre sembrano essere decisamente meno attive. In particolare, alcune regioni presentano una scarsa attenzione soprattutto in merito agli screening oncologici. Questo sembra essere in linea con i dati raccolti dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2022): "in Italia i programmi di screening mammografico e coloretale si stanno estendendo su tutto il territorio nazionale, ma con tempistiche diverse tra Centro-Nord e Meridione, dove la copertura è ancora sub-ottimale. Sebbene si stia assistendo ad un'espansione dell'offerta degli screening al Sud e nelle Isole, esistono ancora delle differenze significative rispetto al Centro-Nord. Tutto questo ha sicuramente contribuito a rendere il quadro epidemiologico dei tumori non omogeneo a livello nazionale" (Demu et al., 2022). La gestione

dell'emergenza sanitaria, inoltre, ha provocato ritardi dal punto di vista organizzativo dell'offerta dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL e minore adesione da parte della popolazione, tant'è che nel 2020 la copertura degli screening oncologici si è ridotta, come sottolinea la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2020). Tuttavia, alcune realtà territoriali non erano in grado di assicurare l'offerta di screening già da prima dell'emergenza pandemica (Rapporto Osservasalute, 2022).

È possibile suddividere le regioni italiane in quattro gruppi distinti in base al numero di materiali comunicativi prodotti su vaccini e screening oncologici. Ogni gruppo rappresenta regioni con simili livelli di attenzione nei confronti di questi temi, permettendo di identificare pattern comuni tra di esse.

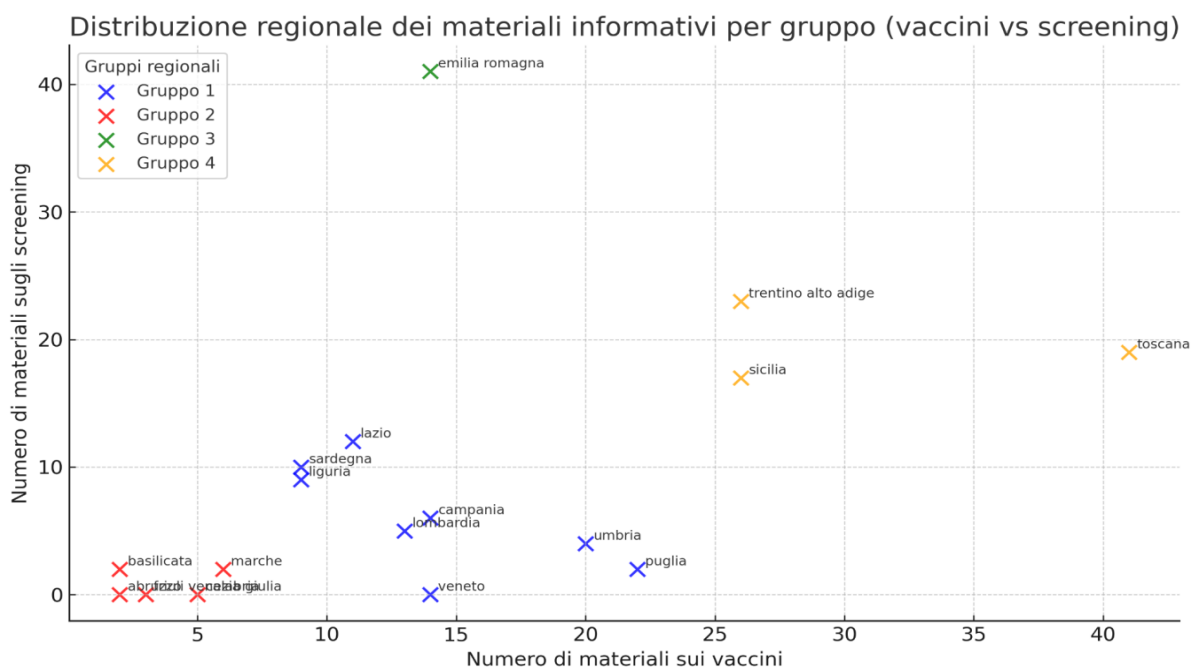


Grafico 2 - Materiali sui vaccini e materiali sugli screening a confronto

Il primo gruppo include Lazio, Sardegna, Liguria, Campania, Lombardia, Umbria, Puglia, e Veneto, regioni che si distinguono per un numero medio-alto di materiali sui vaccini e uno sforzo moderato per quanto riguarda invece gli screening oncologici. Le regioni appartenenti a questo gruppo si dimostrano generalmente attive su entrambi i fronti, ma senza eccellere in maniera particolare in nessuno dei due temi. Il secondo gruppo include Abruzzo, Basilicata, Calabria, Marche, Friuli-Venezia Giulia, cioè le regioni con un basso numero di materiali prodotti su entrambi i temi. Queste regioni mostrano una bassa attenzione sia per i vaccini che per gli screening oncologici, risultando meno attive nella comunicazione rispetto alle altre. Nel terzo gruppo si trova solo l'Emilia-Romagna, un caso a parte, che ha prodotto un numero particolarmente elevato di materiali, soprattutto sugli screening

oncologici. Sembra esserci quindi in questa regione un'alta attenzione agli screening, spesso accompagnata da un impegno considerevole anche sui vaccini. Infine, il quarto gruppo include Toscana, Trentino-Alto Adige e Sicilia, che si distinguono per un elevato livello di produzione di materiali sia sui vaccini che sugli screening oncologici. Queste regioni sono le più bilanciate e attive, con un forte impegno su entrambi i fronti della comunicazione sanitaria presa in esame.

Comunicare gli screening oncologici

Lo screening oncologico per il quale sono stati reperiti più materiali è quello del tumore alla mammella (91 materiali), seguito da quello per il tumore della cervice uterina (81 materiali) e del colon retto (79 materiali). È interessante notare che l'Emilia-Romagna, regione molto attiva nella promozione degli screening, si rivela molto produttiva anche nei materiali sullo screening del tumore del colon retto, con ben 27 materiali su questo tema. Non sono stati rilevati molti materiali relativi a screening che riguardino altri tumori rispetto ai tre principali screening, ossia quelli offerti dal Sistema Sanitario Nazionale: mammella, cervice uterina e colon retto.

<i>Regione</i>	<i>Screening mammella</i>	<i>Screening cervice uterina</i>	<i>Screening colon retto</i>	<i>Altro</i>	<i>Totale</i>	
Abruzzo	0	0	0	0	0	0
Basilicata	2	1	1	0	0	4
Calabria	0	0	0	0	0	0
Campania	4	4	4	0	0	12
Emilia-Romagna	19	12	27	0	0	58
Friuli-Venezia Giulia	0	0	0	1	1	1
Lazio	8	5	5	1	1	19
Liguria	7	4	1	2	2	14
Lombardia	5	5	5	0	0	15
Marche	1	2	1	0	0	4
Molise	6	4	5	0	0	15
Piemonte	3	11	4	0	0	18
Puglia	0	1	0	1	1	2

Sardegna	6	6	6	0	18
Sicilia	15	7	7	4	33
Toscana	6	6	9	2	23
Trentino-Alto Adige	9	10	3	0	22
Umbria	0	3	1	0	4
Veneto	0	0	0	0	0
Totale generale	91	81	79	11	262

Tabella 1 - Ambiti tematici degli screening oncologici per Regione².

Comunicare i vaccini

La disaggregazione tematica dei materiali comunicativi dedicati alle vaccinazioni³ restituisce un quadro articolato, che rivela significative differenze regionali non solo in termini quantitativi ma anche rispetto alle scelte di focalizzazione. I materiali relativi ai vaccini contro il Covid-19 e contro il papilloma virus rappresentano le aree comunicative più presidiate a livello nazionale, riflettendo da un lato l'urgenza dettata dalla crisi pandemica e, dall'altro, una crescente attenzione verso la prevenzione dei tumori correlati all'HPV. In particolare, regioni come la Toscana, la Sicilia, la Puglia e il Piemonte si distinguono per un impegno comunicativo rilevante in quest'ultimo ambito. Anche la comunicazione sul vaccino antinfluenzale mostra una buona presenza, seppure non uniforme, con regioni come la Lombardia e il Trentino-Alto Adige che spiccano per numero di materiali, mentre altre aree, in particolare del Sud, appaiono meno attive o meno visibili online. Più limitata risulta la comunicazione dedicata ai vaccini pediatrici, fatta eccezione per alcune regioni del Centro-Nord come il Veneto e la Toscana. Ancora più esigua è la produzione di materiali rivolti a target specifici, come le donne in gravidanza o le persone con patologie croniche, con un impegno comunicativo evidente solo in pochi casi, tra cui Sicilia e Piemonte. Alcune regioni, come la Toscana o il Trentino-Alto Adige, propongono una comunicazione ampia e articolata su più fronti vaccinali; altre, come la Calabria, l'Abruzzo o la Basilicata, mostrano invece un impegno comunicativo più debole o frammentato, almeno per quanto rilevabile online. Questo insieme di elementi suggerisce l'opportunità di leggere i dati non soltanto attraverso la lente quantitativa, ma anche considerando la varietà e la coerenza tematica dei materiali, nonché la loro accessibilità e visibilità nei contesti digitali, aspetti che influenzano fortemente la capacità della comunicazione pubblica di farsi strumento efficace di promozione della salute.

<i>Regione</i>	<i>Vaccinazione popolazione specifica (gravidanza, diabete)</i>	<i>Vaccinazioni pediatriche</i>	<i>Vaccino antinfluenzale</i>	<i>Vaccino hpv</i>	<i>Vaccino covid-19</i>	<i>Totale</i>
Abruzzo	0	0	2	0	0	2
Basilicata	0	0		2	0	2
Calabria	0	0		0	5	5
Campania	1	4	6	1	1	13
Emilia- Romagna	0	9	2	3	0	14
Friuli-Venezia Giulia	0	1	1	0	0	2
Lazio	1	1	3	4	1	10
Liguria	0	2	3	2	3	10
Lombardia	0	12	12	0	1	25
Marche	1	0		0	5	6
Molise	0	1	1	0	1	3
Piemonte	3	0	4	7	4	18
Puglia	0	3	7	7	12	29
Sardegna	0	1	2	1	8	12
Sicilia	6	2	4	8	7	27
Toscana	0	5	7	21	7	40
Trentino-Alto Adige	0	1	8	4	16	29
Umbria	0	0	6	1	13	20
Veneto	0	7	7	5	2	21
Totale	12	87	114	66	102	381

Tabella 2 - Materiali relativi alle vaccinazioni per Regione

È interessante notare l'andamento delle frequenze dei materiali relativi alle vaccinazioni pediatriche nel tempo, con un solo materiale nel 2004-10, 10 nel 2011-2015, 40 tra il 2016-2020 e 36 materiali tra il 2021 e il 2023. In questo senso la crescita di attenzione sul tema può anche legarsi all'introduzione del decreto Lorenzin⁴ nel 2017.

I dati ufficiali sugli screening

I programmi di screening oncologico in Italia rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), come previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017, e il loro andamento è costantemente monitorato grazie alle analisi condotte dall'Osservatorio Nazionale Screening (Ons) e dal sistema di sorveglianza Passi⁵. I tre screening principali (mammografico, cervicale, coloretale) seguono le linee guida aggiornate del Consiglio europeo del dicembre 2022, che puntano a offrire tali esami ad almeno il 90% dei cittadini idonei entro il 2025. Nel 2019, prima della crisi pandemica, gli indicatori di prevenzione per la popolazione adulta in Italia erano in miglioramento. Il 70,9% delle 50-69enni risultava aver fatto un controllo mammografico nei due anni precedenti (65,9% la media Ue27), sebbene con la persistenza di un forte divario regionale: al Nord quote elevate simili a quelle della Danimarca, al Sud e nelle Isole valori bassi, poco sopra quelli dei paesi dell'Europa dell'Est", (Istat, 2019). In questo senso sono evidenti alcune differenze a livello regionale. Pur consapevoli che non sussista una relazione lineare, né un nesso causale tra le azioni di comunicazione intraprese dalle istituzioni e i livelli di adesione agli screening da parte dei cittadini, non si può altresì ignorare che i materiali prodotti nell'ambito della comunicazione sociale si pongano degli obiettivi di cambiamento da raggiungere, cognitivo o comportamentale che sia (Puggelli e Sobrero, 2010). Per cui, mettendo in relazione i dati dei materiali comunicativi prodotti dalle diverse regioni con quelli dell'adesione agli screening oncologici nel 2023⁶, emerge un interessante quadro dell'intensità della produzione di materiali a livello regionale e l'adesione della popolazione agli screening. Questa correlazione non deve tuttavia essere letta come corrispondenza univoca tra numero di materiali informativi prodotti e adesione ai programmi di screening, quanto piuttosto come lo studio di due fenomeni che possono influenzarsi reciprocamente. La lettura congiunta dei dati, pertanto, va intesa soprattutto come uno strumento esplorativo utile a porre interrogativi, a "problematizzare" il ruolo della comunicazione e a orientare approfondimenti futuri.

Per leggere il dato in maniera immediata, si è deciso di mettere in relazione il numero totale di materiali comunicativi sui tre principali screening (mammella, cervice uterina e colon retto) per ciascuna regione con il tasso medio regionale di adesione agli screening per i medesimi tumori. Il grafico seguente mostra i gruppi regionali che è possibile individuare attraverso la lettura congiunta di questi dati.

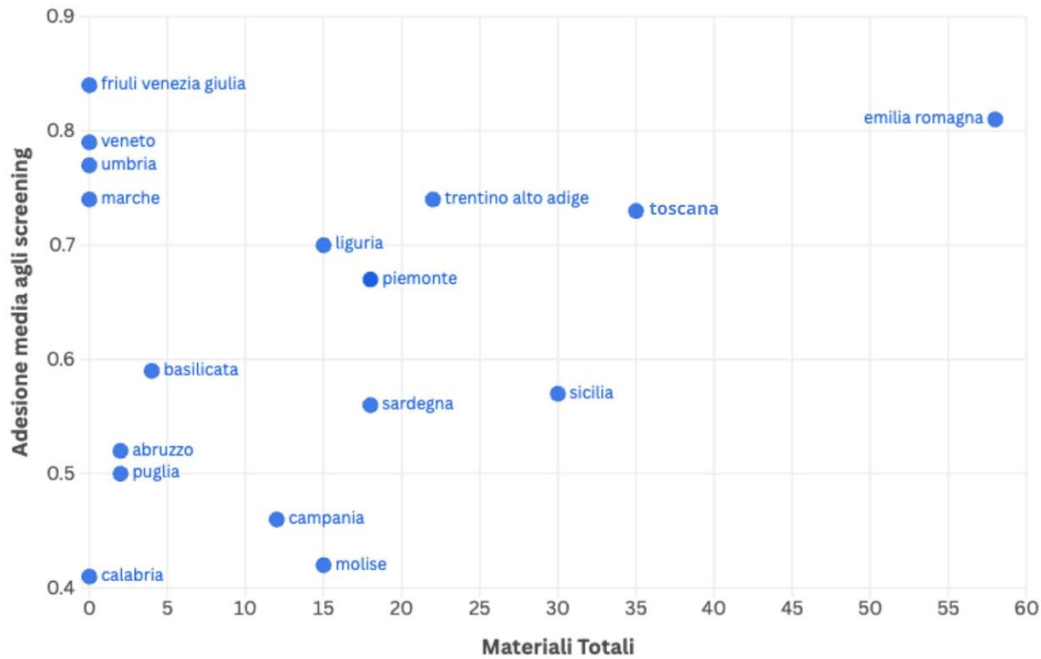


Grafico 3 - Distribuzione congiunta di materiali comunicativi e livelli di adesione agli screening oncologici.

Da questa analisi emerge una possibile articolazione delle regioni italiane in tre gruppi principali, cui si aggiungono due casi che meritano una riflessione a parte. Il primo gruppo comprende le regioni caratterizzate sia da una bassa produzione di materiali comunicativi sia da livelli contenuti di adesione agli screening oncologici: si tratta di Calabria, Puglia, Abruzzo, Campania, Molise e Sardegna. Un secondo gruppo è composto da regioni che, pur producendo un numero relativamente ridotto di materiali informativi, registrano comunque buoni tassi di adesione: ne fanno parte Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Umbria, Marche e Liguria. Un terzo gruppo raccoglie regioni che presentano un equilibrio tra quantità di materiali informativi prodotti e livelli di adesione: è il caso di Toscana, Trentino-Alto Adige, Lazio e Piemonte. Sicilia ed Emilia-Romagna costituiscono due casi peculiari. La Sicilia si distingue per un'alta produzione di materiali, che tuttavia non corrisponde ad un pieno riscontro nei livelli di partecipazione agli screening, sebbene comunque questi risultino superiori a quelli di altre regioni del Mezzogiorno. L'Emilia-Romagna, al contrario, coniuga un'elevata intensità comunicativa a tassi di adesione tra i più alti del Paese, delineandosi come un'esperienza particolarmente virtuosa.

Analisi longitudinale dei materiali raccolti

L'analisi longitudinale condotta sui materiali informativi prodotti dalle Regioni italiane nel corso degli ultimi vent'anni restituisce un quadro articolato e disomogeneo, segnato da momenti di intensificazione comunicativa e da fasi di relativa inattività. Il dato complessivo

mostra un incremento netto a partire dal 2013, con un'accelerazione significativa nel triennio 2021-2023. Questo andamento non è però interpretabile come un semplice fenomeno quantitativo: al contrario, la variabilità osservata riflette l'intreccio di fattori politici, normativi e organizzativi che hanno inciso nel tempo sulle priorità di comunicazione pubblica in ambito sanitario. In particolare, il contesto emergenziale della pandemia da Covid-19 ha segnato un punto di svolta, generando in molte Regioni una spinta comunicativa inedita, soprattutto rispetto alla promozione vaccinale e, in parte, agli screening oncologici.

A livello regionale, emergono configurazioni differenti che vale la pena esplicitare. Si possono sintetizzare:

- Regioni con traiettoria di crescita regolare già a partire dal periodo 2013–2015, segno di un investimento costante nella promozione della prevenzione, ben prima della spinta emergenziale prodotta dal Covid. Emilia-Romagna e Toscana si confermano tra le realtà più attive e coerenti sul piano della comunicazione istituzionale. La Toscana, in particolare, raggiunge il numero più elevato di materiali prodotti a livello nazionale, a testimonianza di una strategia di comunicazione strutturata e continuativa nel tempo.
- Regioni con numeri rilevanti di materiali comunicativi ma concentrando gran parte della produzione nel periodo più recente (Trentino-Alto Adige; ma è una dinamica che si riscontra anche in regioni come Sicilia e Puglia, il cui impegno comunicativo si intensifica visibilmente solo a partire dal 2021).
- Regioni che mostrano una presenza documentale più frammentaria e tardiva. L'Abruzzo, ad esempio, non presenta materiali rintracciabili prima del 2021, con appena due prodotti informativi nel periodo più recente. Anche la Calabria si attiva tardi, e il Friuli-Venezia Giulia produce esclusivamente dopo il 2020. Il Molise, sebbene presenti un picco relativo tra il 2016 e il 2020, riduce significativamente la sua produzione negli anni successivi. Il caso del Piemonte è peculiare: registra un'elevata produzione nella prima fase (2013–2015), seguita da una marcata contrazione, suggerendo forse un disinvestimento o un cambiamento nella strategia di comunicazione.

Queste differenze non sono interpretabili solo in chiave organizzativa, ma riflettono anche modelli culturali e amministrativi differenti nella gestione della comunicazione pubblica. Alcune regioni sembrano aver integrato la comunicazione sanitaria in un disegno politico più ampio, legato alla promozione del benessere e all'empowerment dei cittadini; altre appaiono più reattive, orientate a comunicare in funzione di sollecitazioni esterne o emergenze. Vi è infine chi, pur essendo attivo, potrebbe adottare forme comunicative meno visibili o strutturate, non sempre rintracciabili attraverso i canali istituzionali ufficiali. È tuttavia fondamentale precisare che l'assenza di materiali in determinati anni o territori non implica automaticamente l'assenza di attività comunicativa. L'indagine si è basata sull'analisi sistematica dei siti istituzionali regionali e delle sezioni dedicate alla prevenzione vaccinale e oncologica; di conseguenza, è possibile che alcuni contenuti siano stati diffusi attraverso canali diversi (come materiali cartacei, conferenze stampa, eventi locali o media regionali), pubblicati su piattaforme non più accessibili, o successivamente rimossi dagli

archivi digitali. La mappatura restituita va dunque interpretata come una rappresentazione parziale ma significativa, che privilegia la tracciabilità e la comparabilità delle fonti disponibili.

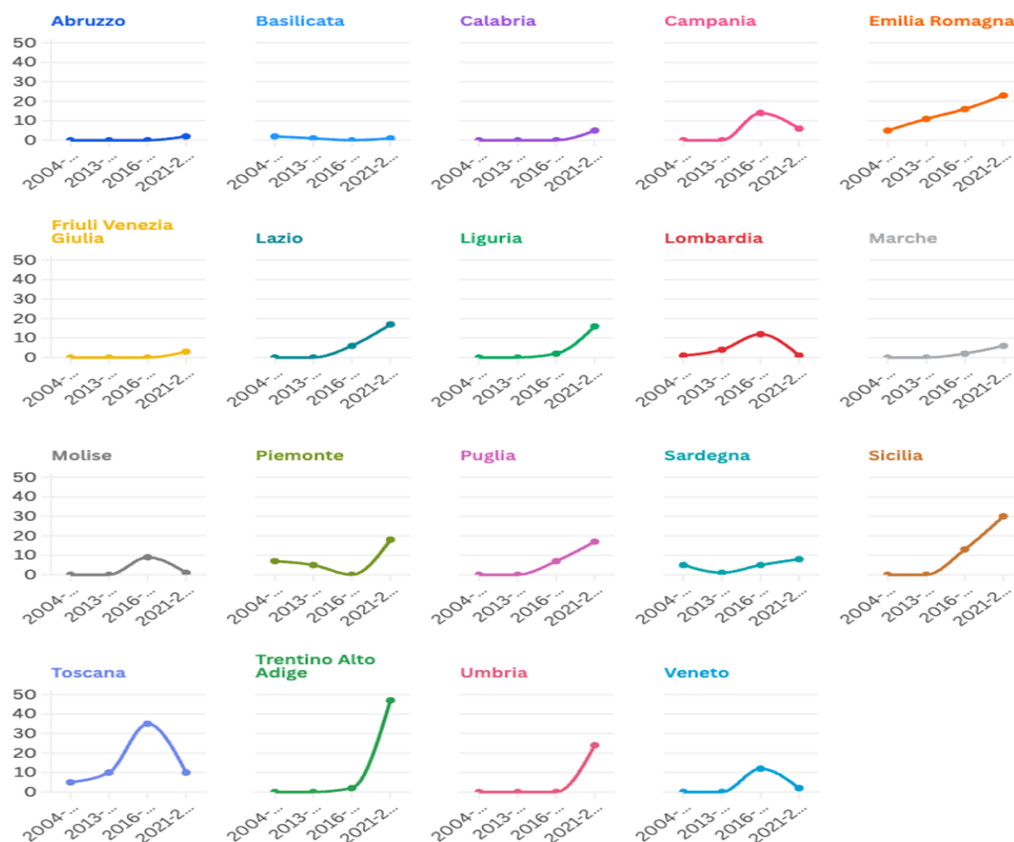


Grafico 4 - Andamento della produzione di materiali nelle Regioni Italiane.

Analisi qualitativa dei materiali raccolti

Oltre all'analisi di tipo quantitativo, si è proceduto con la lettura del contenuto dei materiali raccolti ed una loro riclassificazione in chiave più qualitativa. Per facilitare l'interpretazione dei risultati emersi, presentiamo alcuni dati suddivisi per macroaree geografiche, al fine di offrire una visione d'insieme più compatta e coerente, riducendo la frammentazione derivante dal confronto regione per regione. Tale impostazione consente di cogliere con maggiore immediatezza le tendenze comuni e le differenze più rilevanti tra le diverse parti del Paese, valorizzando gli elementi strutturali e culturali che caratterizzano ciascun contesto territoriale. Le tre macroaree individuate corrispondono a una classificazione consolidata nella letteratura sociosanitaria e comprendono: il Nord (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Province Autonome di Trento e Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Liguria ed Emilia-Romagna), il Centro (Toscana, Marche, Lazio e Umbria) e il Sud e Isole (Abruzzo, Campania, Puglia, Molise, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna). Le analisi che seguono

adottano dunque questa chiave di lettura per restituire un quadro più organico e comparabile delle strategie comunicative regionali.

I destinatari dei materiali

L'analisi della distribuzione dei destinatari dei materiali comunicativi evidenzia una tendenza complessiva delle regioni italiane a rivolgersi in via prioritaria alla popolazione generale, che rappresenta mediamente oltre la metà dei soggetti target in tutte le macroaree geografiche. Questo dato, pur attestando l'intento di raggiungere un pubblico ampio e indifferenziato, evidenzia anche una certa cautela nell'adottare strategie comunicative pienamente segmentate e orientate ai bisogni specifici dei diversi gruppi. Le donne costituiscono il secondo target per frequenza, con una presenza particolarmente rilevante nelle Regioni del Centro Italia (33,3%), a conferma della centralità delle azioni relative alla prevenzione oncologica femminile, in particolare per quanto riguarda lo screening cervicale e mammografico⁷. Altri segmenti di popolazione appaiono meno sistematicamente coinvolti: adolescenti e giovani, destinatari cruciali per le campagne vaccinali HPV, rappresentano una quota modesta, pur con un picco nel Centro (7,7%), mentre i genitori, interlocutori strategici per la prevenzione in età pediatrica, risultano target in meno del 10% dei materiali prodotti, con una prevalenza nel Nord Italia. Ancora più residuale è la presenza di contenuti rivolti ad anziani e soggetti fragili, pubblici prioritari per la vaccinazione antinfluenzale e Covid-19, che trovano spazio solo marginale, in particolare nel Sud e nelle Isole. L'attenzione rivolta agli operatori sanitari è molto contenuta, fatta eccezione per alcune iniziative localizzate nel Mezzogiorno, evidenziando una carenza di strategie mirate a rafforzare la comunicazione professionale come leva per l'alleanza terapeutica e la promozione della prevenzione. In generale, la lettura dei dati evidenzia una struttura comunicativa ancora largamente generalista, che sembra privilegiare la diffusione di messaggi universalistici piuttosto che una segmentazione calibrata dei contenuti, capace di rispondere in modo differenziato ai bisogni informativi dei diversi gruppi di popolazione.

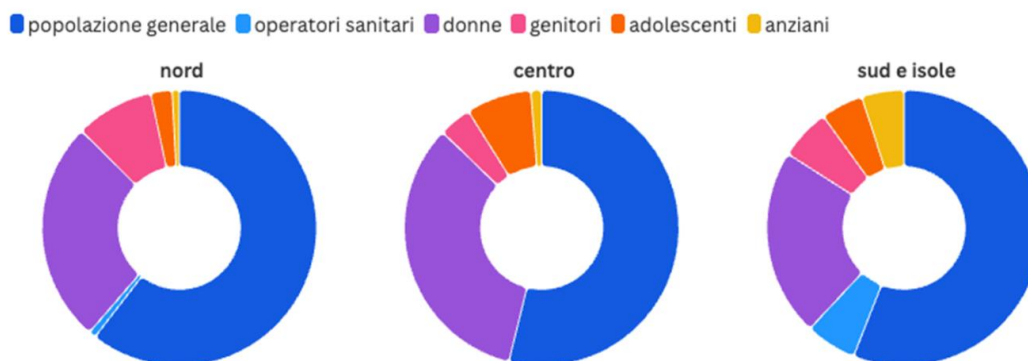


Grafico 5 - Destinatari dei materiali raccolti per aree geografiche.

L'analisi delle funzioni narrative rintracciabili nei materiali comunicativi raccolti consente di superare l'approccio puramente quantitativo e di accedere a una dimensione qualitativa capace di restituire una lettura più profonda delle strategie discorsive adottate dalle istituzioni sanitarie regionali. Il team di ricerca ha individuato cinque principali funzioni narrative a partire dalla letteratura esistente (Cucco et al., 2005; Solito e Materassi, 2021): suggerire, prescrivere, spiegare, coinvolgere e rendicontare, ciascuna delle quali risponde a una specifica modalità di costruzione del messaggio e di relazione con il destinatario. I materiali che assolvono alla funzione del "suggerire" si limitano a proporre comportamenti o scelte sanitarie desiderabili, senza tuttavia far ricorso a toni imperativi o vincolanti; la funzione "spiegare" implica invece uno sforzo esplicativo, volto a rendere comprensibili le ragioni alla base delle indicazioni sanitarie, facendo appello a dati, evidenze o processi; la funzione "coinvolgere" mira a suscitare un coinvolgimento emotivo o personale dell'utente, attraverso storie, testimonianze o linguaggi narrativi; infine, la funzione "rendicontare", benché marginale, si riferisce a quei materiali che documentano risultati, attività svolte o traguardi raggiunti, con una finalità di trasparenza o di legittimazione dell'azione pubblica. Gli unici materiali che hanno esplicitamente adottato una funzione "prescrittiva", riconducibile a toni normativi, obblighi o divieti, si rintracciano nell'immediato periodo post-pandemico (dal 2021 al 2023), seppur con una contenuta significatività.

<i>Funzione narrativa</i>	<i>Nord</i>	<i>Centro</i>	<i>Sud e isole</i>	<i>Totale</i>
Suggerire	44,44%	78,72%	69,42%	62,29%
Prescrivere	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Spiegare	53,33%	19,15%	17,36%	31,71%
Coinvolgere	1,48%	2,13%	13,22%	5,71%
Rendicontare	0,74%	0,00%	0,00%	0,29%
Totale generale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabella 3 - Funzione narrativa per area geografica

L'analisi del linguaggio adottato nei materiali comunicativi istituzionali consente di approfondire ulteriormente le scelte discorsive che caratterizzano i materiali su vaccini e screening, restituendo una mappa delle posture comunicative privilegiate dalle Regioni italiane. I materiali sono stati classificati in base a quattro categorie linguistiche prevalenti e presenti in letteratura (Gadotti e Bernocchi, 2010): informativo, rassicurante/emotivo/empatico, fear arousing appeal e paternalistico. Ciò che si osserva è una predominanza marcata del registro rassicurante, emotivo ed empatico, presente nel 76,92% dei materiali complessivi, con un picco nel biennio 2021-22. Questo tipo di linguaggio, che mira a costruire prossimità affettiva e fiducia tra istituzioni e cittadini, appare trasversalmente diffuso su tutto il territorio nazionale, con punte leggermente più elevate nel Sud e nelle Isole (79,55%) e nel Nord (76,79%), e una lieve flessione nel Centro Italia

(73,33%). Il linguaggio informativo, che privilegia l'oggettività, la trasparenza dei dati e la chiarezza espositiva, si attesta invece su valori più contenuti (22,31% del totale), con una presenza più marcata nel Centro Italia (26,67%) e nel Nord (23,21%), e una minore incidenza nel Sud (18,18%). Marginale è la presenza di materiali che fanno uso di fear arousing appeal (0,77%), ossia di un linguaggio che fa leva sulla paura per sollecitare comportamenti protettivi. Questi compaiono esclusivamente nei materiali del Sud (2,27%) e a partire dal 2021.

<i>Linguaggio</i>	<i>Nord</i>	<i>Centro</i>	<i>Sud</i>	<i>Totale</i>
Paternalistico	0	0	0	0
Informativo	23,21%	26,67%	18,18%	22,31%
Rassicurante/emotivo/ empatico	76,79%	73,33%	79,55%	76,92%
Fear arousing appeal	0	0	2,27%	0,77%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabella 5 - Tipo di linguaggio per area geografica

L'analisi dei registri narrativi adottati nei materiali comunicativi raccolti offre uno spunto rilevante per comprendere le intenzioni strategiche sottese alla produzione istituzionale in ambito sanitario. I principali registri individuati, già noti nelle ricerche sulla comunicazione sociale (Cucco et al., 2005) sono: sensibilizzare, educare e informare. Ciascuno di essi esprime un diverso modo di porsi nei confronti del destinatario e di orientare la comunicazione. Il registro della sensibilizzazione, largamente prevalente nel corpus analizzato (64,39% a livello nazionale), si fonda su un linguaggio volto a stimolare la coscienza civica, l'attenzione al bene comune e il coinvolgimento emotivo, senza necessariamente attivare processi di approfondimento cognitivo o di alfabetizzazione sanitaria. Questo approccio è dominante in tutte le macroaree del Paese, con un picco nel Sud e Isole, dove raggiunge l'80,31%, mentre nel Centro e nel Nord si attesta rispettivamente al 68,70% e al 64,06%. Molto più contenuta è invece la presenza del registro educativo (11,40% complessivo), che si propone di accrescere la consapevolezza del cittadino. Anche in questo caso si osserva una distribuzione disomogenea: il Sud mostra una presenza maggiore (5,51%) rispetto al Centro (2,61%) e al Nord (2,60%), indicando una lieve tendenza ad affiancare alla sollecitazione emotiva un tentativo di strutturare messaggi dal contenuto formativo. Ancora più residuale è l'uso del registro informativo (5,84%), fondato su un'esposizione neutra e descrittiva dei dati o delle misure sanitarie.

<i>Registro narrativo</i>	<i>Nord</i>	<i>Centro</i>	<i>Sud e isole</i>	<i>Totale</i>
Sensibilizzare	64,06%	68,70%	80,31%	64,39%
Educare	2,60%	2,61%	5,51%	11,40%
Informare	3,65%	10,43%	9,45%	5,84%
Totale generale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabella 6 - Registro narrativo per area geografica

Al di là delle specifiche differenze dei linguaggi emerse tra le diverse Regioni, quello che va sottolineato è la loro evoluzione negli anni. I materiali restituiscono una ricchezza e un'articolazione delle forme assunte dalla comunicazione pubblica della salute oggi, soprattutto dopo la svolta digitale, e come intorno ad essa si siano create aspettative crescenti che si allontanano sempre più dalla sola esigenza di “far sapere” e informare. Oggi alla comunicazione pubblica è chiesto di rilanciare la partecipazione civica, di accrescere l'engagement del cittadino, di costruire e gestire relazioni. Obiettivi sempre più necessari - anche conseguenza di stili di vita e di consumo informativo più veloci, complessi e asistematici da parte dei cittadini.

Nell' articolazione dei temi affrontati e delle modalità narrative utilizzate, il racconto della prevenzione si snoda attraverso tre macro-dimensioni –tra loro strettamente correlate e rintracciate, peraltro, in precedenti ricerche (Solito et al. 2021) - che travalicano e intersecano temi, modalità narrative e linguaggi, che possiamo definire: *di servizio*, *conoscitiva* e *identitaria/comunitaria*. Tutto questo sembra visibile nei materiali raccolti, seppur con differenze che raccontano e confermano, anche su questi aspetti, una diversa “geografia” della comunicazione pubblica sulla salute: in termini di sensibilità, evoluzione, organizzazione, competenze.

Riflessioni conclusive e limiti dello studio condotto

L'analisi condotta evidenzia un quadro complesso e articolato delle disuguaglianze territoriali e sociali nel sistema sanitario italiano. Queste disparità, seppur radicate da decenni, continuano a influenzare la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di garantire il principio costituzionale di uguaglianza nell'accesso alle cure e alla prevenzione. Le differenze si manifestano sia nei tempi e nelle modalità di accesso ai servizi sia nella disponibilità e distribuzione delle risorse ma anche nel sistema informativo e comunicativo sulla salute.

In termini quantitativi, ossia di produzione di materiali informativi e della loro distribuzione nel range temporale considerato, alcune regioni si contraddistinguono per un'elevata produttività e presenza continuativa, mentre altre sono caratterizzate da un'azione scarsa o discontinua; ma le differenze sono anche qualitative, relativamente all'articolazione dei temi

trattati, i linguaggi e i registri impiegati, i frame narrativi adottati. Ne è emersa una diversa “geografia” della comunicazione della salute nelle regioni italiane che a sua volta si interseca con le diverse scelte strategiche adottate dalle istituzioni sovranazionali, nazionali e locali.

I limiti, le “carenze” a cui abbiamo fatto riferimento come la frammentarietà e l’eterogeneità, la discontinuità, la scarsa integrazione e coordinamento delle azioni comunicative, capacità (o meno) di intercettare pubblici diversi e bisogni diversificati per fasce di pubblico riflettono (e rispondono) sicuramente a fattori esterni (Ministero, Enti sovranazionali), a necessità (come nel caso del Covid), indirizzi politici nazionali e locali (come fattori abilitanti o freni a certe policy e allo stesso investimento nella comunicazione della salute), a sensibilità, obiettivi, priorità e investimenti diversi (come emerge chiaramente nell’analisi longitudinale dei materiali); ma riflettono anche modelli culturali e amministrativi differenti nella gestione della comunicazione pubblica e nell’investimento fatto sulla leva della comunicazione della salute, sulle strutture comunicative, sulle competenze professionali. Tali differenze pongono pertanto interrogativi rilevanti anche sul tema dell’equità comunicativa, sull’efficacia e sulla continuità delle strategie di prevenzione adottate nei diversi contesti territoriali.

Insomma, un intreccio tra sfide nuove e irrisolti problemi storici, che non trovano soluzione nel solo attivismo comunicativo o negli entusiasmi creativi, che l’ambiente digitale asseconda e abilita, bensì necessita di investimenti organizzativi, culturali, professionali, per l’adeguamento delle strutture e delle competenze coinvolte.

Questo studio presenta alcuni limiti che meritano di essere esplicitati. In primo luogo, la raccolta dei materiali è stata condotta esclusivamente attraverso fonti istituzionali online, le cui modalità di archiviazione e aggiornamento non sempre garantiscono una completa omogeneità tra le regioni, soprattutto andando indietro nel tempo. In secondo luogo, l’approccio adottato, basato sulla riclassificazione dei materiali e l’analisi qualitativa e quantitativa dei contenuti, privilegia la dimensione testuale e simbolica, ma non consente di esplorare in modo sistematico le mediazioni organizzative, politiche e culturali che ne influenzano produzione e ricezione. In prospettiva, sarebbe pertanto utile affiancare a questa analisi documentale ulteriori strumenti metodologici, quali interviste, focus group o rilevazioni empiriche, per approfondire il ruolo degli attori istituzionali e la percezione degli stessi comunicatori.

Nota biografica

Laura Solito è Professore Ordinario di Sociologia dei processi culturali e comunicativi all’università di Firenze, dove insegna Sociologia della comunicazione e Sociologia della comunicazione pubblica e istituzionale. Tra le più recenti pubblicazioni: *Linguaggi visuali per la comunicazione pubblica digitale. Prospettive oltre l’emergenza*, in “Hermes” 2023; *The Utilisation of News in the Fourth Industrial Revolution*. in AA.VV. *Journalism, Digital Media and the Fourth Industrial Revolution*, Palgrave Macmillan, 2024.

Letizia Materassi è Professoressa Associata in Sociologia dei Processi Culturali e Comunicativi all'Università di Firenze. Insegna Sociologia della comunicazione, a livello triennale, e Comunicazione, Organizzazioni e Responsabilità Sociale alla magistrale di Strategie della Comunicazione Pubblica e Politica nella Scuola di Scienze Politiche. Sul tema della comunicazione della salute ha recentemente pubblicato: *Accorciare le distanze, costruire fiducia. La comunicazione pubblica alla prova di una pandemia 2.0* (2024), in "Pandemie. Globalizzazione, società e politica tra crisi e catastrofe", a cura di Cea R., Il Mulino, Bologna; con Laura Solito, *Tra interferenze e integrazioni. Istituzioni e attori politici su Facebook durante l'emergenza pandemica* (2022), in "Comunicazione Politica", 3, pp. 331-354.

Ester Macrì è docente a contratto presso l'Università di Firenze, tutor didattico di Metodologia della ricerca politica e sociale presso l'Università di Bologna e presidente dell'impresa sociale Retesviluppo. Tra le più recenti pubblicazioni: con Silvia Bacci, Bruno Bertaccini e Anna Pettini, *Measuring sustainability consciousness in Italy* (2024) in "Quality & Quantity", pp. 1-28.

Erika Greco è dottoranda in Peace Studies presso Sapienza Università di Roma. Da marzo 2023 a febbraio 2025 è stata assegnista di ricerca presso l'Università di Firenze e formatrice della Piattaforma LoveStorm. Collabora con la rivista La città manifesta del laboratorio politico Per Un'altra Città Firenze. Tra le più recenti pubblicazioni: Greco, E., & Scotto, G. (2024). "Love Storm". *Una proposta di formazione per la cittadinanza digitale attiva*. EPALE JOURNAL.

Bibliografia

- Albright, K., Richardson, T., Kempe, K. L., & Wallace, K. (2014). Toward a trustworthy voice: Increasing the effectiveness of automated outreach calls to promote colorectal cancer screening among African Americans. *The Permanente Journal*, 18(2), 33. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-139>
- Anessi Pessina, E. (2022). Avanzo/disavanzo sanitario pubblico pro capite. In *Rapporto Osservasalute 2022* (pp. 385–388). Prex S.p.A.
- Armeni, P., Cavallaro, L., Costa, F., Rognoni, C., & Tarricone, R. (2024). La copertura vaccinale nelle regioni italiane: Un'analisi dell'eterogeneità. In *Rapporto OASI 2024* (pp. 521–552). Egea.
- Battistelli, F., & Galantino, M. G. (2020). *Sociologia e politica del coronavirus: Tra opinioni e paure*. FrancoAngeli.
- Bernocchi, R., Contri, A., & Rea, A. (2018). *Comunicazione sociale e media digitali*. Carocci.
- Bertolazzi, A., Lombi, L., Lovari, A., Ducci, G., & D'Ambrosi, L. (2023). I know that I know: Online health information seeking, self-care and the overconfidence effect. *Sociological Forum*, 38(3), 793–812. <https://doi.org/10.1111/socf.12925>
- Boccia Artieri, G., & Farci, M. (Eds.). (2021). *Shockdown: Media, cultura, comunicazione e ricerca nella pandemia*. Meltemi.
- Calabrò, G. E., Rizzo, C., Domnich, A., De Waure, C., Rumi, F., Bonanni, P., Boccia, S., Bechini, A., Panatto, D., Amicizia, D., Amodio, E., Costantino, C., Bert, F., Lo Moro, G., Di Pietro, M. L., Giuffrida, S., Giordano, V., Conversano, M., Russo, C., ...

- Ricciardi, W. (2024). Health technology assessment del vaccino ricombinante adiuvato contro il virus respiratorio sinciziale (Arexvy®). *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 65(2 Suppl 1), E1–E159. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2024.65.2s1>
- Collicelli, C. (2018). Salute e sanità nel Mezzogiorno: Tendenze e criticità. *Rivista Giuridica del Mezzogiorno*, 32(3), 703–724.
- Collyer, T. A., & Smith, K. E. (2020). An atlas of health inequalities and health disparities research: “How is this all getting done in silos, and why?”. *Social Science & Medicine*, 264, 113330. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113330>
- Colón-López, V., Fernández-Espada, N., Vélez, C., Gonzalez, V. J., Diaz-Toro, E. C., Calo, W. A., Savas, L. S., Pattatucci, A., & Fernández, M. E. (2017). Communication about sex and HPV among Puerto Rican mothers and daughters. *Ethnicity & Health*, 22(4), 348–360. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246938>
- Corradi, L. (2001). Quando il corpo è ambiente. In *Complessità eco-sistemica e sviluppo eco-sostenibile* (pp. 173–179). Edizioni Messaggero.
- Costa, G., Bassi, M., Gensini, G. F., Marra, M., Nicelli, A. L., & Zengarini, N. (Eds.). (2015). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità: Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. FrancoAngeli.
- Cucco, E., Pagani, R., & Pasquali, M. (Eds.). (2005). *Primo rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*. RAI ERI.
- D'Angela, D., Polistena, B., & Spandonaro, F. (2024). *Opportunità di tutela della salute: Le performance regionali* (12th ed.). Locorotondo Editore.
- De Marvao, A., Alexander, D., Bucciarelli-Ducci, C., & Price, S. (2021). Heart disease in women: A narrative review. *Anaesthesia*, 76, 118–130. <https://doi.org/10.1111/anae.15376>
- De Nard, F., Deandrea, S., Bastiampillai, A. J., Cavazzana, L., Carnevali, D., Principi, N., Luconi, E., Schulz, P. J., Castaldi, S., & Silvestri, A. R. (2021). The development and testing of balanced communication material for a population-based breast cancer screening program. *Frontiers in Communication*, 6, 719555. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.719555>
- Demu, E., Rossi, S., & De Angelis, R. (2022). Malattie oncologiche. *Rapporto Osservasalute*.
- Ducci, G. (2021). Alcuni nodi della comunicazione pubblica digitale di fronte alla pandemia: Le regioni italiane su Facebook durante il lockdown. *Mediascapes Journal*, 18, 141–160.
- Dutta, M. J. (2016). Cultural context, structural determinants and global health inequities: The role of communication. *Frontiers in Communication*, 1(5), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2016.00005>
- Dutta, M. J. (2021). Communication inequality, structural inequality, and COVID-19. In M. Lewis, E. Govender, & K. Holland (Eds.), *Communicating COVID-19*. Palgrave Macmillan.
- Eiriksdottir, V. K., Baldursdottir, B., Fridriksson, J. O., & Valdimarsdottir, H. B. (2022). How much information do Icelandic men receive on pros and cons of prostate-specific antigen testing prior to undergoing testing? *American Journal of Men's Health*, 16(3), 15579883221097805. <https://doi.org/10.1177/15579883221097805>
- Gadotti, G., & Bernocchi, R. (2010). *La pubblicità sociale: Maneggiare con cura*. Carocci.
- Giordani, C., & Spandonaro, F. (2015). Rapporto CREA. *Salute e Territorio*, 36(205), 613–616.

- Giuffrida, S., Giordano, V., Conversano, M., Russo, C., Spadea, A., Amicizia, D., Grammatico, F., Ansaldi, F., Costantino, C., Amodio, E., & Vitale, F. (2024). Vaccinazione nell'adulto/anziano. Regioni a confronto: L'esperienza delle Regioni Calabria, Campania, Puglia, Lazio, Liguria, Sicilia. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*.
- Gola, E., Meloni, F., & Porcu, R. (2018). *Comunicare la salute: Metodi e buone pratiche per le amministrazioni pubbliche*. Carocci.
- Hoover, D. S., Pappadis, M. R., Houston, A. J., Krishnan, S., Weller, S. C., Giordano, S. H., Bevers, T. B., Goodwin, J. S., & Volk, R. J. (2019). Preferences for communicating about breast cancer screening among racially/ethnically diverse older women. *Health Communication*, 34(7), 702–706. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1431026>
- Istat. (2019). *Rapporto "Prevenzione e fattori di rischio per la salute in Italia e in Europa"*. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2021/12/REPORT-PREVENZIONE-2019.pdf>
- Kalocsanyiova, E., Essex, R., & Fortune, V. (2023). Inequalities in Covid-19 messaging: A systematic scoping review. *Health Communication*, 38(12), 2549–2558. <https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2088022>
- Kazepov, I. (2009). *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*. Carocci.
- Kreuter, M. W., & McClure, S. M. (2004). The role of culture in health communication. *Annual Review of Public Health*, 25, 439–455. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123000>
- La Rocca, G. (2018). *Nuove forme di comunicazione sociale: Antifragilità, communication voice e studio di caso*. Carocci.
- Lazzara, F., Conti, F., Giuffrida, E., Eandi, C. M., Drago, F., Platania, C. B. M., & Bucolo, C. (2024). Integrating network pharmacology: The next-generation approach in ocular drug discovery. *Current Opinion in Pharmacology*, 74, 102425. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2023.102425>
- Lovari, A. (2017). *Social media e comunicazione della salute: Profili istituzionali e pratiche digitali* (Vol. 14). Angelo Guerini e Associati.
- Lovari, A., & Ducci, G. (2022). *Comunicazione pubblica*. Mondadori Università.
- Lovari, A., Martino, V., & Righetti, N. (2020). Blurred shots: Investigating the information crisis around vaccination in Italy. *American Behavioral Scientist*, 65(2), 351–370. <https://doi.org/10.1177/0002764220910245>
- Macchione, N., & Passoni, D. (2024). *Pene, maschile plurale*. Fabbri Editori.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370(9593), 1153–1163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)
- Mazzoleni, M. (2023). *Comunicare le politiche: Scenari e strumenti*. Mondadori.
- Melki, J., Tamim, H., Hadid, D., Makki, M., El Amine, J., & Hitti, E. (2021). Mitigating infodemics: The relationship between news exposure and trust and belief in COVID-19 fake news and social media spreading. *PLOS ONE*, 16(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252830>
- Mosavel, M., & Ports, K. A. (2015). Upward communication about cancer screening: Adolescent daughter to mother. *Journal of Health Communication*, 20(6), 680–686. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1012245>
- Omondi Aduda, D. S., & Mkhize, N. (2014). Ethical issues evolving from patients' perspectives on compulsory screening for syphilis and voluntary screening for cervical cancer in Kenya. *BMC Medical Ethics*, 15, 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-6939-15-27>
- Parrott, R. (2009). *Talking about health: Why communication matters*. Wiley-Blackwell.

- Puggelli, F. R., & Sobrero, R. (2010). *La comunicazione sociale*. Carocci.
- Ragas, D. M., Nonzee, N. J., Tom, L. S., Phisuthikul, A. M., Luu, T. H., Dong, X., & Simon, M. A. (2014). What women want: Patient recommendations for improving access to breast and cervical cancer screening and follow-up. *Women's Health Issues*, 24(5), 511–518. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.06.011>
- Rosenthal, E. L., Buffington, S. D. C., & Cole, G. (2018). From the small screen to breast cancer screening: Examining the effects of a television storyline on awareness of genetic risk factors. *Journal of Communication in Healthcare*, 11(2), 140–150. <https://doi.org/10.1080/17538068.2018.1438766>
- Solito, L., & Materassi, L. (2021). If a picture is not worth a thousand words: Digital infographics use during the Covid-19 pandemic crisis. *Sociologia della Comunicazione*, 61. <https://doi.org/10.3280/SC2021-061005>
- Solito, L., Materassi, L., Greco, E., & Macrì, E. (2025). Le disuguaglianze di genere nelle campagne di comunicazione sugli screening oncologici e i vaccini degli ultimi 20 anni. *Cambio. Rivista sulle Trasformazioni Sociali*, 14(28), 159–172. <https://doi.org/10.36253/cambio-16798>
- Spandonaro, F., & D'Angela, D. (Eds.). (2015). *Una misura di performance dei SSR* (2nd ed.). Sidera Edizioni.
- Team, V., & Manderson, L. (2020). How COVID-19 reveals structures of vulnerability. *Medical Anthropology*, 39, 671–674. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1830281>
- Terraneo, M. (2018). *La salute negata: Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*. FrancoAngeli.
- Timelli, L., Marino, M. G., Menzano, M. T., Vaia, F., & Galeone, D. (2024). I programmi di screening oncologico organizzati in Italia: Differenze tra macroaree da un'indagine su Regioni e Province Autonome (2023). *Bollettino Epidemiologico Nazionale*, 5(1), 15–22. https://doi.org/10.53225/ben_083
- Viswanath, K., & Kreuter, M. W. (2007). Health disparities, communication inequalities and eHealth. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(5S), 131–133. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.02.012>
- World Health Organization. (n.d.). *World Health Organization*. Retrieved December 14, 2024, from <https://www.who.int/>
- World Health Organization. (2020). *WHO report on cancer: Setting priorities, investing wisely and providing care for all*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
- Yadav, A., Dobe, M., Paul, B., & Taklikar, C. (2022). A cross-sectional study on assessment of perceived threat to cervical cancer using health belief model among women in a slum area of Kolkata. *Journal of Education and Health Promotion*, 11. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_392_21

Note

¹ L'obiettivo specifico del progetto ECoHeTE, da cui scaturisce l'operazione di raccolta dati, è quello di fornire raccomandazioni politiche efficaci e a basso costo; per questo sono state selezionate due aree di salute legate alla prevenzione.

² Il totale dei materiali divisi per Regione e tipo di screening è più alto del totale dei materiali sugli screening perché alcuni materiali riguardano contemporaneamente diversi tipi di screening. Spesso gli screening ginecologici sono presentati insieme in un unico materiale, in alcuni casi tutti e 3 gli screening principali sono oggetto di un unico materiale.

³ Anche in questo caso il totale dei materiali divisi per Regione e tipo di vaccino è più alto del totale dei materiali sui vaccini perché alcuni materiali riguardano contemporaneamente diversi tipi di vaccinazione, ad esempio Covid-19 e vaccino antinfluenzale o vaccino antinfluenzale e vaccinazioni pediatriche.

⁴ Il Decreto Lorenzin (D.L. 73/2017, convertito in L. 119/2017) ha introdotto in Italia l'obbligo di dieci vaccinazioni per i minori da 0 a 16 anni. L'iscrizione ai nidi e scuole dell'infanzia è subordinata all'adempimento vaccinale, mentre nella scuola dell'obbligo i non vaccinati non vengono esclusi ma i genitori sono sanzionati. Le vaccinazioni sono gratuite e verificate dalle ASL con l'obiettivo di aumentare la copertura vaccinale per proteggere la salute pubblica.

⁵ Il sistema di sorveglianza "Passi" dell'Istituto Superiore di Sanità si declina attraverso indagini campionarie con informazioni dalla popolazione italiana adulta, 18-69 anni, sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione. I temi indagati sono il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, la dieta povera di frutta e verdura, il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure sicurezza per prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute.

⁶ <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/i-dati-dello-screening>

⁷ Per un approfondimento si rimanda a: Solito, L., Materassi, L., Greco, E., & Macrì, E. (2025). Le disuguaglianze di genere nelle campagne di comunicazione sugli screening oncologici e i vaccini degli ultimi 20 anni. *Cambio. Rivista sulle Trasformazioni Sociali*.