

Comunicazione, reti e relazioni nel caleidoscopio della pandemia

SFOCATURE E NUOVI ASSETTI IN UN
APPROCCIO MULTIPROSPETTICO



Foto di Alessandra De Cristofaro

a cura di

ALESSANDRA DIONISIO

*A Davide e Federico,
strabilianti caleidoscopi*

Comunicazione, reti e relazioni nel caleidoscopio della pandemia

Sfocature e nuovi assetti in un approccio multiprospettico

ISBN: 978-88-97840770

copyright 2022

edizioni Ateneapoli s.r.l.

via Pietro Colletta, 12 (80139) Napoli

www.ateneapoli.it

Con il patrocinio morale di



ASSOCIAZIONE NAZIONALE
PER LA NUOVA COMUNICAZIONE

www.pasocial.info

Indice:

Prefazione

Francesco Di Costanzo

Presidente PA Social e Fondazione Italia Digitale

pag. 6

Percorsi di comunicazione: prospettive a confronto per un ritorno al futuro

Alessandra Dionisio

Responsabile Comunicazione, URP e Ufficio Stampa AOU Federico II - Phd in Scienze della Comunicazione

pag. 10

Dalla disintermediazione digitale alla re-intermediazione. Le diete informative dei pubblici italiani durante l'emergenza sanitaria

Antonia Cava

Professoressa Associata di Sociologia dei Processi Culturali e Comunicativi Università degli Studi di Messina

Alessandra Dionisio

Responsabile Comunicazione, URP e Ufficio Stampa AOU Federico II - Phd in Scienze della Comunicazione

pag. 16

La condemia. Metafora bellica e comunicazione ipocrita nell'era del Covid, tra Social network e commander in chief

Marco Centorrino

Professore associato di Sociologia dei Processi Culturali e Comunicativi Università degli Studi di Messina

pag. 31

Dall'universo al metaverso: nuove tecnologie, nuove opportunità e nuove emergenze educative

Francesco Pira

Professore associato di Sociologia dei Processi Culturali e Comunicativi Università degli studi di Messina

pag. 51

Ripresa e resilienza. Dualismi e contraddizioni in sanità pubblica

Maria Triassi

Professore Ordinario di Igiene Università Federico II, Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia Federico II

Patrizia Cuccaro

Dirigente Medico UOC Organizzazione e Programmazione dei Servizi Ospedalieri e Sanitari AORN “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta - Phd Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni sanitarie

pag. 69

Innovazioni tecnologiche e riduzione dello stress preoperatorio nei pazienti pediatrici. L’accelerazione delle new technologies durante la pandemia

Ciro Esposito

Professore Ordinario di Chirurgia Pediatrica Università Federico II

Assunta Turco

Coordinatrice Infermieristica UOC Chirurgia Pediatrica AOU Federico II

Maria Escolino

Ricercatrice UOC di Chirurgia Pediatrica AOU Federico II

Mariapina Cerulo

Ricercatrice UOC di Chirurgia Pediatrica AOU Federico II

pag. 95

Nuove forme di comunicazione in medicina: l’esperienza della Telepsichiatria in età evolutiva in corso di pandemia.

Carmela Bravaccio

Professore Associato di Neuropsichiatria Infantile Università Federico II

Maria Pia Riccio

MD, PhD, Neuropsichiatria Infantile, AOU Federico II di Napoli

pag. 101

Autori ed autrici

pag. 106

Prefazione

Francesco Di Costanzo

Pandemia, guerra. Due eventi che hanno cambiato radicalmente la comunicazione pubblica accelerando fortemente sull'utilizzo delle piattaforme digitali per comunicazione, informazione, servizi, dialogo e interazione con i cittadini. Non ne avevamo bisogno e ne avremmo fatto molto volentieri a meno, d'altronde nel nostro Paese nel pre pandemia erano già molte le buone pratiche (da nord a sud) di comunicazione e informazione pubblica digitale e 7 cittadini su 10 già chiedevano di essere informati e di ricevere servizi attraverso social network, chat, piattaforme digitali in generale (dato Osservatorio nazionale sulla comunicazione digitale). È però un fatto che l'emergenza abbia dato una forte spinta e acceso un riflettore enorme sui temi del digitale, ormai l'80% dei cittadini chiede un servizio sulle principali piattaforme di comunicazione digitale e il 90% vorrebbe un grande piano di cultura digitale centrato sulle competenze, la formazione, l'aggiornamento costante. La consapevolezza e la familiarità con il digitale è cresciuta, da parte di tutti: cittadini, pubbliche amministrazioni, imprese. In questo contesto è sotto gli occhi di tutti la centralità e la crescita, anche in senso digitale, del settore della sanità e della salute. Aziende sanitarie, ospedali, strutture sanitarie, enti nazionali e locali (dal Ministero alle Regioni e Comuni) direttamente coinvolti nella gestione del settore hanno

compiuto un salto in avanti importante, un po' per necessità e per risposta emergenziale, un po' per *mission* già avviata, con un'accelerazione da parte chi era più indietro e un consolidamento e crescita ulteriore da parte di chi era già più avanti. Sono molte le buone pratiche italiane, gli ospedali, le aziende sanitarie, ordini professionali, piccole e grandi realtà utilizzano ormai regolarmente i social network (da Facebook a Instagram, da Twitter a LinkedIn fino a TikTok e Twitch) e le chat di messaggistica (da WhatsApp a Telegram e Messenger). Dal nostro osservatorio con PA Social abbiamo toccato con mano, grazie all'impegno costante e di qualità di straordinari professionisti (giornalisti, comunicatori, social media manager...), il grande lavoro fatto nei mesi del *lockdown* e nella fasi successive della pandemia, il confronto costante con l'obiettivo di migliorarsi e replicare buone pratiche da ogni parte del Paese, la vittoria per due anni consecutivi (2020 e 2021) da parte di aziende sanitarie dello Smartphone d'Oro, il primo premio italiano dedicato alle migliori esperienze di comunicazione e informazione digitale. Impariamo da quello che è stato fatto in questi più di due anni, che è moltissimo, ma non possiamo fermarci, c'è stato un cambio di approccio, il passaggio culturale che serve è in corso, non dobbiamo sederci, ma rendere questo approccio strutturale.

Tutti segnali di una crescita, di un percorso, di una rivoluzione non sognata, ma in corso. Segnali evidenti che arrivano purtroppo anche dalla guerra in Ucraina, piombata nell'attualità e così vicina a noi. Una guerra mai così digitale, combattuta anche attraverso le piattaforme digitali e specchio del buono o cattivo utilizzo delle stesse (pensate a Telegram, chat di grande utilità, impiegata in modo virtuoso, ma anche scorretto nel

corso del conflitto). Segnali evidenti che arrivano anche da uno dei temi principali degli anni che stiamo vivendo: la lotta alla disinformazione e all'uso scorretto delle piattaforme. Chi può combattere bufale e *fake news*? Solo una comunicazione pubblica forte e di qualità, in grado di esserlo anche e soprattutto sugli strumenti digitali, dove si gioca il presente e il futuro. Lo ha detto anche l'OCSE nel primo rapporto mondiale sulla comunicazione pubblica a cui ha partecipato anche PA Social: servono formazione, analisi dei dati, lotta alla disinformazione, una comunicazione pubblica forte.

Nel mezzo a queste grandi evidenze, eventi estremi e mondiali, che sottolineano, se ancora ce ne fosse bisogno, la centralità del digitale e delle piattaforme digitali di comunicazione, c'è una grande occasione per governare e rendere strutturale la rivoluzione in corso: il PNRR, il Piano nazionale di ripresa e resilienza. Dal nome non semplicissimo (a proposito di comunicazione), ma fin dalle direttive europee molto chiaro nel mettere sanità, digitale e sostenibilità in cima agli obiettivi con risorse e sfide importanti, avrà bisogno di una comunicazione e informazione al cittadino chiara, efficace, costante. Può essere un'occasione imperdibile per fare l'ultimo miglio, finalmente riformare la legge di settore (la legge 150 del 2000, ormai superata dagli eventi, dagli strumenti, dal modo di lavorare quotidiano, dalla nascita di nuove professionalità) con una "151" al passo con i tempi e con le (giuste) aspettative dei cittadini, riconoscere le professionalità ad oggi inesistenti nel nostro ordinamento (il social media manager ad esempio...), promuovere nuovi modelli organizzativi del lavoro. La comunicazione e informazione pubblica digitale è ormai fondamentale per il servizio

quotidiano al cittadino e per il nuovo rapporto con la PA, è giusto che questa centralità sia riconosciuta definitivamente.

In un mondo dove si dibatte di metaverso la sanità dovrà mantenere questa centralità anche dal punto di vista della comunicazione e informazione pubblica, cogliendo e sfruttando al meglio le occasioni che il digitale mette a disposizione nel miglioramento del rapporto con il cittadino. Pubblicazioni come questa sono un esempio di come sia importante l'approfondimento, l'aggiornamento, l'analisi e la ricerca costante di innovazione e una sana curiosità, elemento fondamentale per chi si occupa di comunicazione e giornalismo, verso le novità e le opportunità che nel mondo del digitale e dei social network sono costanti. Con PA Social e Fondazione Italia Digitale andiamo avanti con un lavoro continuo per far sì che il digitale sia sempre più popolare, fonte di utilità e soluzioni nel quotidiano per il cittadino e sia, non solo una risposta emergenziale o un tema da esperti, ma strutturale e normalità per le pubbliche amministrazioni e le imprese.

Percorsi di comunicazione: prospettive a confronto per un ritorno al futuro

Alessandra Dionisio

*«Io ne ho viste cose che voi umani non potreste immaginarvi:
navi da combattimento in fiamme al largo dei bastioni di Orione, e ho visto i
raggi B balenare nel buio vicino alle porte di Tannhäuser. E tutti quei momenti
andranno perduti nel tempo, come lacrime nella pioggia.
È tempo di morire.»*

(Blade Runner 1982)

È un viaggio plastico e retrofuturista¹ quello che ognuno di noi ha intrapreso in quest'ultimo biennio, distopico quasi come il pianeta post-apocalittico di Philip Dick² e di Ridley Scott. Contraddittorio, altalenante, distruttore e rigenerante, il lungo percorso in cui le nostre vite si sono legate inscindibilmente alla gestione del contesto emergenziale dettato dalla pandemia da SARS-CoV-2 è la rappresentazione sinestetica della *liquidità*,³ una sorta di area transitoria e incompiuta, i cui i nuovi approdi sono ancora un mistero, un interregno in cui è evidente l'inefficacia dei vecchi modi di agire ed essere, ma non sono state ancora definite nuove modalità attraverso le quali affrontare le progettualità future. La brutale

1 Sammon P., *Future Noir: The Making of Blade Runner*, HarperCollins, 1996.

2 "Il cacciatore di androidi" è il romanzo di fantascienza scritto da Philip K. Dick nel 1968 da cui è stato tratto il film *Blade Runner* diretto da Ridley Scott nel 1982.

3 Baumann Z. *Modernità liquida* Laterza, 2011

consapevolezza che l'unico elemento certo di cui possiamo disporre sia l'incertezza e la tempestiva ed elastica variabilità delle prospettive, ha fatto tramontare – se ancora ce ne fosse stato bisogno- ogni ipotesi di *solidità*. Ma se è vero che in una condizione di liquidità estrema, come quella che abbiamo vissuto, nulla è certo, è altresì inoppugnabile che tutto sia possibile. Ed è in questa inesorabile condizione che paura e speranza, lutto e rinascita si sono contaminati quotidianamente, tra la ricerca di nuovi punti fermi e la sensazione di essere senza via d'uscita.

In questo spaccato si collocano le riflessioni e le esperienze raccolte in questo testo, laddove comunicazione, reti e relazioni hanno saputo generare, come in un caleidoscopio, mutevoli immagini in uno spettacolare avvicendamento di luci, colori, e figure. Non c'è alcuna pretesa di immobilizzare, fissare, rendere -per l'appunto- solide nuove convinzioni, restituire anchilosanti apparati che guardino al futuro per offrirci rinnovate certezze, questo testo raccoglie altresì frammenti di cambiamento prospettici, sfocature di realtà, istantanee dal campo di battaglia, proprio per non perdere quei momenti come *lacrime nella pioggia*.

Ulteriore caratteristica di questa raccolta è il suo approccio multidimensionale e multidisciplinare. Una scelta determinata da un'esigenza di ricomposizione tra diversi universi in cui la comunicazione intesa come relazione e consumo mediatico, nuove istanze educative, collante per la realizzazione di nuovi modelli di programmazione, strumento per l'innovazione e l'assistenza sanitaria, costituisce il *fil rouge* narrativo.

Restando alla metafora del caleidoscopio, tutti questi “pezzi di vetro” attraverso la riflessione generano immagini che ci raccontano molto delle nostre identità e di come la pandemia abbia esasperato contraddizioni già presenti, rivitalizzato dibattiti già avviati, catapultando nella transizione digitale anche coloro che erano rimasti ai margini, come abbiamo raccontato insieme ad Antonia Cava nel capitolo *“Dalla disintermediazione digitale alla re-intermediazione. Le diete informative dei pubblici italiani durante l'emergenza sanitaria”*, ripercorrendo come lo shock-down della comunicazione in pandemia abbia ritardato i processi di analisi e di consumo mediatico in cui i dispositivi digitali hanno vicariato alla fisicità mancata, generando nuove reti fiduciarie e nuovi modelli relazionali. Non ci siamo sottratte dal sottolineare che l'accelerazione dei processi di innovazione, con particolare riferimento alla comunicazione pubblica della salute, ha rimodellato tempo, spazio e qualità delle relazioni e che il vero interrogativo resta oggi quanto, come comunicatori pubblici, saremo in grado di mantenere vivo quel legame rinsaldato tra cittadini e Pubblica Amministrazione e come sapremo gestire nella continuità i processi di innovazione digitale, trasformazione organizzativa e valorizzazione delle competenze.

Tra le criticità, la rischiosa indeterminatezza dei confini tra comunicazione pubblica e comunicazione politica sottolineata da Marco Centorrino nel suo contributo: *“La condemia. Metafora bellica e comunicazione ipocrita nell'era del Covid, tra Social network e commander in chief”*. Se per un verso, infatti, la comunicazione pubblica è chiamata a rinnovarsi, sulla scorta dell'esperienza vissuta, dall'altra appare necessario un codice etico che rimarchi la distinzione tra

dimensione istituzionale e sfera politica e privata. Un governo della comunicazione che pare quanto mai necessario alla luce della molteplicità delle voci contraddittorie che hanno caratterizzato la comunicazione in pandemia che, è bene precisarlo, non intende essere sintetizzata in un organo di controllo, o in una sterile sequenza di veti. Piuttosto si tratta di favorire un passaggio di consapevolezza culturale in grado di orientare la comunicazione sui valori dell'ente che si è chiamati a rappresentare, nel rispetto dell'esigenza di uniformarsi, ove necessario, a eventuali cabine di regia centrali, indispensabili nel caso della comunicazione di crisi.

Che la pandemia abbia accelerato processi già in essere, è evidente anche nel contributo di Francesco Pira *“Dall'universo al metaverso: nuove tecnologie, nuove opportunità e nuove emergenze educative”* che ci spinge ad osservare le dinamiche familiari ed adolescenziali orientandoci al metaverso e puntando l'attenzione su la “famiglia post famiglia” in cui i membri passano più tempo con la tecnologia che fra loro. Uno spaccato di complessità e contraddizioni delle relazioni social, in cui viene introdotto il tema della solitudine, che attraversa tutte le generazioni, e della costruzione dell'identità che avviene sempre di più attraverso i social con i rischi conseguenziali, raccontati grazie ad alcuni emblematici episodi di cronaca.

Dualismi e contraddizioni che sono anche al centro del capitolo a firma di Maria Triassi e Patrizia Cuccaro: *“Ripresa e resilienza. Dualismi e contraddizioni in sanità pubblica”* che ci accompagnano nell'universo salute con un approccio alla complessità delle dinamiche, giocando su dialettiche caratterizzanti la società contemporanea, e riportando una

serie di dibattiti aperti (o riaperti) dalla pandemia sul ruolo e le funzioni del servizio sanitario. Si ribadisce, infatti, che in una sanità basata sulle scelte non è più possibile inseguire osservazioni parcellari ma è necessario acquisire una visione complessiva che consideri tutti i fattori di gioco (etica, costi, efficacia, umanizzazione, bisogni degli utenti) per favorire un management che, a tutti i livelli, sappia utilizzare le opportunità della ricerca organizzativa ed etica per programmare scelte allocative consapevoli. Le autrici si soffermano anche sui concetti di qualità ed umanizzazione rappresentati con una rinnovata veste che tiene conto di tutte le componenti: necessità di rimodulazione delle strutture e dell'organizzazione; nuove tecnologie; formazione e adeguamento del personale; programmazione e valutazione dell'offerta sanitaria.

È proprio a questa molteplicità di componenti che guarda il progetto raccontato da Ciro Esposito, Assunta Turco, Maria Escolino, Mariapina Cerulo nella testimonianza: *“Innovazioni tecnologiche e riduzione dello stress pre-operatorio nei pazienti pediatrici. l’accelerazione delle new technologies durante la pandemia”*. L’esperienza della chirurgia pediatrica dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli nell’utilizzo di un programma di realtà virtuale nei pazienti pediatrici nella fase pre-operatoria permette di evidenziare quanto nuove tecnologie ed umanizzazione possano costituire un binomio vincente. Numerosi, infatti, sono i vantaggi rilevati: dalla riduzione significativa dello stato d’ansia all’aumento della compliance dei piccoli pazienti.

E nel mondo dei bambini ci porta anche l’esperienza raccontata da Carmela Bravaccio e Maria Pia Riccio con il capitolo: *“Nuove forme di comunicazione in medicina: l’esperienza della Telepsichiatria in età*

evolutiva in corso di pandemia” che descrive punti di forza e debolezza della telepsichiatria sperimentata durante la pandemia. Certamente un “ponte” tra professionisti e pazienti che per essere edificato in maniera stabile e continuativa ha necessità di formazione specifica e richiede estrema attenzione alla modalità di gestione delle visite e la cui adozione va valutata caso per caso, nel contempo un modello che è di estremo interesse per il servizio sanitario con l’obiettivo di snellire tempi e liste di attesa.

Ed eccola ricomposta la straordinaria figura prodotta dal nostro caleidoscopio, è mobile, mutevole, risultato di tutti gli elementi e del loro interagire. Al termine del viaggio (o forse sarebbe meglio dire al suo inizio), conservando la cornice cyber-punk che ci ha introdotto a queste riflessioni, si conferma un’unica certezza che, come diceva con proverbiale enfasi Doc in “Ritorno al futuro Parte II”: *“Dove stiamo andando non c’è bisogno di... strade!”*⁴, ma - aggiungiamo in una dimensione corale- di comunicazione, reti e relazioni.

4 Citazione da “*Ritorno al futuro Parte II*” film del 1989 diretto da Robert Zemeckis, secondo episodio della trilogia omonima.

Dalla disintermediazione digitale alla re-intermediazione.

Le diete informative dei pubblici italiani durante l'emergenza sanitaria⁵

Antonia Cava, Alessandra Dionisio

Introduzione

Riprendendo alcuni lavori che, negli scorsi anni, ci hanno visto responsabili di progetti che avevano come obiettivo indagare le trasformazioni della digitalizzazione sulla comunicazione sanitaria (Cava e Dionisio, 2018; 2017; 2016), in questo contributo ricostruiremo alcune fasi di quel rinnovamento annunciato e, in alcuni casi, realizzato, per poi rimettere in discussione lo scenario comunicativo del sistema sanitario di fronte all'inatteso stravolgimento determinato dalla pandemia.

La prima parte del lavoro sarà dedicata all'analisi di alcune delle caratteristiche della comunicazione sanitaria nel suo iniziale svilupparsi in spazi mediali eterogenei per contenuti e modalità espressive. Rifletteremo, in particolare, sulla riconfigurazione dei racconti sanitari nella cornice del web, analizzando il ruolo dello *storytelling* nello sviluppo dei processi comunicazionali all'interno della dimensione

5 Il lavoro è frutto di una riflessione comune tra le due autrici, tuttavia devono essere attribuiti ad Antonia Cava l'Introduzione ed il paragrafo 2 e ad Alessandra Dionisio il paragrafo 3 e le Conclusioni.

interattiva offerta dalla rete. Se la disintermediazione si affermava come cifra prevalente delle strategie attraverso cui gli utenti entravano in contatto con le notizie attorno al mondo della salute e del benessere, vedremo, nella seconda parte del saggio, come l'emergenza Covid-19, abbia ribaltato completamente la domanda di informazione sanitaria. Muta la relazione di credibilità-fiducia con le istituzioni.

C'era una volta il *digital storytelling* sanitario... e poi lo “*shockdown*” della comunicazione

Le analisi pre-pandemiche ponevano al centro dell'attenzione attori sociali che si servivano sempre di più di piattaforme telematiche e di *provider* che consentissero loro di superare le mediazioni. Si sviluppava un'economia della disintermediazione digitale che spostava la creazione di valore da filiere produttive e occupazionali tradizionali in nuovi ambiti (Censis Febbraio 2020). Cambiavano le strategie del management narrativo; sintetizziamo, qui, alcune delle opportunità che il *web* offriva ai fruitori di informazione sanitaria.

Iniziamo a delineare lo scenario: ogni paziente connesso in rete può attivamente ricercare informazioni sanitarie mirando ad intercettare contenuti autorevoli, personalizzati ed immediatamente utilizzabili; si rapporta, poi, direttamente con le strutture sanitarie e con i professionisti ed infine confronta le proprie esperienze con quelle degli altri.

Se le informazioni veicolate sono corrette conducono ad un *empowerment* della persona, in caso contrario, si generano fenomeni di

falso *empowerment*, definibili come la convinzione ingiustificata di sapere in riferimento alla propria salute.

Dinanzi alla laicizzazione dell'informazione sanitaria – una volta di dominio medico – correlata agli atteggiamenti sempre più proattivi di pazienti e consumatori, l'importanza delle tecnologie digitali come strumento di diffusione d'interventi di comunicazione sanitaria diventa una questione centrale nelle interazioni sanitarie (Kreps e Neuhauser, 2010). L'utente, infatti, è sempre più partecipe alle fasi di diagnosi così come alle strategie terapeutiche.

Internet si è affermato come attore a tutti gli effetti nell'ambito della comunicazione sanitaria, sia per l'amministrazione e la gestione della salute a livello istituzionale che nella relazione tra pazienti, medici e sistema sanitario. Nell' "era biomediativa" (Censis 2015) la condivisione telematica, per esempio, delle biografie personali attraverso i *social network* riguarda sempre più anche i racconti di vita degli utenti del sistema sanitario. La "vetrinizzazione" della propria esperienza da paziente e il desiderio di parlare della propria malattia possono diventare risorsa informativa dal forte impatto emozionale.

Una conoscenza che viene così costruita collaborativamente. Una saggezza collettiva frutto del passaparola irrompe nello scambio di dati rigido e spesso autoreferenziale cui era abituata la comunità scientifica.

La circolazione delle informazioni relative alla salute si trasforma grazie alla rapidità e alla capillarità dello strumento digitale. La rete viene interrogata con un *click* tramite motori di ricerca e forum specializzati. Il problema delle fonti assume, quindi, una dimensione centrale e critica

allo stesso tempo: da una parte, le informazioni sanitarie ufficiali; dall'altra, le informazioni alternative. Pazienti e cittadini si trovano quasi bombardati di contenuti e notizie, tra cui non sempre è facile selezionare informazioni corrette e affidabili (Cava, 2021). Se l'*empowerment* del cittadino beneficia di certo della moltiplicazione di contenuti e di fonti su salute e sanità, il proliferare di informazione non verificata sul web rischia di essere, invece, responsabile della fragilità conoscitiva degli utenti di fronte a flussi informativi incontrollati e non certificati (Mazzoni, 2020). Il crollo della credibilità istituzionale e delle fonti accreditate, l'avanzare degli influencer che hanno la capacità di orientare scelte, senza necessariamente dover dimostrare le competenze in merito ai contenuti veicolati, caratterizzano il panorama comunicativo fin qui descritto. Nello scenario digitale prima della pandemia, si avvertiva prepotente l'importanza di immaginare giusti antidoti ai rischi della diffusione incontrollata di notizie non solo parziali, ma molto spesso errate.

D'improvviso, nel febbraio del 2020, il senso di rischio pervade l'opinione pubblica all'insorgere dell'emergenza sanitaria.

La percezione del rischio, in generale, non è fondata solo su dati di realtà esperienziale, ma è soprattutto filtrata dal contesto socioculturale d'appartenenza, da specifici orizzonti simbolici e da organizzazioni sociali entro cui si muovono e costruiscono le proprie credenze gli attori sociali (Douglas, 1990). Il riconoscimento stesso di certi rischi, il fatto di considerarli problemi sociali, costituisce un complicato processo di elaborazione culturale (Bucchi, 2001).

Morcellini evidenzia come

l'insieme dei modi in cui il rischio viene percepito ed elaborato cognitivamente all'interno delle società contemporanee [...] è il frutto di un processo di costruzione sociale che varia continuamente in base alla forza delle tendenze culturali in atto. Ciò implica un ruolo di particolare rilevanza per il sistema dell'informazione, che contribuisce in modo determinante a selezionare, rappresentare e tematizzare le notizie relative a specifici rischi o potenziali minacce, contribuendo così a determinare la rilevanza ad essi attribuita dall'opinione pubblica (Morcellini 2001:70).

Il rischio (Luhmann, 1991; Giddens, 1990), quindi, non è la conseguenza di un fatto, ma l'interazione comunicativa tra quel fatto, una data struttura sociale e una data cultura. La minaccia sanitaria, allora, è affrontata non solo considerando i pericoli oggettivi per la salute, ma anche in base ad un processo di costruzione sociale che inizia con la messa in scena del rischio (Beck 2008). E proprio i media diventano, in queste "situazioni pericolose", fondamentali agenti di riduzione o amplificazione di quelle dinamiche che interessano il livello ordine/disordine del sistema.

Sempre più complessa è pertanto per i cittadini l'interpretazione dell'informazione sanitaria, un labirinto di certezze e timori che si susseguono in un tam-tam mediatico spesso contraddittorio. Ci si affida al racconto delle emergenze e del rischio filtrato da organizzazioni medialì che delineano l'orizzonte simbolico entro il quale paiono addirittura costrette le stesse istituzioni sanitarie. Ed il sapere sanitario assume così la forma della credenza. Occorre, allora, intervenire nell'interazione comunicativa tra fatti che riguardano la salute, la

struttura sociale entro la quale si svolgono le azioni sanitarie, il *frame* mediale e le comunità di cittadini.

Di fronte ad un'emergenza sanitaria scatta un incontrollato bisogno informativo, si sente forte la necessità di ricreare un orizzonte di senso che compensi lo smarrimento causato dalla crisi. In tali situazioni i media possono scegliere di amplificare o ridurre il disordine che ha invaso il sistema: possono tranquillizzare o allarmare, giustificare o denunciare situazioni potenzialmente rischiose, ricostruendo così l'universo simbolico di riferimento per la valutazione dei rischi.

Proprio puntando sul loro ruolo di *sense-making* di ciò che poi la collettività definisce realtà, bisognerebbe rendere operativa una sinergia tra professionisti delle istituzioni sanitarie, dei media e del sapere per offrire chiavi interpretative che guidino alla conoscenza consapevole. Media e referenti sanitari dovrebbero collaborare alla ricostruzione di un universo simbolico in grado di giustificare o denunciare fatti rischiosi cancellando il disorientamento dei pubblici-cittadini. Il rapporto tra informazione e partecipazione diventa determinante, non si può parlare di partecipazione efficace se non vi è informazione, e non vi è informazione significativa se non è partecipata (Mangone, 2020).

Se consideriamo il tempo pandemico che stiamo vivendo, i dati che illustreremo dimostrano che di fronte alla disintermediazione come risorsa emerge la necessità di re-intermediazione come certezza.

La disintermediazione non vince quando i bisogni individuali e collettivi diventano più esigenti e pressanti (Morcellini, 2020). Le fonti inattendibili potenzierebbero la sensazione di insicurezza; di fronte al

sospetto generalizzato, allora, si ritorna alla rassicurante autorevolezza della mediazione competente. Si ribalta la tendenza a ritenere affidabili le opinioni di quanti vengono percepiti come pari; in una situazione di crisi in cui prevale la diffidenza, appare più razionale ridare fiducia a fonti riconosciute come autorevoli e competenti.

Analisi dei dati

Meravigliano (o forse non dovrebbero) le scelte informative dei giovani durante la pandemia (fonte: VIACOM CBS, 2020) che mostrano un significativo riconoscimento di “affidabilità” a favore delle fonti ufficiali ed istituzionali (87%) con un modesto 18% (che scende al 14% tra i 16 e i 19 anni) di affidabilità riconosciuto ai social (62% di utilizzo). Un ricorso alle fonti ufficiali come punto di riferimento nel momento dell’indecisione e del caos, dell’incertezza degli eventi e dei percorsi.

Dati che si presentano di fatto coerenti con quelli dell’Osservatorio Europeo sulla Sicurezza del Maggio 2021 che toccano il tema della fiducia nei confronti di teorie, scoperte o affermazioni sulla scienza e che mostrano che i cittadini ripongono la proprio fiducia nei medici (79% hanno risposto “*moltissimo e/o molto*” al netto dei non rispondenti); negli scienziati che lavorano presso l’Università o in un centro pubblico (76%); negli scienziati che lavorano in un’Azienda privata (61%).

Una fiducia che si conferma nelle Istituzioni anche nel confronto 2011-2019-2021 dei dati LAPOLIS, DEMOS & PI, 2021 in cui lo Stato cresce di 15 punti percentuali rispetto al 2011, così come la Regione di 12 punti e l’Unione Europea di 10.

Sul tema della fiducia e del rapporto con le istituzioni Lovari e Righetti (2020, p. 169) rilevano che

In un contesto di abbondanza informativa e sovrapposizione tra i diversi livelli dell'informazione, la pagina Facebook del Ministero della Salute ha rappresentato una voce affidabile e credibile che ha attirato un crescente interesse da parte dei cittadini connessi (...).

(...) L'aumento del 714,2% della *fanbase* ministeriale può essere il frutto dell'ibridazione di tre processi: 1) una nuova centralità riconosciuta alla comunicazione pubblica digitale da parte dei cittadini, 2) una maggiore qualità dei flussi istituzionali sui social media in situazioni di emergenza, 3) ma anche un'iniezione di visibilità indotta e forzata dal mutato contesto comunicativo. Queste dinamiche ci devono far riflettere sull'aumento dell'interdipendenza degli attori in gioco nelle contemporanee ecologie comunicative post Covid (Sorrentino e Solito 2020), ma, allo stesso tempo, deve spingere i comunicatori a impegnarsi per mantenere la nuova *fanbase* attiva sulle proprie pagine, anche quando la pandemia sarà terminata, per non disperdere il capitale relazionale e comunicativo veicolato dall'emergenza. Legata a questa dimensione c'è un ulteriore aspetto: la necessità di migliorare la cura della comunicazione pubblica della salute (Lovari, 2018; Vraga, Tully, & Bode, 2020).

Di fatto, il 2020 sarà ricordato come l'anno della pandemia Covid-19, ma anche come quello della prima “infodemia” della storia (l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito così la condizione di “sovrabbondanza di informazioni – alcune accurate e altre no – che rende difficile per le persone trovare fonti e indicazioni affidabili quando ne hanno bisogno).

Lo stato di incertezza determinato dalla comparsa del virus ha generato nei cittadini un forte bisogno di rassicurazione, quindi di conoscenza e di

informazione, un bisogno di fronte al quale è stato progressivo da parte dei cittadini un riavvicinamento alle fonti istituzionali con una conseguente rinnovata attenzione alla comunicazione pubblica che mai come durante questa pandemia ha ribadito la sua rilevanza strategica. Sarà però il tempo ed il ritorno ad una comunicazione meno spostata sugli *asset* emergenziali a rinsaldare la funzione della comunicazione pubblica e la rete di relazioni con il cittadino che oggi è stato riportato al centro della dinamica comunicativa e che ha imparato nuovamente a fidarsi delle istituzioni. La sfida è consolidare e non perdere questo vantaggio relazionale conquistato sul campo.

Anche il Rapporto Censis *I media dopo la pandemia* (2021) rivela che la maggioranza degli italiani ha privilegiato l'informazione istituzionale dei telegiornali, utilizzati dal 60,1% della popolazione. I telegiornali si confermano una fonte privilegiata in particolare per i 65-80enni, con il 73,2% di utilizzatori per informarsi, per poi diminuire al ridursi dell'età: il 67,7% tra i 45-64enni, il 50,8% tra i 30-44enni, il 42,3% tra i più giovani (registrando comunque un incremento dell'1,9% rispetto al 2019). Il crescente interesse per le notizie di tipo scientifico e medico, ricollegabile alle dinamiche emozionali prima illustrate, genera due schieramenti tra i pubblici rispetto al giudizio sulla presenza sulla scena mediatica degli esperti nei vari campi della medicina: è positivo per oltre la metà degli italiani (54,2%), perché sono stati indispensabili per avere indicazioni sui comportamenti corretti da adottare (15,5%) o perché sono stati utili per comprendere quello che accadeva (38,7%). I giudizi sono negativi invece per il 45,8%, in quanto sono stati inutili e hanno creato

confusione e disorientamento (34,4%) o sono stati addirittura dannosi, in quanto hanno provocato allarme (11,4%).

Questo ricorso ai saperi esperti presenta una singolare ambivalenza. Da un lato infatti vi è l'idea implicita che affidarsi ai detentori di un sapere scientifico e tecnico "oggettivo" ci consenta di liberarci dal rischio del fidarsi poiché essi sono ritenuti intrinsecamente degni di fiducia. Dall'altro lato la fiducia nei sistemi esperti è accompagnata da una profonda incertezza che deriva dal fatto che questi saperi si collocano comunque al di là della capacità di comprensione e controllo dei "profani" e quindi ad essi si chiede costantemente di "dimostrare" la credibilità che essi pretendono di avere (Belardinelli e Gili 2020: 89-90).

Considerando, poi, la riconquista dell'attenzione dei pubblici ad opera delle fonti autorevoli ed istituzionali, è importante segnalare che la ricerca di informazioni affidabili sulla crisi sanitaria mondiale ha collocato il sito del Ministero della Salute al centro dell'ecosistema informativo. La traiettoria di crescita delle visite, tra dicembre 2019 e marzo 2020, è stata particolarmente rilevante: se nel mese di dicembre 2019 gli accessi erano stati quasi un milione, nel periodo tra il 28 febbraio ed il 26 marzo 2020 gli accessi sono stati oltre 28 milioni. Considerando più dettagliatamente le fonti di traffico, i canali *social*, nello stesso periodo di rilevazione, passano dall'1% al 22% (SimilarWeb 2020). I cittadini sembrano ricominciare a dare fiducia a istituzioni pubbliche viste e vissute per molto tempo come burocrazie lontane. In tempi critici e complessi, si sceglie di affidarsi a saperi esperti.

Dai dati fin qui analizzati emerge un aspetto assai interessante: nell'ultimo anno, in particolare, pare che le insidie dell'*overload* informativo, avvertite dai pubblici, li abbiano spontaneamente orientati

ad un ricentraggio su palinsesti informativi autorevoli. Questo vale tanto per gli spazi del *web* in cui intercettare le conoscenze sulla salute, di cui si ha bisogno, ma riguarda genericamente le fonti d'informazione preferite. Questa rinnovata domanda di gerarchizzazione delle fonti rivela una nuova economia dell'attenzione dei pubblici (Morcellini, 2018).

Conclusioni

Nell'ultimo decennio, la grande trasformazione mediatica ha posto l'utente al centro del sistema, e progressivamente la sua centralità ha scardinato tutti i principi di consumo dei contenuti informativi e di intrattenimento, ed internet si è configurata come la dirompente causa ed il motore di accelerazione del processo stesso.

La moltiplicazione dei mezzi e la personalizzazione dell'impiego dei media ha favorito una sempre più spinta personalizzazione delle modalità di fruizione dei contenuti sino all'ingresso nella cosiddetta era biomediatca, caratterizzata dalla condivisione telematica in tempo reale delle biografie personali attraverso le piattaforme social, in cui la volontà e il desiderio di condividere hanno avuto la meglio sul diritto alla privacy. L'individuo è diventato così produttore di contenuti, gestore di pubblici, e grazie alle esponenziali soluzioni del web ha praticato una forma di disintermediazione digitale che nel tempo ha consentito ai cittadini di moltiplicare il tempo e lo spazio, con la creazione di nuovi ambiti produttivi che hanno preso il posto di altre realtà occupazionali.

Una realtà che si è andata connotando da un nuovo immaginario collettivo non più segnato da grandi idoli e poche fonti ma da una molteplicità di dispositivi digitali personali, piattaforme ed influencer. Da qui anche la nascita di comunità online che, ben prima della pandemia, hanno segnato il dibattito pubblico fissando uno spostamento continuo tra luoghi virtuali e reali, tra social e tv. Basti pensare al tema dei vaccini e alla teoria degli *echo chamber*, in cui grazie alla circolazione di notizie di natura confermativa su posizioni politiche, religiose, di gestione della propria salute, gli individui si ritroverebbero in uno stato di sostanziale isolamento ideologico.

Ed è in questo contesto che si è inserito il destrutturante evento emergenziale. La pandemia ha accelerato processi già in essere, esasperato contraddizioni già presenti, acceso dibattiti già avviati, gettando nella transizione digitale anche coloro che erano rimasti ai margini. Ed ecco che i dispositivi digitali hanno alimentato una nuova rete di relazioni vicariando quella fisicità mancata, nei rapporti, nel lavoro, nell'istruzione, nelle attività commerciali, alimentando nuove reti fiduciarie, nuovi modelli relazionali.

Qual è oggi quindi il ruolo della comunicazione pubblica? È il tempo, lo spazio e la qualità delle relazioni che sarà in grado di costruire con i cittadini che hanno sentito il bisogno di un forte riavvicinamento alla PA, che hanno manifestato un nuovo processo di fidelizzazione, e ai quali andrà garantita una continuità di trasparenza e di qualità dei servizi, che potrà avvenire solo se si procederà ad un percorso costante di innovazione digitale, di trasformazione organizzativa, di valorizzazione delle competenze e di aggiornamento della produzione di nuove linee

normative. La posta in gioco è alta, il rischio è di perdere il vantaggio acquisito ed arretrare su dinamiche che hanno avuto un'accelerazione senza precedenti.

Ed è proprio in tal senso che si colloca anche il nuovo CCNL del Comparto Sanità, come sottolineano Tiziana Frittelli e Marzia Sandroni nell'articolo del 27 giugno pubblicato su Quotidiano Sanità.

(...) un Contratto che non solo conferma, nel ruolo professionale, i due profili creati nel 2018 quali lo Specialista della comunicazione istituzionale e lo Specialista nei rapporti con i media, ma istituisce anche un terzo profilo, quello di Assistente dell'informazione nel ruolo professionale, per allineare anche i profili del CCNL del comparto Sanità con quelli dei giornalisti così come previsto nell'“Accordo tra l'Aran, Confederazioni sindacali e FNSI” (12.4.2022).

(...) Sta adesso alle Aziende sanitarie, nell'ambito della loro autonomia organizzativa, prevedere la migliore collocazione per la realizzazione di un'area unica dedicata alla comunicazione, all'informazione e ai servizi alla cittadinanza, in cui operano congiuntamente, giornalisti e comunicatori come previsto dalla proposta di legge di riforma della 150/2000 promossa dall'Associazione PA Social insieme a numerose altre associazioni e organizzazioni della comunicazione (cd. L. 151).

Una struttura che integri le professionalità, i canali, i linguaggi e che sia coinvolta a pieno titolo, nella programmazione aziendale per rifocalizzare continuamente l'Amministrazione sul punto di vista del cittadino e per migliorare, attraverso l'ascolto della Comunità la propria organizzazione ed i propri servizi.

Riferimenti bibliografici

- BECK U., *Conditio humana. Il rischio nell'età globale*, Bari, Laterza, 2008.
- BELARDINELLI S., GILI G., *Fidarsi. Cinque forme di fiducia alla prova del Covid-19*, in «Mediascapes Journal», 15/2020, pp. 80-98.
- BUCCI M., «La salute e il rischio», in Bucci M. e Neresini F. (a cura di), *Sociologia della salute*, Roma, Carocci, 2001.
- CAVA A., «Istituzioni sanitarie vs Dr. Web: cittadini tra empowerment e disorientamento», in Cammarota A., Raffa V., *Democrazia, disuguaglianza e salute globale*, Milano, FrancoAngeli, 2021, pp. 35-47.
- CAVA A., DIONISIO A., «Medicin@ reticolare. La comunicazione in Sanità tra dinamiche relazionali e gestione dei processi organizzativi», in Triassi M., Cuccaro P., Dionisio A. (a cura di), *Il Management in Sanità. Manuale operativo di Management Sanitario: esperienze, percorsi e progettualità*, Napoli, Ateneapoli, 2018, pp. 274-294.
- CAVA A., DIONISIO A., P. CUCCARO, «Progettare la formazione: il patrimonio dell'esperienza, il valore delle narrazioni» in Triassi M., Cuccaro P. e Dionisio A. (a cura di), *La koinè della medicina. Punti di vista a confronto per progettare la formazione manageriale in sanità*, Napoli, Ateneapoli Editore, 2017, pp. 67-102.
- CAVA A., DIONISIO A., «Non cercarlo su Google. La salute on-line e off-line: narrazioni, connessioni, disintermediazioni e contraddizioni digitali» Triassi M., Cuccaro P. e Dionisio A. (a cura di), *L'agorà della medicina. Un percorso di ricomposizione del pianeta salute attraverso l'analisi della contemporaneità*, Napoli, Ateneapoli Editore, 2016, pp. 207-220.
- CENSIS, *17° Rapporto sulla comunicazione. I media dopo la pandemia*, Roma, 2021.
- CENSIS, *16° Rapporto sulla comunicazione. I media e la costruzione dell'identità*, Roma, 2020.
- CENSIS-UCSI, *L'economia della disintermediazione digitale*, Roma, 2015.
- DIONISIO A., *Quando la medicina si fa in TV. Benessere, salute e professione sanitaria rappresentate nel piccolo schermo*, Napoli, Guida, 2009.
- DOUGLAS M., *Risk as a Forensic Resource*, in «Daedalus, Special Issue on Risk», 119, 4, 1990, pp.1-16.
- GIDDENS A., *The Consequences of Modernity*, Stanford, Stanford University Press, 1990.
- KREPS G.L., NEUHAUSER L., *New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges*, in «Patient Education and Counseling», 78, 2010, pp. 329-336.
- LOVARI A., *La cura dei social media per la comunicazione pubblica della salute. Esplorando pratiche, resistenze burocratiche e profili professionali*, in «Problemi dell'Informazione», 2, 2018, pp. 239-264.

LOVARI A., RIGHETTI N., *La comunicazione pubblica della salute tra infodemia e fake news: il ruolo della pagina Facebook del Ministero della Salute nella sfida social al Covid-19*, in «Mediascapes Journal», 15, 2020, pp. 156-173.

LUHMANN N., *Soziologie des Risikos*, Berlin-New York, de Gruyter, 1991.

MANGONE E., *La comunicazione del rischio. La pandemia da Covid-19*, in «Mediascapes Journal», 15, 2020, pp. 132-142.

MAZZONI E., *Il ruolo dei farmaci di automedicazione nella riqualificazione del Servizio sanitaria nazionale*, in «Icom», Novembre: 1-10, 2020.

MORCELLINI M., *Antivirus. Una società senza sistemi immunitari alla sfida del Covid-19*, Roma, Castelvecchi, 2020.

MORCELLINI M., *L'essenziale è visibile agli occhi. Una riflessione radicale sulla comunicazione*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2018.

MORCELLINI M., *L'informazione e la percezione della sicurezza*, in «Comunicazione pubblica», 10, 2001.

SOLITO L., SORRENTINO C., *Dalla distanza sociale alle relazioni orizzontali. Appunti per un domani ormai alle porte*, in «Mediascapes journal» (15), 2020, pp. 59-68.

VRAGA E. K., TULLY M., BODE L., *Empowering users to respond to misinformation about Covid-19*, in «Media and Communication», 8(2), 2020, pp. 475-479.

La *comdemia*. Metafora bellica e comunicazione ipocrita nell'era del Covid, tra Social network e *commander in chief*

Marco Centorrino

La gestione della pandemia in Italia, negli ultimi mesi, almeno sotto il profilo comunicativo sembra essersi incanalata sui binari della normalizzazione. Il tema, tra l'altro, ha perso centralità nel dibattito politico, sostituito da nuove emergenze come quella legata al conflitto in Ucraina e anche questo ha contribuito al riaffermarsi di una comunicazione istituzionale che, invece, in periodi precedenti – proveremo a mettere in evidenza – è apparsa in sofferenza.

Il nostro contributo, in particolare, è focalizzato sul periodo febbraio 2020/giugno 2021 e prende le mosse da una premessa. Fin dall'inizio della crisi sanitaria è stato trattato come fattore di rischio il fenomeno dell'*infodemia*, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità già a febbraio 2020 una «sovrabbondanza di informazioni – alcune accurate e altre no – che rende difficile per le persone trovare fonti e indicazioni affidabili quando ne hanno bisogno». Un tema che ha immediatamente varcato i confini dell'analisi accademica, divenendo parte integrante dell'emergenza stessa e trovando spazio nel dibattito pubblico e politico. Tanto che si è registrata una mobilitazione sia nel mondo delle imprese –

in particolare, dei gestori di social network – sia in campo istituzionale, con interventi dei principali capi di Stato mondiali.

Nell’interpretazione collettiva, al pari di ciò che si evince dalla stessa classificazione operata dall’OMS, questo tipo di minaccia è principalmente connessa alla circolazione di *fake news* e dei conseguenti effetti (*disinformation e misinformation*).

Riprendendo quanto argomentato in precedenti analisi (Centorrino, 2020), tuttavia, va aggiunto che assai meno rilevanza ha avuto un’ulteriore problematica, da noi definita *comdemia*, legata alle difficoltà non solo nella gestione della comunicazione (da parte degli enti e degli organismi pubblici), ma pure nella veicolazione di tutte quelle misure di contenimento e delle raccomandazioni verso la cittadinanza succedutesi a partire dall’avvento dell’emergenza sanitaria.

Nonostante, al termine della prima ondata, nel contesto italiano fosse apparso palese il limite – e il pericolo – rappresentato dal fallimento del tentativo di centralizzare una comunicazione di crisi e fossero chiare le disfunzioni generate da un’annosa e irrisolta questione qual è la sovrapposizione tra comunicazione pubblica e comunicazione politica, non si è riusciti a porre in tempi brevi un argine al fenomeno. Anzi, in questa prospettiva il quadro – cercheremo di dimostrare – è peggiorato, anche perché la metafora bellica, che ha connotato il *frame* comunicativo introdotto a livello istituzionale in quello che appariva il momento di massima difficoltà (coincidente con il primo *lockdown*), è stata adottata e spesso maldestramente replicata da attori politici ai più svariati livelli. Parallelamente, con l’arrivo della seconda ondata nell’autunno 2020,

sono cresciuti in modo esponenziale contagi e decessi. Sullo sfondo, un'opinione pubblica suddivisa tra paura e coesione, tra fiducia e protesta.

Due eventi, nei primi mesi del nuovo anno, sembravano potere “rimescolare le carte”: l'avvio della campagna vaccinale e la crisi di Governo che ha portato alla formazione di un nuovo Esecutivo. Un cambiamento – a nostro avviso – si è registrato, ma piuttosto che il superamento della *comdemia* ne ha prodotto, seguendo paradossalmente la parabola del virus, una “variante”: la *comunicazione ipocrita*. Anch'essa più contagiosa e non necessariamente sostitutiva, bensì aggiuntiva, rispetto al precedente scenario.

Le alterne vicende della comunicazione pubblica durante la pandemia

La pandemia nel nostro Paese, così come in tutto il mondo, si è sviluppata sotto forma di ondate. Abbiamo familiarizzato con le curve dei contagi, con i picchi, con alti e bassi da cui dipendevano tra l'altro i nostri spazi di movimento.

Nel periodo preso in esame all'interno del presente contributo, anche la comunicazione pubblica italiana – da intendersi in chiave di *comunicazione dell'istituzione pubblica* (Mancini, 1996) – ha seguito questo andamento “sinusoidale”. Per certi versi, la sfida rappresentata dal Covid-19 è stata – come sostengono Faccioli *et al.* (2020, p. 65) – «un'occasione di rilancio e ridefinizione della comunicazione pubblica come comunicazione di servizio». Al contempo, però, l'emergenza sanitaria ha scontato precedenti elementi di debolezza, primo tra tutti la

difficoltà di tracciare dei confini netti con la comunicazione politica, tra l'altro accentuatasi in seguito all'avvento dei social media (Mazzoleni, 1996; Sorice, 2014).

Questi due aspetti si manifestano – nella nostra lettura – attraverso tre momenti che precedono una quarta fase: la comunicazione ipocrita, in cui risulteranno ancora più evidenti, seppur in forma mutata (al pari della variante del virus), quegli elementi da cui erano state caratterizzate le fasi precedenti.

Dall'analisi cronologica del panorama italiano emerge, innanzitutto, **1) un'ondata infodemica**, in cui – nelle ultime settimane di febbraio 2020 – era centrale soprattutto la circolazione di notizie false⁶, che hanno trovato terreno particolarmente fertile negli spazi della rete. Tra l'altro, in occasione della pandemia, si è assistito a un ampliamento della platea social, con allargamento a utenti inesperti, divenuti facile bersaglio.

Un tema su cui appaiono utili una serie di riflessioni per meglio definire lo scenario comunicativo social in cui si è innestata la crisi sanitaria. Le dinamiche di formazione dell'opinione pubblica connotate da bolle, camere dell'eco, *cybercascades* (Sunstein, 2017), specialmente di fronte a uno scenario incerto qual era quello dei primi due mesi dell'anno, si sono sovrapposte a una crescente diffusione del panico. Con maggiore facilità, quindi, le convinzioni individuali si sono trasformate in verità assolute, a fronte di un quadro istituzionale in forte difficoltà nel proporre verità alternative da affermare con pari convinzione. Un

6 Le *fake* riguardavano, principalmente, presunti provvedimenti di chiusura (di scuole e territori), rimedi miracolosi utili per contrastare l'infezione, ma anche una dimensione politica: la possibile minaccia rappresentata dagli sbarchi di migranti infetti, ad esempio, è stata ripresa e strumentalizzata da diversi partiti e movimenti.

esempio è costituito dalla valutazione sull'uso delle mascherine, addirittura sconsigliato in quelle settimane dalle autorità sanitarie, perché ritenuto rischioso.

Al di là di queste leve che possiamo definire di tipo “tecno-sociale”, per comprendere meglio l'ondata *infodemica* va considerato – secondo noi – anche un altro fattore: la paura, da intendersi in chiave di azione sociale, di fronte a una situazione sostanzialmente inedita e inattesa. Si tratta di un tema che la sociologia ha tenuto in considerazione già a partire dagli Anni '80⁷. Nei meccanismi che sottendono la “cultura della paura”⁸, un fattore centrale è rappresentato dai media – tanto nella loro forma tradizionale, quanto nelle declinazioni digitali (comprese quelle social) – e dal loro ruolo nei processi di costruzione sociale della realtà. L'esigenza di informazione, di fronte a un pericolo ignoto che in quei giorni si stava sempre più avvicinando al nostro Paese, da un lato ha reso compulsiva la ricerca di notizie, dall'altro in uno scenario di panico crescente ha azzerato anche i più elementari meccanismi di verifica delle fonti da parte del pubblico.

Il 9 marzo 2020 anche per la comunicazione si è aperto un nuovo capitolo, quello del **2) lockdown**. Proprio nel momento di maggiore difficoltà il Paese ha trovato un'unità d'intenti. Non a caso, le rilevazioni dell'Osservatorio Hyperion hanno messo in luce, ad esempio, come in Veneto, nel corso del 2020, il più alto tasso di coesione sociale si sia registrato tra il 13 e il 19 aprile (in pieno *lockdown*, appunto). Per

7 In tal senso, vanno sicuramente ricordate, tra le altre, le opere di Beck (1986), Giddens (1990), Luhmann (1991) e Bauman (2006).

8 Ovvero una cultura che riconosce sistematicamente i fenomeni come problemi, producendo una risposta distorta e sproporzionata.

Morcellini (2020) l'impatto del contagio ha messo in crisi isterie collettive (dall'odio verso i migranti, alla campagna contro la politica e le istituzioni, alla bolla comunicativa contro scienziati ed esperti) che rappresentavano, fino a quel momento, l'unica possibile opzione di coesione nazional-popolare nel nostro Paese. Al contempo – aggiungiamo – la forza emozionale di tali isterie si è convogliata verso un più ampio sentimento di unità. Ci sono immagini – si pensi all'infermiera esausta, addormentata sul suo pc; alla fila dei carri militari che trasportavano i cadaveri a Bergamo; ai malati del Nord trasportati negli ospedali del Sud – le quali hanno alimentato tale sentimento (De Luca, 2020).

Ciò che, però, va maggiormente evidenziato rispetto alla nostra analisi è come in questa fase la comunicazione pubblica si affermi, anche in riferimento ad alcune aree specifiche quali ad esempio la *health communication* (Thompson, Parrot e Nussbaum, 2011) e la comunicazione di crisi e di emergenza relativa a temi di salute e incentrata sul concetto di rischio (Guidry *et al.*, 2020). Le campagne promosse soprattutto dal Ministero della Salute sono apparse efficaci, come mettono in risalto diverse analisi (tra gli altri, si vedano Faccioli *et al.*, 2020; Lovari e Righetti, 2020). Le azioni di *debunking* per limitare la circolazione di *fake news* sono state sviluppate in accordo tra istituzioni e gestori dei servizi. Le prassi quotidiane, tra cui il bollettino pomeridiano diffuso dal Capo della Protezione Civile, hanno consolidato la centralità e la credibilità delle emittenti istituzionali, permettendo di fornire un quadro della situazione quanto più possibile univoco. Sulla scena pubblica sono così divenute preminenti – testimoniano i sondaggi di quel

periodo – le figure delle più alte cariche istituzionali: il Presidente del Consiglio e il Presidente della Repubblica.

Ad agevolare questa affermazione della comunicazione pubblica ha contribuito una ritrovata autorevolezza dei media tradizionali, che proprio durante il *lockdown* hanno recuperato segmenti di pubblico precedentemente “smarriti”, alla ricerca di un’informazione certa e certificata.

Inoltre, è evidente che in quei giorni il tempo trascorso online sia aumentato⁹. Proprio la narrazione social della quarantena ha esaltato il frame domestico quale luogo sicuro (anche al di là delle differenze di status), in contrapposizione all’esterno (luogo di pericolo). Una vera e propria romanticizzazione del *lockdown*. L’autoreclusione casalinga come occasione per la riscoperta di ritmi di vita lenti, raccontata con foto di dolci appena sfornati e manicaretti postati su Instagram.

Le pratiche social, poi, hanno limitato l’isolamento degli anziani e delle categorie più fragili.

In sostanza, in questa fase i Social hanno manifestato tutta la propria duplice natura opportunità/minaccia. Se da un lato, infatti, sono stati potenziale veicolo di *fake news*, dall’altro hanno diffuso campagne di comunicazione istituzionale e hanno limitato fortemente l’isolamento, anche delle persone più fragili.

9 Ad esempio, il tempo speso dagli italiani sulle app dell’ecosistema Twitter è aumentato del 70%.

Nel nostro Paese, a gennaio 2020, erano stati censiti quasi 50 milioni di utenti internet e 35 milioni di utilizzatori dei social network. Secondo gli ultimi dati, in Italia, si è incrementato del mille per cento l’uso di Messenger per videochiamate multiple ed è cresciuto vertiginosamente anche l’utilizzo di Facebook, con un più 70%.

Uso e abuso della metafora bellica

Già dalla fine di febbraio 2020, i resoconti giornalistici avevano scelto un linguaggio e un'iconografia militare per raccontare la risposta all'emergenza. Si era così iniziata ad affermare quella che, in poche settimane, ripresa dalla comunicazione pubblica, sarebbe divenuta una vera e propria strategia: l'uso della metafora bellica. Si tratta di un espediente consolidato, tanto che viene utilizzato da parecchi decenni, ad esempio, nel campo della comunicazione politica (dove fu introdotta nel panorama statunitense). Sul versante medico, era stata sfruttata nelle campagne per combattere la diffusione dell'Aids (Fuks, 2020), seppur sollevando critiche e dubbi (Sontag, 1989).

Adottata nella narrazione epidemiologica da parte della comunicazione pubblica, ha permesso di validare ulteriormente la centralità delle figure istituzionali (Centorrino, 2020), le quali hanno assunto il ruolo di *commander in chief*. Descrivere quanto stava avvenendo al pari di un conflitto, in cui l'isolamento era la vera arma a disposizione (secondo le parole del Presidente Mattarella) nella «nostra ora più buia»¹⁰, ha senz'altro creato ulteriore coesione e facilitato l'accettazione sociale delle misure di contenimento. D'altronde – spiegava l'allora Commissario per l'emergenza Arcuri – «tutti i conflitti si vincono in due modi: con i propri eserciti e i propri alleati». Si può ovviamente discutere sui «costi» derivanti da tale scelta comunicativa, soprattutto in termini di pericoli per il dibattito democratico e di derive autoritarie (Pedroni, 2020). Occorre riflettere, però, sull'impatto sociale delle misure di contenimento in quelle drammatiche settimane. La prevenzione – lo

10 Ricorso da parte dell'allora Presidente del Consiglio Conte alla citazione di Churchill.

abbiamo sperimentato giorno dopo giorno – è passata dall’annullamento dei contatti, dal mettere distanza tra noi e altri individui e, soprattutto, nelle fasi in cui è stato ed è necessario alzare al massimo il livello di attenzione, dall’annullamento delle occasioni di incontro collettivo: una di quelle forze che garantiscono equilibrio sociale. Insomma, proprio quando sarebbe stato più utile l’adunata, il raggrupparsi, siamo stati costretti ad isolarci.

A questo si aggiunga un’ulteriore considerazione. In quel momento storico, nel mondo, il principale (e sostanzialmente unico) riferimento in termini di prevenzione era costituito dal cosiddetto “modello Wuhan”. Uno schema in cui erano previste misure fortemente coercitive e repressive, fino addirittura alla pena di morte, per coloro i quali violavano i divieti. Un modello che, ovviamente, andava però adattato a un contesto democratico qual è quello italiano, in cui, ad esempio, un primo tentativo di fermare gran parte del sistema produttivo aveva richiesto tempi rivelatisi poi determinanti¹¹. Troppo spesso gli interessi economici delle varie categorie, in quella fase, hanno fatto temporeggiare coloro i quali dovevano prendere provvedimenti. Andava risolto un conflitto tra la possibilità di una *moral suasion* (nei confronti della cittadinanza affinché non uscisse da casa) e atteggiamenti istituzionali di controllo sempre più severi e coercitivi (compreso, appunto, l’impiego dell’esercito nelle strade).

11 Si consideri quanto accaduto tra l’1 e l’8 marzo 2020, quando sostanzialmente l’epidemia aveva ampiamente varcato i confini di Veneto e Lombardia ed era evidente la rapidità con cui si stava diffondendo in tutto il paese. Eppure, gli impianti sciistici – sfruttando anche le prime chiusure delle scuole e degli uffici – avevano continuato a funzionare, il traffico aereo non era stato limitato, i locali pubblici lavoravano a pieno regime.

Il linguaggio bellico ci ha fatto sentire legati a un unico destino e percepire la reale straordinarietà dell'emergenza. Vedovelli, tra gli altri, mette in luce che «le indicazioni che vanno a toccare l'organizzazione della vita individuale e sociale richiedono una forza cogente che spinga ad attuarle»¹². Di fronte all'imprevisto – riprendendo una delle più note tesi di Freud – avevamo bisogno dello “spirito gregario”.

Va inoltre tenuto presente che questa strategia comunicativa, pur avendo avuto – lo ribadiamo – un peso rilevante, non sembra comunque avere plasmato le coscienze, né attivato meccanismi di stimolo-risposta, come ad esempio mette in mostra lo studio di Panzeri, Di Paola e Domaneschi (2021).

Il punto chiave del ragionamento, tuttavia, è che la metafora bellica doveva rimanere, per il tempo strettamente necessario, prerogativa delle più alte cariche istituzionali: i vertici dello Stato rappresentano – per definizione – essi stessi garanzia di democrazia e in un primo, limitato momento era indispensabile che assumessero in fretta determinate decisioni.

Tra aprile e inizio maggio 2020, però, a livello nazionale e locale numerosi politici hanno visto nella figura del *commander in chief* uno strumento per conquistare consenso, generando così una **3) *comdemia***. Dal tricolore esposto sui balconi, richiamato con orgoglio in foto e immagini all'inizio del *lockdown*, si è passati ai... campanili. La distorsione della metafora bellica è coincisa con la moltiplicazione dei nemici: non più e non soltanto il virus, ma soprattutto le controparti

12 Intervista rilasciata a S. Milesi («La viralità del linguaggio bellico», in Vita.it, 28/03/2020).

politiche, accusate di essere inadeguate o di assumere misure penalizzanti solo per determinati territori. Il “destino comune” a cui legare la cittadinanza si è spostato dalla dimensione della tutela della salute pubblica alla diatriba politica, con ampie derive populiste.

Il quadro si è fatto frammentato, con provvedimenti legislativi diversi non solo da regione a regione, ma addirittura da città a città. Tutto legato non a una differente situazione di contagi, bensì ad iniziative di carattere prettamente politico.

Quanto fatto dal governatore della Campania De Luca o dal suo omonimo sindaco di Messina sono emblematiche, ma non isolate: toni urlati, misure di controllo utilizzate come prova di forza, minacce per gli eventuali trasgressori. E, soprattutto, il ruolo istituzionale e la figura politica che si intersecano, si sovrappongono, si confondono: «inopportuni personalismi, alcuni anche al limite del ridicolo», che hanno introdotto «elementi emotivi e di politica in ciò che dovrebbe essere solo tecnico e pragmatico»¹³.

Anche il controllo del dato numerico, centrale nella narrazione epidemiologica durante il *lockdown* (Pedroni, 2020), è stato piegato alle logiche della ricerca del consenso. Le dirette social si sono moltiplicate, a volte addirittura in concorrenza con la conferenza stampa del Capo della Protezione Civile. L'uso rappresentativo del web, in cui si accentua la possibilità per gli emittenti di fornire informazioni utili soprattutto a legittimare la propria azione politica (Sorice, 2014), in questa fase è

13 P. Sommo, “Covid19: Natale annientato anche da una comunicazione carente”: <http://www.viavaiblog.it/covid19-natale-annientato-anche-da-una-comunicazione-carente/>

risultato dominante. Un utilizzo a cui non sono certo sfuggiti, nelle diverse Regioni, pure i vertici politici della sanità, i quali hanno adottato vere e proprie azioni di marketing per ribattere alle critiche, promuovendo casi (approvvigionamenti di materiale sanitario, guarigioni negli ospedali, campagne per l'effettuazione di tamponi, ecc.) che contribuivano a dimostrare il buon funzionamento del sistema, pur se nulla aggiungevano sul fronte della prevenzione e dei consigli utili alla cittadinanza.

«Una balcanizzazione di ruoli e una pluralizzazione di funzioni» (Lovari, 2016, p. 68) che naturalmente ha finito con il mettere in crisi la comunicazione pubblica, facendo perdere quei confini con la comunicazione politica sanciti dalla Legge 150/2000 (Solito, 2018).

La pluralità di voci, la maggior parte delle quali di matrice istituzionale (e tutte pronte, in teoria, a “difendere gli interessi e la salute dei cittadini”), ha reso difficile la riconoscibilità dell'emittente e ha eroso quel capitale di coerenza e fiducia costruito fino a quel momento. Ha complicato il già difficile rapporto tra comunicazione istituzionale e comunicazione politica, cioè tra “comunicazione di servizio” rivolta al cittadino e “game” tra posizioni contrapposte rivolte all'elettore.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (2022), nell'esprimere un parere sulla comunicazione delle istituzioni durante la pandemia, ha rilevato:

Un problema che si è generato è quello della diversità delle voci che a vari livelli hanno portato avanti la comunicazione istituzionale. Le istituzioni avrebbero dovuto meglio coordinare la propria comunicazione, motivando, là dove si rendevano necessarie, misure differenti secondo i contesti locali, in modo da

evitare un eccesso di discordanza, cosa che ha prodotto confusione e disorientamento.

Tra *shots* e *ipocrisie*

La campagna vaccinale iniziata con l'arrivo del 2021 ha mutato solo parzialmente un quadro in cui la metafora bellica è rimasta dominante, tanto a livello istituzionale quanto nell'ambito del discorso politico: *shots* (per indicare il numero di iniezioni), *target* da "colpire", installazioni del Ministero della Difesa in cui stoccare il siero, oltre a un termine quale *coprifuoco* (se ne è fatto uso per descrivere misure di contenimento) sono stati ampiamente utilizzati.

La nomina del generale Figliuolo a Commissario straordinario per l'emergenza, voluta dal nuovo Governo, ha ulteriormente consolidato questo frame comunicativo. Indicativi, ad esempio, i termini che lo stesso generale ha utilizzato nel libro – *Un italiano*¹⁴ – in cui racconta la sua esperienza. Accanto a citazioni come *si vis pacem, para bellum*, si trovano riferimenti al *battesimo del fuoco* (la presa dell'incarico), alla moglie descritta con la parola *generaleessa*, all'*esperienza di un comandante militare* risultata utile nel dialogo con altre istituzioni.

In questo caso, a nostro avviso, erano possibili delle alternative. L'adozione di una metafora della cura¹⁵, ad esempio, sarebbe risultata

14 Scritto a quattro mani con Beppe Severgnini, pubblicato da Rizzoli nel marzo 2022.

15 Si veda, su questo tema, C. Gatteschi, F. Ierardi, «Le metafore della pandemia come veicolo di comunicazione: rischi e potenzialità sulle aspettative e sul comportamento individuale e collettivo», 11/05/2020, <https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4328-metafore-fasi-pandemia-coronavirus-comunicazione-rischi-potenzialit%C3%A0-comportamento-individuale-collettivo.html>

utile per tornare a una valorizzazione della persona, dopo mesi in cui malati e vittime erano stati rappresentati quasi esclusivamente in termini numerici.

Pur se l'avvento di Draghi alla Presidenza del Consiglio è comunque coinciso perlomeno con il tentativo di fare prevalere l'idea della squadra (quella formata da tecnici ed esperti) sul *commander in chief*, la polarizzazione prodotta dalla *condemia* si è tutt'altro che attenuata.

La platea degli scienziati si è allargata a dismisura, debordando dal palcoscenico mediatico tradizionale a quello *social* e trascinando in una sorta di dibattito calcistico (Pfizer contro AstraZeneca, richiamo a 21 o a 42 giorni, indice Rt contro tasso dei ricoveri, ecc.) anche le figure più autorevoli.

Le proteste di piazza sulle riaperture hanno, poi, ulteriormente accentuato la contrapposizione tra le forze politiche, pronte a intestarsi le ragioni di singole categorie e non a sposare una linea comune.

Non è stata recuperata la distinzione tra *governo*, da intendere come tutte quelle istituzioni che avevano dato vita a campagne di comunicazione pubblica spesso virtuose, e *governanti*: categoria da individuare nell'insieme di tutti coloro i quali, ricoprendo a vario titolo una carica politica, si erano proposti sulla scena pubblica, nella maggior parte dei casi "cavalcando l'onda" della metafora bellica.

La "variante" ha preso così forma nelle vesti di *comunicazione ipocrita*, orientata sul volere e non sull'interesse dei cittadini (che in molti casi non coincidevano). Ciò ha prodotto contenuti incerti e soluzioni di

comodo. Si pensi ai provvedimenti non prescrittivi: primo tra tutti, il “suggerimento” sull’uso dei vaccini, divenuto obbligo solo un anno dopo. Emblematico anche quanto avvenuto in occasione dei Campionati Europei di calcio, quando da un lato si è chiesto di rispettare le misure di sicurezza e, dall’altro, si è dato il via libera a maxi-schermi o cortei celebrativi, senza particolari azioni di controllo¹⁶. E, ancora, pur andando oltre il periodo preso in considerazione dalla nostra analisi, un’ulteriore esemplificazione è arrivata dall’1 aprile 2022, quando è stata ampiamente pubblicizzata la fine dello stato di emergenza, in un quadro sanitario ancora preoccupante: da un lato, non è stato adeguatamente evidenziato che tale provvedimento era esclusivamente di natura amministrativa e burocratica e non coincideva con una reale fine della pandemia; dall’altro, sono stati proposti consigli (continuare comunque a usare la mascherina, prestare ancora attenzione alla distanza sociale, ecc.) che risultavano incoerenti con la cessazione di alcune restrizioni.

La comunicazione ipocrita non produce *fake news*, ma alimenta la dimensione della post-verità, da intendersi non in chiave di *verità del dopo*, bensì di *verità che va oltre* le tradizionali categorie cognitive vero-falso (Centorrino, 2019). Ciò significa che ciascuno consolida una “sua” possibile verità. Si regola a proprio piacimento, per citare uno dei casi più evidenti, sull’uso delle mascherine: da indossare all’aperto solo in

16 Quanto tutto ciò abbia pesato in termini di contagi, è stato ampiamente messo in risalto nei mesi successivi dai medici. Si veda, ad esempio, «Emergenza Covid. Variante delta, allarme dagli ospedali: ricoverati soprattutto 30enni no vax. È l’effetto delle feste per gli Europei sulla popolazione non vaccinata. I nuovi casi allo Spallanzani, all’Umberto I e al Gemelli» (in *laRepubblica.it*, 07/08/21). https://roma.repubblica.it/cronaca/2021/08/07/news/roma_emergenza_covid_variante_delta_allarme_dagli_ospedali_ricoverati_soprattutto_30enni_no_vax-313270336/

caso di necessità, anche se poi la decisione sulle condizioni in cui ciò va messo in atto finisce con l'essere individuale.

Perché ipocrita¹⁷? Riteniamo che il termine scelto rispecchi l'agire politico, quello dei soggetti definiti governanti, sul quale però sembrano in questa quarta fase essersi appiattite anche le istituzioni. L'ipocrita, infatti, in termini psicologici è colui il quale indossa una “maschera” con l'iniziale intenzione di ottenere gradimento e accettazione, salvo poi sfruttare tutto ciò per fare prevalere la propria opinione e ottenere vantaggi. Seguire l'opinione pubblica solo per garantirsi il consenso, è un atto di ipocrisia soprattutto per chi ricopre cariche istituzionali.

Gli insegnamenti lasciati dalla pandemia

Il primo dato di fatto che si ricava dall'analisi è che neppure la pandemia è riuscita a raffreddare quel clima di *permanent campaign* da cui è ormai caratterizzata anche la scena politica italiana.

Una connotazione talmente forte da accentuare ancora di più una problematica già nota: la sempre maggiore indeterminatezza dei confini tra comunicazione pubblica e politica.

17 Va premesso che il concetto di ipocrisia, nell'ambito della storia del pensiero, è stato oggetto di analisi tanto in età classica, quanto nel periodo moderno. In estrema sintesi, un interessante compendio è rappresentato dal saggio di Babeau (2018), nel quale l'ipocrisia viene considerata una vera e propria condizione della vita sociale contemporanea. Lo stesso Goffman, nel ricostruire i rituali dell'interazione, aveva avallato l'idea di individuo che opera sul palcoscenico sociale come vero e proprio attore (etimologicamente, il termine ipocrita in greco indica proprio l'attore che interpreta un ruolo di fronte a un pubblico consapevole).

Nella nostra trattazione, tuttavia, usiamo la parola rifacendoci al significato comune e alla sua tradizionale accezione negativa.

Il trasferimento della metafora bellica dal *frame* istituzionale a quello politico, dopo i primi mesi di *lockdown*, è l'esemplificazione più evidente di tale dinamica. I *commander in chief* si sono moltiplicati e, parallelamente, messaggi fondamentali legati alla prevenzione e all'osservanza delle misure di contenimento, sono risultati diluiti. L'emergenza sanitaria, insomma, da soggetto è divenuta oggetto, finché gli stessi attori istituzionali sono stati travolti da questa tendenza e si è generata una *comunicazione ipocrita* in cui gli umori delle piazze prendevano il sopravvento sull'interesse pubblico. Nel frattempo, nell'autunno 2020, l'arrivo della seconda ondata ha avuto un impatto devastante, nonostante teoricamente il sistema sanitario fosse complessivamente più preparato rispetto alla prima (perlomeno in termini di esperienza).

Come evitare la sovrapposizione tra propaganda politica e ruolo istituzionale? Come sciogliere i nodi venutisi a creare, in particolare, a causa di quei processi di disintermediazione innescati dai social dove, ad esempio, nella maggior parte dei casi non vengono differenziate le pagine personali da quelle istituzionali?

Per un verso, la comunicazione pubblica è chiamata a rinnovarsi, sulla scia dell'esperienza vissuta, agevolando e valorizzando quelle pratiche di centralizzazione che bene hanno funzionato nei primi mesi di pandemia. L'emergenza sanitaria, d'altronde, può aiutarla a

riscoprire il suo ruolo determinante basato sulla cultura del servizio (Faccioli 2000) e sulla costruzione di momenti di coinvolgimento e di inclusione dei cittadini nella tutela della salute e della vita delle persone. Questa situazione richiede anche, e soprattutto, un salto di qualità sul piano organizzativo e culturale teso a valorizzare il

coinvolgimento dei cittadini nella definizione delle *policies* e di programmazione di attività di comunicazione basate sulla trasparenza e l'*accountability* e sempre più fluide e “in emergenza” (Faccioli *et al.*, 2020, p. 29).

Per altro verso, sarebbe quantomeno auspicabile un codice etico per coloro i quali hanno incarichi politici e amministrativi, così che venga richiamata la fondamentale importanza di distinguere, con chiarezza, una dimensione istituzionale da quella politica e privata; di incentrare la propria comunicazione sui valori dell'ente che si è chiamati a rappresentare; di uniformarsi, ove necessario, a eventuali cabine di regia centrali che, nel caso di comunicazione di crisi, diventano indispensabili.

In termini di auspicio, accanto a una cultura della comunicazione è augurabile l'avvento di una nuova cultura politica, in cui l'interesse dei cittadini non venga confuso con la “pancia” dei cittadini e non siano i *like* a guidare l'agenda dei governanti.

Riferimenti bibliografici

BABEAU O., *Éloge de l'hypocrisie*, Paris, Editions du Cerf, 2018.

BECK U., *Risikogesellschaft. Aufdem Weg in eineandere Moderne*, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag, 1986(trad. it. *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Roma, Carocci, 2000).

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La comunicazione istituzionale nell'ambito della pandemia: aspetti bioetici*, 2022: https://bioetica.governo.it/media/4414/p147_2022_comunicazione-istituzionale-in-pandemia_it.pdf

CENTORRINO M., *La post-truth era e il giornalismo: quando la verità "va oltre"*, in «Complessità», 1-2, pp. 96-107, 2019.

DE LUCA V., «Lottare per la vita. Immagini che diventano simboli», in V. De Luca e M. Spalletta (a cura di), *Pandemie medial. Narrazioni, socializzazioni e contaminazioni del mediavirus*, Roma, Aracne, pp. 27-36, 2020.

FACCIOLI F., D'AMBROSI L., DUCCI G., LOVARI A., *#DistantiMaUniti: la comunicazione pubblica tra innovazioni e fragilità alla ricerca di una ridefinizione*, in «H-ermes, Journal of Communication», 17, pp. 27-72, 2020.

FUKS A., «The Military Metaphors of Modern Medicine», in Z. Li e T.L. Long (a cura di), *The Meaning Management Challenge: Making Sense of Health, Illness and Disease*, Leiden, Brill, pp.55-68,2020.

GIDDENS A., *The Consequences of Modernity*, Oxford, Polity Press,1990 (trad. it. *Le conseguenze della modernità. Fiducia, rischio, sicurezza e pericolo*, Bologna, il Mulino,1994).

GUIDRY J.P.D., JIN Y., ORR C.A., MESSNER M., MEGANCK S., *Ebola on Instagram and Twitter: How health organizations address the health crisis in their social media engagement*, in «Public Relations Review», 3, pp. 477-486, 2017.

LOVARI A., *Comunicatori pubblici dietro la timeline. La sfida dei social media tra nuove competenze professionali e vecchie resistenze al cambiamento*, in «Problemi dell'informazione», 1, pp. 61-85, 2016.

LOVARI A., RIGHETTI N., *La comunicazione pubblica della salute tra infodemia e fake news: il ruolo del Ministero della Salute nella sfida social al Covid-19*, in «Mediascapes Journal», 15, pp. 156-173, 2020.

LUHMANN N., *Soziologie des Risikos*, Berlin, de Gruyter, 1991(trad. it. *Sociologia del rischio*, Milano, Bruno Mondadori, 1996).

MANCINI P., *Manuale di comunicazione pubblica*, Roma-Bari, Laterza,1996.

MAZZOLENI G., *La comunicazione politica*, Bologna, Il Mulino, 1998.

MORCELLINI M., *Antivirus. Una società senza sistemi immunitari alla sfida del Covid-19*, Roma, Castelvechi, 2020.

PANZERI F., DI PAOLA S., DOMANESCHI F., *Does the COVID-19 war metaphor influence reasoning?*, in «PLOS ONE», 4.2021: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250651>

PEDRONI M., *Narrazioni virali. Decostruire (e ricostruire) il racconto dell'emergenza coronavirus*, in «Mediascapes Journal», 15, pp. 24-43, 2020.

SOLITO L., *Comunicazione istituzionale e società digitale. Un nuovo ruolo per i comunicatori pubblici*, in «Comunicazione politica», 3, pp. 393-412, 2018.

SONTAG S., *Aids and its Metaphors*, New York, Farrar, Straus and Giroux, 1989.

SORICE M., *Media e democrazia*, Roma, Carocci, 2014.

SUNSTEIN C.R., *#Republic. Divided Democracy in the Age of Social Media*, Princeton, Princeton University Press, 2017 (trad. it. *#Republic. La democrazia nell'epoca dei social media*, Bologna, Il Mulino, 2017).

THOMPSON T.L., PARROT R., NUSSBAUM J.F., *The Routledge Handbook of Health Communication*, New York, Routledge, 2011.

Dall'Universo al Metaverso: nuove tecnologie, nuove emergenze educative e nuove opportunità

Francesco Pira

Introduzione

Le vite degli individui sono sempre più regolate da Facebook, Google, Twitter, Youtube, sempre connessi, dispositivi e applicativi concepiti per rendere l'utilizzo quotidiano il più semplice possibile, ma questo significa che l'utilizzo è guidato dalla tecnologia e che l'aspetto di ricerca ed esplorazione si muove attraverso i canali che le app disegnano sui dispositivi. Partendo da questa constatazione diviene evidente come la questione dell'accesso alle informazioni e alla qualità delle stesse apra al tema dell'instaurarsi di processi di disinformazione e costruzione alterata dell'opinione pubblica.

Se partiamo dalla definizione della comunicazione «come un processo di costruzione collettiva e condivisa del significato, processo dotato di livelli diversi di formalizzazione, consapevolezza e intenzionalità (Paccagnella, 2010, p. 27)», è evidente l'impatto che i processi hanno sui processi di costruzione identitaria. In tal senso il prevalere di relazioni tecnologicamente mediate sembra avere condotto gli individui verso un appiattimento culturale con la conseguenza che la cultura stessa rischia di essere generata solo attraverso la tecnologia. Il rischio impoverimento culturale può generare *l'analfabetismo emotivo*, che si contraddistingue per la mancanza di consapevolezza e controllo delle proprie emozioni e

dei comportamenti ad esse associati, a cui si aggiunge l'incapacità di relazionarsi con le emozioni altrui - non riconosciute e comprese - e con i comportamenti che da esse scaturiscono.

L'impatto della pandemia sugli adolescenti

La contrapposizione tra semplicità d'uso delle tecnologie e complessità del mondo sta generando una società individualista. Il terreno della vita social è ormai un luogo comune per genitori e figli, cambiano le app ma le dinamiche sono alquanto simili. Adulti con profili Facebook e figli nei gruppi Whatsapp e utilizzatori di Instagram e Tik Tok. È la piena affermazione della "famiglia post famiglia" dove i membri passano più tempo con la tecnologia che fra loro, e la pandemia ha solo acuito un percorso in atto, in modo quasi inesorabile, da alcuni anni (Pira, 2016). Siamo di fronte alla complessità e alle contraddizioni delle relazioni social. La mediatizzazione della comunicazione crea, in realtà, un confine fisico netto tra noi e gli altri, così il tema della solitudine attraversa tutte le generazioni ed ha un particolare impatto sulla generazione Z. Sono bambini, preadolescenti e adolescenti nati già immersi nelle tecnologie digitali, che stanno costruendo il proprio universo relazionale in un ambiente completamente digitalizzato e mediatizzato. Alla comunicazione verbale, all'interazione diretta si sono sostituite le comunicazioni via chat e l'uso del web come luogo di espressione del sé. Le app di smartphone e tablet rappresentano il percorso all'interno del quale i giovani sperimentano e costruiscono la propria identità (Pira, 2018).

Questo processo è ciò che sta alla base di quel senso crescente di solitudine che gli adolescenti dichiarano tratto caratterizzante il loro essere in questa era. Già nel 2019 i ragazzi che dichiaravano di provare spesso un sentimento di solitudine erano il 33%, già nel 2020 erano saliti al 48% (fonte: Terres des Hommes, feb 2020). Un sentimento che ha continuato a crescere tanto che nella *survey La mia vita ai tempi del Covid* (aprile – maggio 2020)¹⁸ che ha coinvolto in totale 1.858 ragazze e ragazzi delle scuole medie inferiori e superiori che hanno risposto ad un questionario online composto da diciassette domande, oltre il 60% ha dichiarato di avere provato paura e di sentirsi solo (Pira, 2021).

Il lungo periodo della pandemia con i suoi *lockdown* e le regole imposte per contenere la diffusione del virus ha infatti avuto un impatto profondo sulla vita dei ragazzi. Gli adolescenti sono passati da vite super organizzate, fin troppo piene di attività, nelle quali la tecnologia e i social media giocano il ruolo di facilitatori della comunicazione, ad una situazione in cui la propria vita si racchiude tutta dietro uno schermo (Pira, 2021, p.73).

Un fenomeno di carattere globale, confermato dallo studio condotto da Unicef che, attraverso i dati della Oxford *COVID-19 Government Response Tracker*¹⁹, ha evidenziato come un bambino o un giovane su 7 - 332 milioni in tutto il mondo - ha vissuto per almeno 9 mesi, dall'inizio della pandemia, con misure che prevedevano l'obbligo di restare a casa.

18 S. Passanisi, M. Pecoraro, F. Pira, A. Alibrandi, V. Donia, P. Lonia, G. B. Pajno, G. Salzano, F. Lombardo, *Quarantine Due to the COVID-19 Pandemic From the Perspective of Pediatric Patients With Type 1 Diabetes: A Web-Based Survey*, in «Frontiers in Pediatrics», vol.8/2020: article 491, <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fped.2020.00491>: 1-5

19 <https://ourworldindata.org/policy-responses-covid>

Un isolamento che ha generato conseguenze sul benessere mentale dei bambini e dei giovani.

Secondo l'OMS, la pandemia da COVID-19²⁰, ha sospeso o arrestato i servizi fondamentali per la salute mentale nel 93% dei paesi del mondo, mentre la richiesta di supporto per la salute mentale è in crescita. Uno studio su 194 città in Cina ha palesato che il 16% dei rispondenti ha avuto sintomi depressivi da moderati a gravi durante la pandemia e il 28% sintomi di ansia da moderati a gravi.

Il COVID e l'isolamento fisico sembrano avere acuitizzato insicurezze e fragilità di preadolescenti e adolescenti, sentimenti di paura e scoraggiamento alimentati dalla dipendenza dall'accettazione e approvazione da parte del gruppo di pari che si realizza nelle dinamiche social.

Consumismo emozionale

Tendiamo al consumismo emozionale che ci vede impegnati nell'inarrestabile ricerca della rappresentazione di noi stessi.

Bauman sosteneva che stiamo entrando in un ambito di grande provvisorietà che si caratterizza per un uso delle relazioni piuttosto che di un processo di costruzione di relazioni. Ciò significa di fatto consumo delle stesse, che vengono scartate quando non più corrispondenti ai

20 <https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

propri desideri, con la conseguenza del concretizzarsi di comunità guardaroba (Bauman, 2008).

Bisogna sottolineare che i social sono il luogo per eccellenza dove gli altri attraverso il loro gradimento ci ridefiniscono. In questo nuovo ambiente relazionale assistiamo all'emergere di un iper-individualismo che mette al centro la dimensione corporale, il *selfie*, quale massima rappresentazione del sé, l'esibizione dell'immagine, la vetrinizzazione della propria vita. Una micronarrazione, che viaggia attraverso le *stories* di Instagram piuttosto che video e *challenge* su Tik Tok. Questo ha un forte impatto sulla costruzione delle dinamiche relazionali e sulle vite delle persone. Siamo di fronte a relazioni social che sono spesso caratterizzate da un'estremizzazione delle emozioni e la ricerca continua di forti emozioni, come se i contenuti digitali fossero un filtro che ammortizza le emozioni o rendesse le stesse altro da sé. Concetti come intimità e privacy diventano funzionali alla costruzione dell'immagine che si vuole fornire al proprio pubblico (Pira, 2017, p.352).

È evidente che il processo di fragilizzazione in atto ha un impatto profondo su tutti gli ambiti nei quali si realizzano i processi di costruzione identitaria e di crescita culturale e sociale, in particolare sui sistemi educativi.

In questi ultimi anni si sta assistendo ad un aumento delle devianze legate all'uso delle tecnologie: bullismo, cyberbullismo, *sexting*, *revenge porn*, *hate speech*, *body shaming*; sono tutte definizioni per una fenomenologia in continua evoluzione, tanto che, accanto a queste devianze, si stanno evidenziando nuove dipendenze, come quelle legate,

ad esempio, alla pornografia. Un recente report ha evidenziato il rapporto degli adolescenti con i siti di pornografia online.

Il web contiene contenuti pornografici e qualunque persona, in ogni momento e in ogni luogo, può collegarsi ed accedervi senza particolari problemi.

I dati riportati in un articolo del Corriere della Sera (18 luglio 2021) sono stati spiegati dalla criminologa e ricercatrice presso la *Middlesex University* di Londra, Elena Martellozzo, e dalla Polizia Postale²¹. A quanto pare a livello globale il 30 per cento dei bambini fra gli 11 e i 12 anni guarda pornografia online. In Italia il 44 per cento dei ragazzi tra i 14 e i 17 anni.

Il 59 per cento dei maschi afferma di aver cercato spontaneamente i siti di pornografia online, mentre la percentuale delle ragazze si ferma al 25 per cento. Spesso registrarsi su alcuni siti è facile, basta creare un semplice account con email e password e non viene richiesta l'identificazione in funzione del limite di età per l'accesso a questa tipologia di contenuti.

L'analisi dei dati ufficiali, calcolando solo i maggiorenni, offre numeri significativi: in Italia, secondo la piattaforma marketing *Semrush*²², il sito più frequentato è *Pornhub*, con 20 milioni di visitatori unici al mese, di cui il 16 per cento dichiara un'età tra i 18 e i 24 anni.

21 <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/adolescenti-dipendenza-pornografia-online-cosa-guardano-quanto-rischi-che-corrano/457f3b16-e7b0-11eb-8f62-5849b2b6aae2-va.shtml>

22 <https://www.webinfermento.it/siti-piu-visitati-italia/> 27 gennaio 2021

Le reazioni dei giovanissimi, che per la prima volta osservano scene di sesso violento, dove le donne sono sottomesse e asservite ai desideri degli uomini, si suddividono in questo modo: il 27 per cento rimane scioccato, il 24 per cento confuso, il 17 per cento eccitato.

La seconda volta le percentuali si abbassano rispettivamente all'8 per cento e al 4 per cento, mentre l'eccitazione sale al 49 per cento. Quindi l'insofferenza diminuisce dopo il primo impatto e aumenta l'eccitamento.

Gli adolescenti che regolarmente si avvicinano alla pornografia hanno un comportamento sessista e più violento. Il 70 per cento dei ragazzi definisce le donne come oggetti sessuali, contro il 30 per cento di chi non guarda contenuti pornografici. Il 34 per cento dei ragazzi ha ammesso di aver fatto pressioni sulla partner per potersi toccare le parti intime o avere rapporti sessuali; il 17 per cento ha invece dichiarato di costringere la partner a compiere questi atti (Pira, 2022).

I modelli di consumo trasmessi in questa nuova logica di *influencer system*, condizionano i comportamenti dei ragazzi, e in particolare delle ragazze, che si trovano schiacciate tra due dimensioni: tra quella di una indipendenza e autodeterminazione formale e dinamiche ancora fortemente maschiliste e misogine (Shariff, 2014, pp. 44 – 45).

Il voler offrire una certa immagine di sé agli altri attraverso i social network, giungendo a limiti estremi, conduce verso sfide assurde e pericolose che i giovanissimi decidono di intraprendere, esponendo la propria immagine senza alcuna protezione e mettendo a rischio la propria vita.

Come la *blackout challenge* "gioco dello svenimento", definito anche: *choking game*, *black hole*, *flatline game*, *gasp game* - consisterebbe nel provocarsi uno svenimento privandosi dell'ossigeno per qualche minuto con le braccia, o con corde e sciarpe, da soli o attraverso l'aiuto di qualcuno. Poi l'esperienza verrebbe filmata, o fotografata e condivisa online.

Oppure la *shoe challenge*, che consiste nel provare il maggior numero di scarpe e vestiti in quindici secondi, tutto rigorosamente a tempo di musica. Qui, il rischio pedo - pornografia è altissimo, con ragazzine che si svestono senza problemi in nome della sfida.

La *Bird Box challenge* che prende il nome dall'omonimo film, targato Netflix. In migliaia hanno postato video girati in casa, come in strada, in cui compiono qualsiasi tipo di azione, normalissima, ma con gli occhi bendati. Un fenomeno che ha provocato gesti tanto pericolosi, al punto che è intervenuta la stessa Netflix su Twitter per chiedere agli utenti di non imitare i gesti della serie, sottolineando l'importanza di discernere tra realtà e finzione, per evitare di farsi del male.

Le dinamiche delle sfide rappresentano un fenomeno in continua evoluzione, con aspetti sempre più perversi e difficili da decifrare e anticipare, la tecnologia nella sua "espressione" sempre più accudente, accomodante e potente, guida "dolcemente" i comportamenti degli individui, il gioco diviene centrale e maschera un esercizio di potere delle piattaforme e degli algoritmi che ne sono parte integrante.

La nuova frontiera del Metaverso

Qualche mese fa Mark Zuckerberg ha annunciato al mondo il suo progetto: offrire una nuova veste alla *holding* che include le piattaforme più famose al mondo: Facebook, Messenger, Instagram e Whatsapp²³.

Il nome che Zuckerberg ha scelto, per realizzare il suo sogno virtuale, è *Meta* abbreviazione di “Metaverso”. Una sorta di monitoraggio algoritmico che sfruttando i milioni di dati ormai incamerati da anni a questa sorta di “Grande Fratello” di conoscere tutto di noi, anche quello che pensiamo di poter celare, così da proporci un “universo” che sembra comprendere meglio di noi stessi ciò che vogliamo, desideriamo o pensiamo di avere bisogno. Naturalmente, tutto si muove nella dimensione del Metaverso. Un mondo in cui è difficile distinguere reale e virtuale, dove tutto sembra realizzarsi e prendere forma. Probabilmente, col passare del tempo, sarà sempre più difficile riconoscere le due dimensioni e distinguere noi dal nostro avatar.

Facebook e Microsoft hanno già intrapreso questa direzione e gli effetti cominciano già a palesarsi. Mentre le aziende più importanti cercano di entrare nel Metaverso e investono tanto denaro all'interno di queste piattaforme, la situazione comincia ad essere fuori controllo.

Ci sono le prime vittime reali, con danni anche fisici, provocati da un mondo virtuale. Il Metaverso non è regolato da leggi ed è facile che accada qualcosa di inaspettato.

23 https://www.corriere.it/economia/aziende/21_ottobre_29/facebook-cambia-nome-diventa-meta-l-annuncio-zuckerberg-5c561232-3883-11ec-8ce2-c94918111ac8.shtml

Alcune persone hanno acquistato un VR (il visore che ti permette di entrare nella realtà virtuale), non mancano gli utenti che fanno shopping nelle città virtuali o che fanno amicizia con altri avatar simpatici e interessanti. Ma, c'è anche chi racconta episodi sconcertanti e sono molte le testimonianze che arrivano proprio dagli Stati Uniti.

Una donna in Gran Bretagna, mentre partecipava al gioco virtuale Horizon Worlds, inserito sul mercato da Meta, è stata virtualmente aggredita, violentata e offesa con frasi come: *“Ammetti che in realtà ti piace”* da quattro avatar maschili²⁴.

Tanta la solidarietà degli utenti, ma non sono mancati gli odiatori seriali: *“La prossima volta scegli un avatar maschile”*, *“Non essere stupida non era reale”*, *“È una patetica richiesta di attenzione? Vergognati”*.

La donna non è certamente una inesperta del settore, è vicepresidente di una società delle tecnologie virtuali, Kabuni Ventures, e sa muoversi all'interno di queste piattaforme, eppure il fatto è accaduto.

Il Metaverso necessita di una regolamentazione e un controllo accurato per prevenire e arginare a fenomeni e devianze che si sono già materializzate. Il rischio è quello che si verifichino episodi di violenza e di cyberbullismo.

Insomma, sempre connessi e sempre più soli, cercando, forse invano, di mettere insieme le necessità e i bisogni di due mondi totalmente opposti.

Questa è l'era dell'intelligenza artificiale acronimo “AI, Artificial Intelligence”, basti pensare ad *“Alexa”* l'assistente intelligente che,

24 <https://www.ilpost.it/2021/12/21/metaverso-molestie/>

tramite Amazon Echo, consente all'utente di controllare con la voce una molteplicità di oggetti, servizi, contenuti e quant'altro. Non possiamo più fare a meno dell'assistente virtuale. Quando guidiamo o andiamo di fretta possiamo chiedergli di fare una telefonata o mandare un messaggio al posto nostro. Può leggerci i messaggi in arrivo e può darci dei suggerimenti per restare in contatto con chi vogliamo senza perdere tempo: così avvisiamo chi ci attende se siamo in ritardo ad un appuntamento. Non mancano diverse tipologie di robot che puliscono la nostra casa e sono dotati anche di telecamera per inquadrare le stanze. Oltretutto, a distanza possiamo controllare ogni movimento del nostro robot. L'intelligenza artificiale potrebbe essere davvero utile nella lotta al cambiamento climatico ed avere risvolti positivi.

Google Flood Hub raccoglie i dati sulla quantità di pioggia, il luogo e il tempo, attraverso *machine learning* e intelligenza artificiale per poi analizzare le informazioni. Questo tipo di operazione è un modello previsionale che stima di quanto potrà aumentare il livello dell'acqua di un fiume o di un torrente, ma anche quanto terreno si allagherà a causa dell'inondazione. Google si serve delle mappe di Maps per individuare i posti che presentano diverse criticità.

L'intelligenza artificiale potrebbe essere utilizzata per individuare le aree più a rischio idrogeologico o per le aree ad alto livello sismico. Questo permetterebbe alle autorità di avere maggiori informazioni e di fornire gli aiuti necessari nei casi di emergenza.

Diverse piattaforme come Operis utilizzano proprio un algoritmo AI per ottenere in maniera automatica informazioni dalla rete e dar vita a

contenuti di valore per gli utenti. In particolare, si tratta di pagine che si occupano di diverse figure professionali in Italia e in altri Paesi.

Una tecnologia che potrebbe servire per accelerare il lavoro di ricerca nel settore accademico, medico e sanitario.

L'Italia, in ritardo rispetto al resto del mondo, ha capito quali sono le sfide epocali come il cambiamento climatico e ha adottato, a novembre 2021, il Programma Strategico per l'Intelligenza Artificiale (IA) 2022-2024 con il passaggio in Consiglio dei Ministri.

Un lavoro congiunto del Ministero dell'Università e della Ricerca, del Ministero dello Sviluppo Economico e del Ministro per l'Innovazione Tecnologica e la Transizione Digitale e con il supporto del gruppo di lavoro sulla Strategia Nazionale per l'Intelligenza Artificiale.

L'obiettivo è quello di rendere l'Italia un centro sull'intelligenza artificiale competitivo. Oltretutto, per controllare ogni strategia e ogni iniziativa è stato creato il gruppo di lavoro permanente sull'IA in seno al Comitato Interministeriale per la Transizione Digitale.

Un processo sottolineato anche dagli *Xenobot*, i primi robot viventi realizzati con le cellule della rana *Xenopus*. La Cina ha inaugurato il 2022, con una notizia che sta facendo molto discutere l'opinione pubblica. A Shanghai è nato il magistrato-robot²⁵. La società britannica Engineered Arts ha creato “*Ameca*”, un robot umanoide²⁶. I suoi sviluppatori hanno dichiarato che: «Ameca è l'umanoide più avanzato

25 https://www.tgcom24.mediaset.it/tgtech/cina-a-shanghai-il-magistrato-robot-riconosce-otto-reati_43899157-202202k.shtml

26 <https://video.corriere.it/non-scherzare-ameca-robot-umanoide-che-spaventa-pure-suoi-creatori/157aedf0-662e-11ec-b637-b5d66a8044dd>

finora realizzato». Perfetto al punto tale da essere considerato “spaventoso”. L'intelligenza artificiale può essere gestita in maniera adeguata per aiutare gli uomini, ma serve una costante formazione per garantire quei progressi atti ad offrire benefici all'umanità.

Conclusioni

I media e i servizi a essi collegati guidano il processo di costruzione identitaria all'interno di contenitori che si adattano alle richieste degli individui, con filtri e la personalizzazione (Parisier, 2012) conducono verso un appiattimento e verso la ricerca di risposte che seguono il principio di conferma. Si va verso una sempre più spiccata mancanza di riconoscimento dell'altro, l'individuo si allontana dall'impegno, dal sacrificio in virtù del raggiungimento di bene collettivo superiore. La contrapposizione tra impegno e disimpegno è sempre più forte, lo abbiamo constatato anche durante questa pandemia. Ci siamo assoggettati alla privazione di ampi spazi di libertà personale per un breve periodo, ma oggi spinte opposte tra diverse concezioni dell'idea di libertà ci fanno vedere quanto alto sia il rischio del concretizzarsi di «un estremo disimpegno che rischia di condurre alla confusione tra il soggetto e l'individuo, a un egoismo sempre più diffidente, e in definitiva all'incapacità di levarsi per difendere la libertà del soggetto, quando è minacciata (Touraine, 1992, p. 331)». La disintermediazione ci ha illuso di poter agire senza regole, convinti di essere al centro, dotati di potere (Pira, 2021), ed il fatto che la tecnologia è entrata così nel profondo del

quotidiano di noi tutti rappresenta l'aspetto più affascinante e allo stesso tempo pieno di interrogativi.

Nei tanti incontri formativi e seminari condotti in moltissime scuole di ogni ordine e grado in tutta Italia, è nata l'esigenza di attivare una nuova rilevazione sul campo per acquisire dati aggiornati sui comportamenti dei ragazzi e degli adolescenti rispetto all'uso delle tecnologie. L'occasione si è offerta in un momento storico eccezionale, la quarantena generalizzata in conseguenza della crisi sanitaria mondiale che ha investito pesantemente anche il nostro Paese.

Il numero di app che i ragazzi hanno dichiarato di avere a disposizione nei propri dispositivi mobili è davvero sorprendente. Li possiamo definire come una galassia di algoritmi per gli scopi più diversi, sempre più spesso in una logica integrata, finalizzata alla migliore performatizzazione sul palcoscenico social-mediatico.

Il proliferare di profili falsi ha aperto letteralmente la porta sulla grande questione che sta attraversando l'intera società: l'aumento della disinformazione. Flussi in crescita esponenziale che hanno consentito l'affermarsi di forme deviate dell'esercizio di libertà che si muovono nell'opacità dell'anonimato.

Adolescenti sempre più "prodotto" di quest'era della disinformazione, vittime del sistema delle *fake news*, ne diventano protagonisti ritenendo normale utilizzare il falso per i propri scopi.

In tutto questo l'intelligenza artificiale, se sfruttata correttamente, potrebbe offrire vantaggi e occasioni importanti per aiutare gli individui e la società nell'affrontare nuove sfide.

Riferimenti bibliografici

ALBANO R., PACCAGNELLA L., *La ricerca sociale sulla comunicazione*, Roma, Carocci editore, 2006.

BAUMAN Z., *In Search of Politics*, Cambridge, Polity Press, 1999 (trad. it. *La solitudine del cittadino globale*, Milano, Feltrinelli, 2000).

ID., *Missing Community*, Cambridge, Polity Press, 2000 (trad. it. *Voglia di comunità*, Bari, Laterza, 2001).

ID., *Liquid Fear*, Cambridge, Polity Press, 2006a (trad. it. *Paura Liquida*, Bari, Laterza, 2006).

ID., *Modus vivendi. Inferno e utopia del mondo liquido*, Bari, Edizioni Laterza, 2006b.

ID. (in collaborazione Mazzeo R.), *Conversazioni sull'educazione*, Trento, Erickson, 2012.

ID., *Liquid Surveillance. A Conversation*, Polity Press, Cambridge, 2013 (trad.it., *Sesto Potere*, Bari, Laterza, 2014).

BAUMAN Z., MAURO E., *Babel*, Bari, Laterza, 2015.

BAUMAN Z., *Siamo al Carnevale della democrazia*, in «Espresso» 12/02/2016, testo visionabile al sito: http://espresso.repubblica.it/visioni/cultura/2016/02/12/news/zygmunt-bauman-siamo-al-carnevale-della-democrazia-1.250232?refresh_ce

BAUMAN Z., *L'ultima lezione*, Bari, Edizioni Laterza, 2018.

BOCCIA ARTIERI G., «Le culture partecipative dei media. Una introduzione a Henry Jenkins», in Jenkins H., *Fan, Blogger e Videogamers. L'emergere delle culture partecipative nell'era digitale*, Milano, FrancoAngeli, 2008.

BOCCIA ARTIERI G., «SuperNetwork. Quando le vite sono connesse», in Mazzoli L. (a cura di), *Network effect. Quando la rete diventa pop*, Torino, Codice, 2009.

BOCCIA ARTIERI, G., *Stati di connessione. Pubblici, cittadini e consumatori nella*

(*Social*) *Network Society*, Milano FrancoAngeli, 2012.

BOCCIA ARTIERI G., GEMINI L., PASQUALI F., CARLO S., FARCI M., PEDRONI M., *Fenomenologia dei Social Network. Presenza, relazioni e consumi medialti degli italiani online*, Milano, Guerini Scientifica, 2018.

CASTELLS M., *The Rise of the Network Society*, Blackwell, Oxford, 1996 (trad. it. *La nascita della società in rete*, Milano, Egea, 2002).

ID., *The Internet Galaxy: Reflections on the Internet, Business and Society*, Oxford, Oxford University Press, 2001 (trad. it. *Galassia Internet*, Milano, Feltrinelli, 2002).

ID., *Communication Power*, Oxford, Oxford University Press, 2009 (trad. it. *Comunicazione e potere*, Milano, Egea, 2009).

CAVA A., PIRA F., *Social Gossip dalla chiacchiera di cortile al web pettegolezzo*, Roma, Aracne Editrice, 2015.

GIDDENS A., *The Transformation of Intimacy*, Stanford, Stanford University Press, 1992 (trad. it. *La trasformazione dell'intimità: sessualità, amore ed erotismo nelle società moderne*, Bologna, il Mulino, 1995).

ID., *The Consequences of Modernity*, Cambridge, Polity Press, 1990 (trad. it.: *Le conseguenze della modernità. Fiducia e rischio, sicurezza e pericolo*, Bologna, il Mulino, 1994).

GIDDENS A., SUTTON P.W. *Sociology. Seventh Edition*, Cambridge, Polity Press, 2013 (trad. it: *Fondamenti di sociologia*, Bologna, il Mulino, 2014).

JENKINS H., *Fans, Bloggers, and Gamers. Exploring Participatory Culture*, New York, NYU Press, 2006 (trad. it. *Fan, Blogger e Videogamers. L'emergere delle culture partecipative nell'era digitale*, Milano, FrancoAngeli, 2008).

ID., *Convergence Culture*, New York, New York University, 2006 (trad. it.: *Cultura convergente*, Milano, Apogeo, 2007).

ID., *Reconsidering Digital Immigrants*, in http://henryjenkins.org/2007/12/reconsidering_digital_immigran.html, 2007.

ID., *Confronting the Challenges of Participation Culture: Media education for the 21st Century*, Boston, Massachusetts Institute of Technology, 2009 (trad. it.: *Culture partecipative e competenze digitali. Media education per il XXI secolo*, Milano, Guerini e Associati, 2010).

ID., *Covid-19, Participatory Culture, and the Challenges of Misinformation and Disinformation*, in: <http://henryjenkins.org/blog/2020/10/23/covid-19-participatory-culture-and-the-challenges-of-misinformation-and-disinformation>, 2020.

JENKINS, H. FORD, S., GREEN, J., *Spreadable Media. Creating value and meaning in a networked culture*, New York, New York University Press, 2013 (trad. it.: *Spreadable media. I media tra condivisione, circolazione, partecipazione*, Santarcangelo di Romagna Maggioli, 2013).

MERRIN W., *MySpace and Legendary Psychasthenia*, in «Media Studies 2.0», 2007 <http://mediastudies2point0.blogspot.com/2007/09/myspace-and-legendary-psychasthenia.html>.

MOROZOV E., *The Net Delusion. The Dark Side of Internet Freedom*, New York, Public Affairs Group, 2011 (trad. it. *L'ingenuità della rete. Il lato oscuro della libertà di internet*, Torino, Codice Edizioni, 2011).

ID., *To Save Everything, Click Here*, New York, Public Affairs Group, 2013 (trad. it.: *Internet non salverà il mondo*, Mondadori, Milano, 2014).

ID., *L'emergenza sanitaria e il rischio totalitarismo*, in «Internazionale», 13/04/2020, testo visionabile sul sito: <http://intern.az/1BOu>

PACCAGNELLA L., *Sociologia della comunicazione*, Bologna, Il Mulino, 2010.

PARISIER E., *The Filter Bubble. What the Internet is Hiding from You*, London, Penguin Books, 2011 (tr. it. *Il filtro. Quello che Internet ci nasconde*, Il Saggiatore, 2012).

PASSANISI S., PECORARO M., PIRA F., ALIBRANDI A., DONIA V., LONIA P., PAJNO G. B., SALZANO G., LOMBARDO F., *Quarantine Due to the COVID-19 Pandemic From the Perspective of Pediatric Patients With Type 1 Diabetes: A Web-Based Survey*, in «Frontiers in Pediatrics», vol.8/2020: article 491, <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fped.2020.00491>: 1-5.

PIRA F., *Educare e comunicare nell'era social. Da consumatori passivi a consumatori critici e autori consapevoli*, in «IusveEducation», luglio 2016/05, Istituto Universitario Salesiano, Mestre (VE), pp. 54-71.

ID., «Facebook e i social: nuovi luoghi di sperimentazione dell'identità di genere (Parte sesta: La questione gender oggi: spunti sul dibattito attuale)», in Gensabella Furnaro M. (a cura di), *Identità di genere e differenza sessuale. Percorsi di studio* (collana Bios, Ethos e Polis), Bologna, Rubettino, 2017, pp. 349-362.

ID., *La nuova vita della media education. Le metamorfosi della media education di fronte alla digitalizzazione dei codici nell'era della convergenza tecnologica*, in «MEDIA EDUCATION. Studi, ricerche, buone pratiche», Vol. 9, n. 2, anno 2018, Edizioni Centro Studi Erickson, pp. 236-251.

PIRA F., ALTINIER A., *Giornalismi. La difficile convivenza con fake news e misinformation*, Limena (PD) Libreriauniversitaria.it, 2018.

PIRA F., *Figli delle App. le nuove generazioni digital-popolari e social-dipendenti*, Milano, FrancoAngeli, 2020.

ID., *La crisi del modello della produzione culturale: la vetrinizzazione esasperata = The crisis of the cultural production model: the exasperated vitrification*, in «Hermes, J. Comm. 20» (2021), pp. 247-268.

RIVA G., *I social network*, Bologna, Il Mulino, 2010.

SAVE THE CHILDREN (2018), indagine *Che Genere di tecnologia*, testo visionabile al sito: <https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/che-genere-di-tecnologie-ragazze-e-digitale-tra-opportunit%C3%A0-e-rischi>

TERRES DES HOMMES (2020), *Osservatorio Indifesa 2020*, testo visionabile al sito: <https://terredeshommes.it/comunicati/bullismo-cyberbullismo-parlano-ragazzi-dati-dellosservatorio-indifesa/>

TURKLE S., *La vita sullo schermo. Nuove identità e relazioni sociali nell'epoca di Internet*, Milano, Apogeo, 1996 (ed. or. *Life on the screen: Identity in the Age of the Internet*, New York, Simon & Schuster, 1995).

ID., *Alone Together. Why We Expect More from Technology and Less from Each Other*, New York: Hachette Book Group, 2011 (trad. it., *Insieme ma soli. Perché ci aspettiamo sempre più dalla tecnologia e sempre meno dagli altri*, Torino, Einaudi, 2019).

Sitografia

<https://ourworldindata.org/policy-responses-covid>

<https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/adolescenti-dipendenza-pornografia-online-cosa-guardano-quanto-rischi-che-corrono/457f3b16-e7b0-11eb-8f62-5849b2b6aae2-va.shtml>

<https://www.webinfermento.it/siti-piu-visitati-italia/> 27 gennaio 2021

https://www.corriere.it/economia/aziende/21_ottobre_29/facebook-cambia-nome-diventa-meta-l-annuncio-zuckerberg-5c561232-3883-11ec-8ce2-c94918111ac8.shtml

https://www.tgcom24.mediaset.it/tgtech/cina-a-shanghai-il-magistrato-robot-riconosce-otto-reati_43899157-202202k.shtml

<https://video.corriere.it/non-scherzare-ameca-robot-umanoide-che-spaventa-pure-suoi-creatori/157aef0-662e-11ec-b637-b5d66a8044dd>

Ripresa e resilienza. Dualismi e contraddizioni in sanità pubblica

Maria Triassi, Patrizia Cuccaro

“Andrej montò a cavallo. Alla sella erano appese due sacche: in una c’era la mantella cerata e si vedevano i grandi stivali chiodati e qualche camicia di tela fatta in casa, cose comprate e messe nella sacca su insistenza del padre; nell’altra c’era un elegante frac di panno finissimo, un cappotto di pelo, una dozzina di camicie fini e un paio di scarpe ordinate da Mosca, in ricordo delle istruzioni della madre”

Oblomov, Ivan A. Gončarov

Guardando nel caleidoscopio del triennio appena trascorso, emergono immagini tumultuose e sfocate che, in turbolenta successione, ci ripropongono sensazioni di angoscia e isolamento, ci confondono con istogrammi e bollettini, rimbombano di talk show e comunicati stampa e ridisegnano un funzionamento sociale del tutto inedito al quale ancora oggi, a distanza di quasi tre anni, stentiamo ad abituarci.

Eppure, nella psichedelia distonica di queste evocazioni, come in ogni caleidoscopio che si rispetti, a ben guardare è possibile distinguere delle strane simmetrie, delle figure che si specchiano l’una nell’altra, annebbate ma senz’altro appaiate, gemelle nella loro fumosa identità.

Scenari dicotomici, anfoteri hanno caratterizzato e caratterizzano la sanità pubblica contemporanea; per fare alcuni esempi: il *distanziamento* sociale è intervenuto mentre le istituzioni preparavano una riforma della sanità territoriale che inneggiava alla *prossimità*; la repentina introduzione dei vaccini anti SARS-CoV-2/COVID-19, oltre ad un *entusiasmo collettivo*, ha generato un diffuso e dilagante *scetticismo* sulla loro sicurezza ed efficacia; gli sforzi compiuti per la *protezione collettiva* sono stati vissuti come *limitazione della libertà individuale* e, ancora, la riconversione di strutture e la ricollocazione di risorse per la gestione dell'epidemia da COVID-19 hanno consentito di contenere gli impatti della pandemia sia in termini di diffusione che di esiti ma hanno, al contempo, sollevato un nuovo paradigma di disuguaglianze, un'era divisiva destinata a scegliere tra bisogni di cura non confrontabili (*malati di COVID-19*, da un lato, *tradizionali acuzie e cronicità*, dall'altro). Lo stesso *Recovery Fund*, pur con la sua iniezione di capitali e aspettative, ha evocato ed evoca nel Paese non pochi dubbi e non poche antipatie, con una *resilienza* che sa di *resistenza*.

A conti fatti, sembra, dunque, che l'ultimo faticoso triennio si sia disputato, anche a causa della pandemia da COVID-19, sull'onda di dualismi multipli e complessi, che hanno investito tutti i sistemi sociali – di vita, cultura, lavoro, sviluppo, salute – con una regia non sempre evidente. Eppure, lasciando che l'occhio si abitui, non necessariamente si tratta di contrapposizioni o antitesi, ma talvolta una concorrenza di spinte, sinergiche o disallineate, che muovono la medesima organizzazione o il medesimo sistema.

Nelle prossime pagine proveremo a fare uno zoom su questi dualismi, dando loro una interpretazione logica, pur senza indugiare in paradigmi tecnici, e proponendo delle chiavi di lettura e ricomposizione.

Resilienza & Resilienza

Cercando su Google il termine *resilienza*, in 0,49 secondi ci vengono restituite 5.310.000 occorrenze. Si tratta, di fatto, di un termine per nulla nuovo, che “gode oggi di una diffusa simpatia”²⁷ tanto da renderlo un termine *alla moda*. Mutuato dall’industria metallurgica, il termine resilienza fa riferimento, in fisica, alle “caratteristiche interne legate all’elasticità dei corpi, come quella di assorbire l’energia di un urto contraendosi, o di riassumere la forma originaria una volta sottoposti a una deformazione”²⁸. In tale ottica, il termine appare fedele alla sua origine latina, secondo la quale il verbo *resilire*, composto da re- + salire (saltare) si usava nel significato di ‘ritornare di colpo’, ‘rimbalzare indietro’, o, per estensione, anche ‘ritirarsi’, ‘contrarsi’. In tal senso, in ecologia la resilienza esprime “la velocità con cui una comunità (o un sistema ecologico) ritorna al suo stato iniziale, dopo essere stata sottoposta a una perturbazione che l’ha allontanata da quello stato”.

Solo in seguito, la psicologia ha cominciato a connotare il termine con un’accezione non più solo conservativa ma proattiva, attribuendo agli individui (alle specie, alle comunità) resilienti la capacità di persistere nel perseguire obiettivi sfidanti, fronteggiando in maniera efficace le

27 Maria Vittoria D’Onghia, dottoressa di ricerca in linguistica, in Treccani.

28 L’elasticità di resilienza, *accademiadellacrusca.it*, 12/12/2014.

difficoltà e gli altri eventi negativi che si incontrano sul cammino. Ed è con questa connotazione che, circoscrivendo il perimetro ai temi della sanità pubblica contemporanea e della pandemia, la resilienza campeggia sovrana in uno dei documenti di più straordinario impatto della politica sanitaria dei giorni nostri: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Inserito all'interno del programma Next Generation EU (NGEU)²⁹, il PNRR presentato dall'Italia prevede investimenti e un coerente pacchetto di riforme, per cui sono allocate risorse per 191,5 miliardi di euro finanziate attraverso il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e per 30,6 miliardi attraverso il Fondo complementare³⁰. La principale componente del programma NGEU è, appunto, il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (*Recovery and Resilience Facility*, RRF), che ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026, e una dimensione totale di 672,5 miliardi di euro (312,5 sovvenzioni, i restanti 360 miliardi prestiti a tassi agevolati).

Si tratta di un intervento volto a riparare i danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana, e accompagnare il Paese su un percorso di transizione ecologica e ambientale, con il vantaggio ancillare di contribuire a ridurre i divari territoriali, quelli generazionali e di genere.

29 Il pacchetto da 750 miliardi di euro, costituito per circa la metà da sovvenzioni, concordato dall'Unione Europea in risposta alla crisi pandemica.

30 Istituito con il Decreto Legge n.59 del 6 maggio 2021 a valere sullo scostamento pluriennale di bilancio approvato nel Consiglio dei ministri del 15 aprile.

Il Piano Salute è affrontato nella Missione 6, rispetto alla quale sono assegnati 15,63 mld di euro per le componenti:

- M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e
- M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

Gli interventi della componente 1 sono rivolti a “rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), a rafforzare l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari” mentre quelle della componente 2 “mirano al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale”.

Missione 1: strutture di prossimità

Nelle previsioni del PNRR, la Casa della Comunità (CdC) è una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di

comunità, altri professionisti della salute e, eventualmente, assistenti sociali. È prevista la realizzazione di 1.350 CdC HUB (una ogni 40.000 - 50.000 abitanti) con requisiti di:

- Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (Medici di Medicina Generale - MMG, Pediatri di Libera Scelta - PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni - SAI, ecc.)
- Punto Unico di Accesso
- Servizio di assistenza domiciliare
- Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza
- Servizi infermieristici
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale
- Integrazione con i Servizi Sociali
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione
- Presenza medica e infermieristica h 24, 7 giorni su 7
- Servizi diagnostici di base
- Continuità Assistenziale
- Punto prelievi
- Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori

- Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)
- Programmi di screening
- Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza.

Il Decreto rilancio (D.L. 19 maggio 2020, n. 34, convertito in L. 17 luglio 2020, n. 77) aveva, per la verità, già previsto la realizzazione di “strutture di prossimità”, con una sperimentazione da avviarsi su impulso del Ministero della salute e concentrata in quattro ambiti: la promozione della salute, la prevenzione, la presa in carico e la riabilitazione, mediante modalità che riducessero le scelte di istituzionalizzazione e favorissero la domiciliarità. Quest'ultimo punto, che contribuisce a definire anche le finalità dell'intervento, si collega logicamente alla destinazione di esso a soggetti con maggiori fragilità, i quali, in assenza di tali interventi, sarebbero costretti a prospettive di istituzionalizzazione. Si trattava di un cammino inaugurato nel 2007 su proposta della allora ministra Turco nel 2007, successivamente sperimentate in 10 regioni.

Rispetto a tale prospettiva, le Case della Comunità come previste dal PNRR, pur presentando diversi e sostanziali elementi di differenza, si sviluppano secondo un continuum logico. Ad esse, il PNRR riserva il ruolo di “strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici” ed in esse “sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie”, nonché “il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi e la strumentazione polispecialistica”. Una

differenza sostanziale³¹ è che le “strutture di prossimità” previste dal Decreto Rilancio “non sono necessariamente un luogo fisico, ma piuttosto un modello organizzativo di aggregazione funzionale”, che rimanda in parte alle forme aggregative della medicina territoriale previste nel 2012 dalla legge n° 158, nota anche come Legge Balduzzi³² e riprese dal Patto della Salute 2014-2016.

Per quanto riguarda gli Ospedali di Comunità (OdC), il PNRR li identifica con una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, nasce per contribuire ad una maggiore appropriatezza delle cure e ad una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L’Ospedale di Comunità dovrebbe anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l’ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti. L’investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità.

31 Emanuele Rossi, Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un’innovazione che merita di essere valorizzata”. Corti supreme e salute 2021, 2 - ISSN 2611-8882.

32 La Legge Balduzzi prevedeva che le Cure Primarie si costituissero in forme organizzate sotto il nome di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) o Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP). Le prime come reti monoprofessionali mentre le seconde come reti multiprofessionali che prevedevano la presenza di ulteriore personale sanitario (specialisti, riabilitatori, ostetriche e tecnici sanitari).

A ben vedere, è qui che, però, il caleidoscopio ci restituisce, se non una contraddizione, quanto meno uno spunto di riflessione. Oltre all'evidenza di un sostanziale ritardo e di una profonda eterogeneità nella nascita e nello sviluppo di queste strutture³³, si palesa il rischio di iniziative multiple e pluricentriche che, sebbene orientate al medesimo fine (la presa in carico territoriale e l'orientamento all'accesso dei cittadini alle appropriate prestazioni sanitarie), poggino su spinte dissimili e disallineate, con il rischio di una sostanziale diseconomia di sistema e, in definitiva, di una inefficacia dell'azione complessiva.

In ogni caso, CdC e OdC sono modelli organizzativi concepiti ben prima del PNRR e che, fin ora, hanno dimostrato un'attuazione parziale e insufficiente, come, del resto, le AFT e le UCCP, che vedremo più avanti in questo stesso capitolo. Il finanziamento di tali iniziative con i fondi

33 Stando ad una *survey* condotta poco più di un anno fa dal Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei Deputati, i presidi delle cure intermedie attivi nei diversi sistemi sanitari regionali, si è evidenziato che, per 8 Regioni, non è stata dichiarata alcuna Casa della Salute/Comunità attiva. In totale, al 2020 erano 493 le Case della Salute dichiarate attive sul territorio nazionale. Ovviamente l'analisi risente del *bias* dei diversi modelli organizzativi adottati (uno tra tutti, la Lombardia, che nel 2015 ha riformato il sistema socio sanitario regionale, avviando al contempo una sperimentazione e ha poi definito l'unità d'offerta socio sanitaria residenziale "Cure Intermedie", comprensive delle ex strutture di assistenza Post- Acuta e delle ex Riabilitazioni socio-sanitarie, specialistica, generale e geriatrica, di mantenimento). Tuttavia, volendo considerare lo sforzo organizzativo di costituzione delle Case della Salute come *proxy* per l'avvio e lo sviluppo delle Case della Comunità, il report ben fa comprendere le difficoltà – rese ancora più estreme dal sistema federalista – che le regioni incontrano nel pervenire a nuovi modelli organizzativi. Spiccano, in questo scenario, tre differenti "categorie": le prime della classe, come l'Emilia Romagna e la Toscana, i fanalini di coda, come la Campania, la Puglia e le Province Autonome, e i "fuori dal coro" come, appunto, la Lombardia. Vero è che la legge Finanziaria 2007, che già stanziava specifiche risorse per la sperimentazione del modello assistenziale case della salute, aveva previsto "appena" 10 milioni di euro (con successive Linee Guida del Ministero della Salute per l'accesso al cofinanziamento ai fini della sperimentazione progettuale). Per quanto riguarda gli OdC, A fine 2020, erano 11 le Regioni che dichiaravano di non avere attivato alcun OdC ed erano 163 gli OdC attivi con 3.163 posti letto.

straordinari del Piano genera una aspettativa che sarebbe imperdonabile deludere. E che dovrebbe, in linea con la accezione “europea” del termine resilienza, portare il Paese oltre il livello che ci si sarebbe atteso in assenza di pandemie. Solo così è possibile dimostrare che si sia trattata di pura resilienza, e non di mera resistenza. Inoltre il PNNR finanzia solo i lavori strutturali ma non le spese per il personale né la formazione. Senza formazione queste innovazioni non possono essere qualificate.

La Telemedicina e la digitalizzazione

Un analogo scenario si registra nel campo della Telemedicina e della Teleassistenza: anche qui si sono evidenziate, in passato, lentezza, frammentarietà e mancanza di *governance*. Nel 2018 il Ministero della Salute ha promosso la mappatura delle esperienze di telemedicina. I dati forniti dall’indagine, che possiamo definire pre-pandemici, illustrano progetti e soluzioni di *digital health* adottati su tutto il territorio nazionale nell’ambito di attività sanitarie strutturate e progetti pilota. Il documento mostra come l’ambito di applicazione preferenziale sia stato la specialistica ambulatoriale con sistemi gestiti dalle aziende sanitarie. I progetti che hanno coinvolto l’ambito della medicina generale rispetto al totale del comparto della specialistica ambulatoriale sono estremamente esigui e marginali. Dopo la prima fase pandemica c’è stato un forte incremento delle iniziative, stabili, però, dallo scorso giugno³⁴. L’utente medio di tali iniziative era un paziente ultra-sessantacinquenne affetto da una o più patologie croniche, e i servizi maggiormente rappresentati sono

34 Monitor 46 - Uso degli strumenti digitali nel campo della medicina generale.

stati il teleconsulto, il telemonitoraggio e la telerefertazione. Tuttavia, è stato evidente già nelle prime fasi della digitalizzazione della sanità che proprio il settore del Sistema Sanitario Nazionale votato alla gestione del paziente cronico e complesso, è stato escluso da una progettualità che ha come obiettivo il contenimento degli accessi ospedalieri impropri e la domiciliarità delle cure. Attualmente gli strumenti di *e-health* adottati nei diversi ambiti della sanità pubblica appaiono ancora come modelli “a silos”, dove ciascun servizio fa confluire dati che riguardano prettamente il comparto o la specialistica di riferimento³⁵, per cui non si configura una complementarietà dello strumento tecnologico con il rapporto umano tra il professionista della Sanità e l’utente, così come dovrebbe essere.

Dunque, rispetto alle reali opportunità di utilizzo dei dati clinici questi aspetti risultano ancora primordiali, ed è lecito ritenere che in assenza di un Piano di digitalizzazione strutturato della Sanità non si possa realizzare tutto il potenziale dell’uso dei sistemi digitali in medicina, dal supporto decisionale, all’analisi dei dati di popolazione essenziali. In alcune regioni, ci si sta sforzando di far confluire le iniziative di telemedicina entro una piattaforma unica – rapidamente sviluppatasi

35 Si consideri anche che molte Cartelle Cliniche Elettroniche (EMR) assolvono eminentemente a esigenze amministrative e di tutela verso eventuali iniziative di contenzioso. Si aggiunga, poi, che in molte realtà aziendali non c’è affatto traccia di EMR. In alcune Regioni, ad esempio, le EMR ospedaliere sono per lo più *software* forniti gratuitamente da aziende farmaceutiche con profili specialistici (es. cartella cardiologica) non nativamente interpretabili con i sistemi informativi aziendali preesistenti e che, quindi, mal si integrano (o si integrano con enorme dispendio di risorse organizzative ed economiche) con i *software* gestionali (ADT, CUP ecc) creando ulteriore parcellizzazione di dati. Anche nell’ambito della medicina generale sono abbastanza diffusi esempi di *software* gestionali, con estensioni più o meno strutturate, che permetterebbero al clinico di prendere decisioni basate sui dati contenuti nella cartella clinica informatizzata, di volta in volta vengono interpretati dal sistema in base alla *query*. Si tratta di sistemi di “clinical decision support system”, che permettono di orientare il medico nella scelta diagnostica e terapeutica.

sotto la pressione pandemica. Pregevole, in tal senso, lo sforzo di disincentivare iniziative slegate e autarchiche e alimentare, invece, un patrimonio tecnologico e informativo unico e governato, superando una regia debole e destrutturata.

Sempre in termini di digitalizzazione, per quanto riguarda la componente 2, si registra un timido ma incoraggiante progresso nello stato di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Definito dalla bozza di riforma territoriale come “il punto di accesso per il SSN per le prestazioni sanitarie e, al contempo, strumento di raccolta ed elaborazione dati per gli operatori sanitari e gli organi di programmazione regionale, al fine di un miglioramento continuo della qualità dell’offerta”, il FSE è finalizzato a garantire la diffusione, l’omogeneità e l’accessibilità dei dati su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari, funge, dunque, da base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l’intera storia clinica del paziente e come strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche in esso contenute per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari. Profondamente critico in alcune regioni fino al 2019, ha subito una forte accelerazione nell’ultimo biennio, con 21 Regioni attive, di cui 4 in regime di sussidiarietà (Abruzzo, Calabria, Campania e Sicilia)³⁶. Al

36 In particolare, consultando la *dashboard* del FSE sul sito del Ministero aggiornata a febbraio 2022, tra le Regioni, 12 raggiungono il 100% di servizi realizzati mentre 5 si collocano al di sotto del 95% (4 in regime di sussidiarietà). Sono circa 58 mln i FSE attivi e poco meno di 400 mln i referti digitalizzati alla data attuale. Se ben fa sperare la rapidità nell’incremento percentuale di servizi del Fascicolo realizzati (Campania e Calabria mancavano all’appello nel dicembre 2019 e attualmente sono al 98% e 100% di attuazione), molto eterogenea è ancora l’utilizzo del FSE da parte dei cittadini (si va dallo 0% in Basilicata, Marche, Molise e PP.AA. di Trento e Bolzano al 100% di Lazio e Sardegna al monitoraggio dell’indicatore “Cittadini che hanno utilizzato FSE

di là di un mero ruolo infrastrutturale e comunicativo, il FSE si colloca alla base della cosiddetta Medicina di Popolazione e cioè dell'utilizzo di modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio e la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse. In tale logica, alcune regioni hanno per prime iniziato a lavorare a livello centrale sulla stratificazione epidemiologica degli assistiti allo scopo di conoscere la domanda potenziale e sensibilizzare verso una presa in carico proattiva e una migliore programmazione delle risposte.

Si pensi ad Emilia Romagna, Veneto, Lazio, Lombardia. Ma molte altre risultano profondamente indietro. Se la stratificazione della popolazione e l'analisi dei bisogni sono da considerarsi pivotali nell'attuazione del nuovo modello di medicina territoriale e nella reale implementazione della medicina di iniziativa, si rischia di assistere ad un'ulteriore dilatazione del *gap* tra regioni e, in definitiva, una mancata attuazione della riforma a livello nazionale.

In sintesi, lo strumento digitale e tecnologico non deve essere sostitutivo ma complementare ed ancillare al rapporto umano, che deve restare centrale.

negli ultimi 90 gg”), dei medici (0% per Basilicata, Calabria, Campania, Liguria e PA di Bolzano, 100% per Emilia Romagna, Lombardia, Sardegna, Valle d’Aosta, Trento per l’indicatore “Medici che hanno utilizzato il FSE nel IV trimestre 2021” e, addirittura, 0% per tutte le Regioni, fatta eccezione per Sicilia, Umbria e Valle d’Aosta – con percentuali deboli – per l’indicatore “Medici che alimentano il FSE con il profilo sintetico del paziente”) delle Aziende Sanitarie (in sole 3 regioni, Lombardia, Toscana e Trento si raggiunge il 100% degli operatori abilitati al FSE; in 5 Regioni, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Umbria e PA Bolzano - la percentuale è 0%; solo in 8 Regioni, Emilia Romagna, FVG, Lombardia, Puglia, Sardegna, Toscana, Valle d’Aosta e Veneto, si registrano percentuali superiori al 50% dell’indicatore “Aziende Sanitarie che alimentano il FSE”).

Prossimità e distanziamento

In linea con il precedente, un altro dualismo interessante nell'ambito dei modelli di salute contemporanei riguarda proprio il concetto di *prossimità* in sanità. Si tratta di un termine che ha destato particolare risonanza negli ultimi anni, grazie anche, come abbiamo visto fin ora, ad un progetto sempre più avanzato di rilancio della sanità territoriale. Usando le parole pronunciate dal Ministro Speranza di fronte alla Commissione Affari Sociali della Camera nel settembre del 2020, *prossimità* è “cominciare a pensare un Servizio Sanitario Nazionale prossimo, vicino, nell'immediatezza delle esigenze del cittadino”. E nello stesso anno si è avviata anche la preparazione del documento “Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”, conosciuto ai più come D.M. 71³⁷ e licenziato in bozza nel giugno dell'anno successivo, che punta alla valorizzazione della assistenza primaria quale paradigma di inclusività, equità, convenienza ed efficienza per il miglioramento della salute fisica e mentale degli individui, così come del benessere della società. Il 2020 diviene, dunque, l'anno in cui si getta il seme per la materializzazione (e il dimensionamento) di nuove strutture di accesso e presa in carico dei cittadini, ispirate alla prossimizzazione dei servizi, ivi inclusi quelli di ricovero e di *transitional care* (Ospedali di Comunità, Case di Comunità).

37 Per fare da contraltare al DM 70/2015 sugli standard ospedalieri, attualmente in revisione.

Eppure il 2020 è stato anche l'anno del *distanziamento*, della solitudine dei morti e dei ricoverati, della frammentazione della comunità, del contingentamento dei posti a sedere, della chiusura degli accessi, della limitazione degli scambi sociali, della protezione individuale. Un distanziamento che ha drammaticamente separato il cittadino dai servizi generali e dai servizi assistenziali, che lo ha allontanato dai punti di riferimento, che ha creato barriere e filtri, che ha posto limiti e distillato le priorità, isolando l'assistito dal medico con gli studi chiusi e le barriere tecnologiche e il difficile accesso agli ospedali e agli ambulatori.

In questa distanza hanno trovato spazio dei “filler” assistenziali, destinati a “riempire” il vuoto lasciato dalle norme di cautela. Tra questi, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), costituite in ottemperanza all'Articolo 8 del Decreto-Legge 9 del marzo 2020 n. 14 ed al Decreto-Legge 9 marzo 2020 della Commissione Salute, approvato in data 16 marzo 2020, e volte ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da COVID-19 nell'ottica di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività di assistenza ordinaria. O, ancora, gli strumenti digitali di sorveglianza attiva, sviluppati in molti contesti con una velocità straordinaria. Un esempio, in Regione Campania, è la piattaforma e-Covid SINFONIA, implementata dalla Direzione Innovazione Logistica Integrata Sanità Digitale sulla base del “Protocollo operativo regionale per la cura e la gestione a domicilio dei pazienti sospetti/affetti da SARS-CoV-2 (COVID19)”. E-COVID Sinfonia “realizza – si legge sul sito della Regione – uno strumento digitale evoluto a supporto dell'interazione della medicina territoriale con il

cittadino/paziente anche attraverso un'apposita Mobile App, consentendo un tracciamento uniforme delle informazioni a livello regionale, un supporto al coordinamento delle risorse della medicina territoriale del SSR coinvolte nella gestione dell'emergenza, il consolidamento e il trattamento uniforme delle informazioni dei test clinici Covid19 (sierologici e tamponi) e la loro integrazione nei processi di gestione e monitoraggio dei pazienti Covid19 non ospedalizzati.

In sintesi una maggior complessiva coesione di intenti e di azione per contenere in modo coordinato proattivamente e reattivamente le potenziali situazioni di rischio in questa emergenza e per garantire una maggior *vicinanza* del servizio sanitario regionale ai cittadini". Dal gennaio 2020, peraltro, è stato rilasciato un nuovo aggiornamento che implementa SINFONIA con le funzionalità di richiesta alle USCA da parte di MMG/PLS e di richiesta agli specialisti e relativa gestione da parte degli stessi.

Si sconta ancora, tuttavia, una profonda disomogeneità tra regione e regione con numerosi punti ancora da risolvere in termini di organizzazione dell'offerta, rendicontazione amministrativa ed economica, nonché in termini di *health (il)literacy* dei cittadini e dei *caregiver*.

Se la maggior parte delle regioni, seppure con diversi livelli di avanzamento e profondità, ha già cominciato a disegnare processi strutturati di presa in carico della cronicità facendo leva sulla medicina d'iniziativa e sull'arruolamento in PDTA, in molti casi non risultano

ancora definiti formalmente il contributo e gli strumenti di governo tramite cui la medicina generale partecipa a questi processi.

Le forme di associazionismo tra i medici del territorio, altro tessuto fondamentale nell'ottica della presa in carico, stentano a decollare, specie in alcune regioni, rimanendo solo sulla carta delle delibere istitutive che avrebbero previsto adeguamenti di personale e tecnologie non ancora effettuate. Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) rappresentano un presupposto funzionale e strutturale per creare economie di scala e di *know-how* e per far decollare il nuovo modello organizzativo della medicina territoriale. Sono le AFT e le UCCP le funzioni specifiche in cui attuare il modello della medicina di iniziativa, assicurando all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, e investendo sulla prevenzione e sull'educazione alla salute. Il 68 per cento dei medici di medicina generale (28.944) opera in qualche forma associata, con punte massime dell'86 per cento nella provincia autonoma di Trento, dell'84 per cento in Veneto e Emilia-Romagna e punte minime del 19 per cento in Friuli, del 40 per cento in Calabria e del 48 per cento in Campania. Circa un terzo dei medici continua a lavorare in forma singola. La percentuale dei pediatri associati è simile (67 per cento). Le associazioni multiprofessionali sono state disattese, fin dalla loro istituzione, in diverse regioni o contrastate con altri modelli, come in Lombardia.

E, se la componente strutturale dell'associazionismo e della cooperazione è ancora lontana dall'obiettivo³⁸, lo è anche la componente "funzionale". Un esempio per tutti è rappresentato dall'implementazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) territoriali. Da un *technical report* pubblicato nel 2016 su Research Gate si evidenzia ancora una profonda eterogeneità nell'utilizzo di questo strumento. Uno studio pilota sullo stato di attuazione dei PDTA nelle regioni italiane evidenzia che i soggetti promotori dei PDTA risultano essere nella maggioranza dei casi le Aziende Sanitarie seguite dalle Regioni e che il coordinamento dei PDTA è affidato nella maggior parte dei casi all'Ospedale (70%). Seguono il MMG (63%), Distretto (59%) mentre i percorsi coordinati da AFT, UCCP e Case della Salute totalizzano rispettivamente 15%, 9% e 7%. Nel 60% dei casi nell'erogazione del PDTA non si utilizza un sistema informativo integrato ospedale-territorio. Ci sarebbe da

38 Si intravede, del resto, una forte criticità nel coinvolgimento di MMG/PLS: gli accordi collettivi nazionali (ACN) susseguitisi negli anni hanno sostanzialmente ricalcato l'accordo originale del 2005 (16 anni fa!) con modifiche non sostanziali, cosa che non rende l'ACN attualmente un valido strumento di programmazione. I tre livelli di contrattazione previsti peggiorano ulteriormente il quadro, creando disomogeneità nella erogazione dei LEA a livello territoriale. Anche la legge 189/2012 (Balduzzi) non è riuscita a rendere gli ACN funzionali alla programmazione e alla negoziazione degli obiettivi, limitandosi a dare indicazioni – a volte già realizzate in alcune regioni – per la strutturazione dei nuovi ACN, non affrontando il nodo della personalità giuridica e del rapporto con i SSR dei MMG, dei PLS, e degli Specialisti Ambulatoriali. In questo contesto va anche rilevato che una delle maggiori carenze del sistema attualmente in campo è che non contempla un sistema di valutazione che abbia delle effettive ricadute e possa costituire un incentivo ad innalzamento del livello di qualità del sistema territoriale. Sugli Specialisti Ambulatoriali Interni va fatto un discorso a parte perché il loro processo di "internalizzazione" è in corso da anni e ha permesso che in alcune realtà entrassero nella programmazione regionale/aziendale in modo coerente con i bisogni organizzativi.

In un ACN più snello andrebbero definiti i criteri strutturali, organizzativi, di volumi di attività e di qualità delle prestazioni, necessari per l'accesso al convenzionamento con il SSR. Andrebbero poi definite le modalità di verifica programmata per il raggiungimento degli obiettivi assegnati. La revisione dell'ACN sarebbe sostanziale e dovrebbe eliminare tutti quegli spazi di ambiguità descritti sopra, atti a favorire una reale cerniera tra i cittadini e le strutture sanitarie.

puntualizzare l'attenzione (e dare una forma di ordine) ai cosiddetti PDTA regionali, frutto non armonizzato dei decreti regionali sulle reti assistenziali ma spesso sviluppati senza una reale competenza tecnica e con *frame work* inagibili. Anche in questo caso si evidenzia la indispensabilità della formazione dei professionisti della Sanità, per affrontare i nuovo scenari e per fare in modo che i cambiamenti siano sostanziali e non informali.

In sintesi, la pandemia ha reso ancora più evidenti, soprattutto in alcune regioni, aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto, nonché, come evidenziato dal Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2021 della Corte dei Conti, “da una situazione di aggravamento dei bisogni e della domanda relativa di salute da parte della popolazione per la permanenza della pandemia”.

Giustizia distributiva

Un altro binomio di estrema attualità, di quelli che sanno generare dialettiche intriganti non solo nella comunità scientifica, riguarda il dualismo *infettività* e *virulenza*, cui si dà il merito di aver quasi fatto dimenticare quello di mortalità e letalità, impostosi all'inizio della pandemia. Un tempo termini confinati nei salotti di esperti o nei testi di epidemiologia ed infettivologia, hanno ora espresso con chiarezza la potenza del proprio significato anche al grande pubblico, impegnato fin dai primi mesi del 2020 a verificare comportamenti dissimili del virus

responsabile della pandemia da COVID-19 a seconda del tipo di soggetto contagiato (anziani vs giovani, soggetti a rischio maggiore o minore ecc). Con l'attuale e progressivo passaggio di testimone di variante in variante, sembra sia documentabile una sempre maggiore diffusibilità delle varianti virali selezionate a fronte di una minore patogenicità (e, di conseguenza, letalità). Eppure, secondo il perverso gioco di taluni dualismi, cambiando l'ordine (o, meglio, l'intensità) dei fattori il prodotto non cambia: lo stress che, con trend ondulatorio, si registra sui servizi di assistenza e cura, sia territoriali che ospedalieri, ha indotto il Ministero della Salute a disporre periodicamente un *rafforzamento delle misure organizzative per la gestione della fase epidemica*³⁹, raccomandando alle “regioni la tempestiva attivazione di tutte le misure organizzative atte a fronteggiare un eventuale incremento anche sostenuto della domanda di assistenza sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2, sia a livello territoriale che ospedaliero, garantendo l'adeguata presa in carico dei pazienti affetti da COVID-19 in relazione alle specifiche necessità assistenziali”.

E la crisi del sistema diviene, con picchi stagionali, sempre più evidente tanto da disporre la sospensione dei ricoveri programmati (non COVID) sia medici che chirurgici presso le strutture sanitarie pubbliche, limitando la possibilità di effettuare ricoveri ai soli casi che rivestano carattere d'urgenza “non differibile”, con la dovuta eccezione dei ricoveri per pazienti oncologici, oncoematologici, di pertinenza ostetrica,

39 Tra novembre e la prima metà di dicembre 2021, sul territorio nazionale sono stati registrati rapidi incrementi dell'incidenza, fino a raggiungere i 241 casi/100.000 con un tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva (9,6%) e nelle aree mediche (12,1%).

trapiantologica, nonché delle prestazioni salvavita e di quelle la cui mancata erogazione può pregiudicare nell'immediato la salute del paziente e, pertanto, non procrastinabili. Analoghi provvedimenti sono stati intrapresi per le attività di specialistica ambulatoriale, nelle medesime strutture, a meno che non siano caratterizzate da urgenza o indifferibilità.

Ed è proprio la saturazione periodica dei sistemi sanitari a condurci ad un'altra riflessione: quella sulla *giustizia distributiva*, un concetto che rimanda alla equità della ripartizione dei beni materiali e morali in una comunità politica - o, se vogliamo, alla ripartizione delle risorse disponibili in modo giusto tra coloro che ne hanno bisogno. Applicato allo scenario della società attuale, messa in crisi ad ogni livello dalla pandemia, si hanno almeno due ambiti su cui è opportuno riflettere su questo aspetto dell'equità: il primo riguarda proprio la scelta di allocare le risorse, in un contesto che le vede per definizione limitate, ad un bisogno piuttosto che ad un altro. Sia nel 2020 che nel 2021 e nel 2022, nelle fasi critiche dell'epidemia, le istituzioni hanno dirottato tutti i mezzi disponibili (uomini, macchine, posti letto, attività di ricerca...) al contrasto dell'epidemia stessa e delle sue conseguenze sui sistemi sanitari e sociali, intendendo l'una e le altre come bisogno prioritario. Tutto ciò che non fosse *COVID-related*, è stato gerarchizzato secondo una scala di urgenza/non urgenza, allo scopo di rinviare a tempi migliori i bisogni di salute che fossero in condizione di attendere tempi migliori. Questo capitava quando i beneficiari (o gli esclusi) della ripartizione avevano una pari condizione di "innocenza" rispetto al bisogno espresso (il cardiopatico o il contagiato da COVID non avevano colpe evidenti,

non avevano compiuto scelte che avessero cagionato il loro stato di bisognosi di cure). Nel 2022, la giustizia distributiva ha compiuto la medesima selezione, stabilendo ancora una volta che il cardiopatico differibile possa aspettare tempi migliori per far spazio al malato COVID. Tuttavia, un elemento etico di non poco conto si insinua oggi in questa considerazione, e diviene il secondo ambito di riflessione del concetto di equità distributiva: la maggior parte dei pazienti COVID che richiedono cure e, tra queste, cure intensive, è rappresentata da pazienti che hanno scelto di non vaccinarsi. Ad essi è riservata una assistenza critica, disperata, realizzata con tutti i fondi del barile della abnegazione, della responsabilità, della dedizione, della competenza dei professionisti della salute, al contempo sottratta ad altri che non hanno avuto possibilità di scegliere.

L'effetto di tale fenomeno si legge sui volumi di prestazioni erogati negli anni della pandemia e nel differenziale rispetto agli anni precedenti. Per quel che riguarda i ricoveri ospedalieri, la lettura comparativa dei dati SDO (schede di dimissione ospedaliera) degli anni 2019-2020 evidenzia una rilevante flessione dell'erogazione complessiva dei ricoveri nel 2020 rispetto all'anno precedente, con una perdita in termini di volumi di circa 1 milione e mezzo di ricoveri.

Analizzando il differenziale nella produzione di prestazioni ospedaliere per acuti erogate complessivamente in Italia negli anni 2019-2020, in termini di volumi e tipologia di ricovero, si registra un calo di 452.979 ricoveri urgenti (di cui, 387.907 di tipo medico e 65.072 di tipo chirurgico) e 1.118.997 ricoveri programmati, di cui 341.828 medici e 777.169 chirurgici.

Da un approfondimento in merito alle specialità chirurgiche maggiormente interessate dal fenomeno, è emersa una particolare flessione nei ricoveri afferenti alle branche di Otorinolaringoiatria, Chirurgia Generale e Ortopedia.

Per gli interventi sul sistema cardiovascolare si è assistito a un calo superiore al 25% dei ricoveri relativi a cardiologia interventistica, mentre più contenuta, intorno al 16%, è risultata la riduzione dei ricoveri per impianti di defibrillatori e pacemaker.

Per quanto riguarda i ricoveri di chirurgia oncologica, nonostante questa tipologia di ricoveri fosse stata esplicitamente esclusa dal gruppo di prestazioni programmate che potevano essere considerate procrastinabili⁴⁰, si evidenzia una riduzione del 12% rispetto ai volumi erogati nell'anno precedente.

Infine, si rileva una flessione del 4,5% nelle attività chirurgiche di trapianto d'organi (incluso midollo osseo).

Per quel che riguarda la casistica dei ricoveri in ambito medico si evidenzia una forte riduzione dei ricoveri legati al trattamento di malattie cardiovascolari: i ricoveri per “Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata” e “Insufficienza cardiaca e shock” sono calati di 13.981 e 8.222 unità rispettivamente, indicando che l'attività delle cardiologie nella cura e prevenzione delle malattie coronariche e nella gestione dello scompenso cardiaco hanno avuto una battuta d'arresto. Anche le malattie valvolari e aritmiche hanno registrato cali significativi delle ospedalizzazioni.

40 Circolare DGPROGS n. 7422 del 16 marzo 2020.

Inoltre, si è registrato un calo importante nei ricoveri volti alla gestione del paziente oncologico per le principali neoplasie maligne, con una riduzione di circa il 20% per i tumori di mammella, polmone, pancreas e apparato gastro intestinale. I ricoveri per radioterapia si sono ridotti invece di circa il 15%. Anche i ricoveri per chemioterapia, escludendo le diagnosi di leucemia, hanno subito una forte riduzione in termini assoluti (7.421 ricoveri), pur non raggiungendo le stesse flessioni in termini percentuali (-5%). Ancora, sono diminuiti tra il 30 e il 40% i ricoveri legati alla gestione del paziente cronico con polimorbidità e fragilità (insufficienza renale, disturbi della nutrizione, psicosi, demenza, BPCO), del 20 % i ricoveri neonatali e, in generale, dei ricoveri pediatrici, con punte fino al 50%. Un calo sensibile si è avuto anche per ricoveri in ambito psichiatrico (intorno al 30%).

Questi dati evidenziano una generale flessione dell'attività ospedaliera, tanto sui DRG chirurgici quanto sui DRG medici, che ha con tutta probabilità determinato l'impossibilità di curarsi di pazienti affetti da patologie diverse dal COVID-19.

Da una analisi più approfondita che ha incluso la classe di priorità di ricovero si evidenzia, sia per le prestazioni chirurgiche che per quelle mediche, come la maggior parte delle prestazioni perse appartenevano alla classe di priorità A, ovvero che avrebbero dovuto essere eseguite entro 30 giorni.

L'analisi sui dati del flusso SDO 2021, ancora in corso di consolidamento, mostra una ripresa dell'attività ospedaliera con un

aumento complessivo di 371.136 ricoveri rispetto al 2020, cronologicamente correlabile con l'avvio della campagna vaccinale.

Si sta registrando un progressivo incremento della presa in carico dei pazienti affetti da malattie differenti da COVID-19, resa possibile dall'alleggerimento della pressione sugli ospedali causata dai ricoveri di pazienti affetti da COVID-19 che a partire dal mese di aprile 2021 ha mostrato una progressiva riduzione, sia nei reparti a media intensità assistenziale, sia nei reparti di terapia intensiva.

Dualismi, contraddizioni e composizione nel caleidoscopio della Sanità Pubblica

L'esercizio dei dualismi potrebbe continuare con altre dialettiche sollecitate dalla analisi della società contemporanea: da quella storica e sempre estremamente attuale tra *prevenzione* e *cura*, a quella “pandetica” tra *libertà individuale* e *pubblica sicurezza*, a quella tra *pubblico* e *privato* o tra *ospedale* e *territorio*, ma si tratta di approfondimenti che vanno al di là degli obiettivi di questo capitolo.

Sta di fatto che, come insegna la legge dell'eterogenesi dei fini, che gli obiettivi che la storia realizza spesso non sono quelli che gli individui o le comunità si propongono, ma sono piuttosto il risultato della combinazione, del rapporto e del contrasto sia delle volontà umane tra di loro sia delle condizioni oggettive. E, per il sommarsi delle conseguenze e degli “effetti secondari” dell'agire, si modificano gli scopi originali, o nascono nuove motivazioni, anche di carattere non intenzionale.

Sicuramente, in una sanità basata sulle scelte, è necessario una visione complessiva, che consideri tutti i fattori di gioco (etica, costi, efficacia, umanizzazione, bisogni degli utenti). E come per la medicina, anche il management sanitario, a tutti i livelli, deve compiere lo sforzo culturale e speculativo di utilizzare le opportunità della ricerca organizzativa ed etica ai fini della programmazione e delle scelte allocative e di investimento in Sanità e in tutte le sue declinazioni. Come già la medicina basata sull'evidenza ha tentato e tenta di comporre l'apparente dualismo tra clinici e *manager*, così il vero *management* basato sull'evidenza promette di affrontare, con il rigore della tecnica e della scientificità, ma anche con tutte le componenti etiche e di umanizzazione, le contraddizioni e le contrapposizioni che sfidano l'universo salute contemporaneo.

A valle di questo viaggio nel pianeta dei dualismi e delle contraddizioni del sistema salute, attraversato da un evento straordinario quanto globale qual è la pandemia da Sars-CoV-2, resta la necessità assoluta che, come il personaggio del romanzo di Gončarov presentato in apertura di capitolo, il servizio sanitario possa definitivamente incamminarsi lungo un vero percorso di qualità, che tenga conto di tutte le componenti: necessità di rimodulazione delle strutture e dell'organizzazione; nuove tecnologie; formazione e adeguamento del personale; programmazione e valutazione dell'offerta sanitaria utilizzando gli strumenti epidemiologici.

Innovazioni tecnologiche e riduzione dello stress preoperatorio nei pazienti pediatrici. L'accelerazione delle *new technologies* durante la pandemia

Ciro Esposito, Assunta Turco, Maria Escolino, Mariapina Cerulo

L'ansia e lo stress pre-operatori sono problemi comuni che affliggono la maggior parte dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. Ciò risulta particolarmente vero per il paziente pediatrico. Le manifestazioni cliniche dell'ansia sono diverse: agitazione, pianto, tremore, comportamenti di fuga. Tali manifestazioni sono state associate a conseguenze cliniche e psicologiche avverse sia per il piccolo paziente che per la famiglia come ad esempio maggior dolore post-operatorio, delirio, enuresi notturna ed ansia da separazione. Per tali ragioni, nell'ultimo periodo, si è posta sempre maggiore attenzione alle tecniche atte a ridurre l'ansia pre-operatoria e tutte le conseguenze ad essa associate. C'è inoltre da considerare che la pandemia da Covid-19 ha letteralmente sconvolto il mondo che tutti eravamo soliti conoscere e vivere. Con quali effetti sulla sfera mentale e psicologica dei piccoli pazienti? Sicuramente anche per il bimbo che vive l'ospedale qualcosa è cambiato: a fronte della parvenza di tranquillità che si era soliti assicurare al piccolo paziente nel luogo di cura, con la scuola in ospedale, attività ludiche di ogni genere assicurate dalle associazioni di volontariato si è venuta a creare, in epoca pandemica, una situazione in

cui le norme comportamentali quali il distanziamento sociale, la chiusura forzata delle aree gioco di reparto, l'assenza delle quotidiane visite di parenti ed amici hanno portato alla progressiva e graduale alienazione di mamma e bimbo in uno sconosciuto microcosmo di solitudine che alimenta ulteriormente la condizione di stress ed ansia correlata.

Nel corso degli anni sono stati utilizzati diversi metodi di riduzione dell'ansia, ancora oggi in uso, come la costante presenza genitoriale all'induzione dell'anestesia e l'utilizzo, nell'immediato pre-operatorio, di farmaci ipno-sedativi che inducono amnesia anterograda. Molto più efficaci si sono dimostrati essere tutti gli elementi che aiutano il piccolo a distrarsi e ad allontanare il pensiero dell'imminente evento di stress, come ad esempio la musica, la TV o la visualizzazione di video tramite smartphone o tablet.

Ed ecco come la tecnologia del III millennio, spesso additata come strumento di disturbo o addirittura diseducativo, entra con prepotenza a far parte del "sistema di cura" nelle unità chirurgiche pediatriche.

Uno degli ultimi must in termini di New Technologies è proprio la realtà virtuale, una tecnologia molto avanzata che permette all'utente di immergersi in un mondo 3D generato dal computer. La realtà virtuale, utilizzabile con un visore facilmente indossabile, è oggi la forma più comunemente adottata di videogaming attivo disponibile sul mercato.

Tale sistema risulta, inoltre, particolarmente adatto a bambini ed adolescenti che già normalmente sono soliti utilizzare i videogames. Studi scientifici hanno già descritto come l'esperienza di realtà virtuale aiuti nella gestione dello stress in pazienti adulti sottoposti a

chemioterapia ma anche come essa aiuti nella gestione del dolore in pazienti con gravi ustioni o traumi. L'utilizzo della realtà virtuale nella popolazione pediatrica è molto più recente ed ha lo scopo di aumentare la soglia del dolore durante il cambio della medicazione, nei prelievi ematici o nella riabilitazione neuropsicologica.

Ancora pochi studi sono stati effettuati sull'uso della realtà virtuale per i piccoli pazienti chirurgici.

Negli ultimi anni il nostro team della Chirurgia Pediatrica della Federico II sta lavorando duramente nell'intento di costruire percorsi di umanizzazione per le sale operatorie della chirurgia pediatrica ed abbiamo ipotizzato, anche per i nostri piccoli pazienti, l'adozione della realtà virtuale al fine di migliorare il loro approccio alla procedura chirurgica. Abbiamo pertanto creato un programma di realtà virtuale e il primo step di tale programma è quello di adottare la realtà virtuale con l'uso del visore nei pazienti pediatrici nella fase pre-operatoria al fine di esaminare l'efficacia dell'esperienza virtuale nella riduzione dello stress e dell'ansia pre-operatori del piccolo paziente.

Dobbiamo considerare che ogni anno in Italia circa 200.000 pazienti pediatrici vengono sottoposti ad intervento chirurgico ed anche i bambini ben preparati e con attitudini positive, vivono l'esperienza della sala operatoria come un evento stressante. Nello specifico, l'induzione dell'anestesia viene vissuta come l'evento più ansiogeno della fase pre-operatoria. E' inoltre ben comprovato che l'ansia pre-operatoria causa sensazione di disagio non solo prima dell'intervento chirurgico ma è

anche associata a cambiamenti postoperatori negativi, rimessa lenta, disturbi del sonno e difficoltà dell'alimentazione.

La realtà virtuale proietta il paziente in una nuova dimensione 3D sia spaziale che uditiva consentendo al bambino di sperimentare una nuova esperienza in una realtà parallela e dimenticando completamente di essere all'interno di una sala operatoria. Il paziente ha in genere due possibilità: guardare video in 3D oppure interagire con le proprie mani attraverso 1 o 2 *controllers* giocando con videogames 3D.

Secondo la nostra esperienza presso le sale operatorie della Chirurgia Pediatrica del policlinico Federico II, i vantaggi maggiori dell'utilizzo della realtà virtuale durante l'accesso del piccolo paziente alla sala operatoria, sono stati una riduzione significativa dello stato d'ansia e l'aumento della compliance del paziente durante l'induzione dell'anestesia. È importante sottolineare anche che tale tecnologia è clinicamente sicura e senza effetti collaterali. Tutti i pazienti che hanno sperimentato la realtà virtuale nel nostro progetto sono stati entusiasti dell'esperienza effettuata: infatti essi hanno definito la loro esperienza come estremamente rilassante, mentre la maggior parte dei pazienti che hanno sperimentato l'accesso in sala operatoria con il metodo convenzionale, hanno definito la propria esperienza come estremamente stressante.

Sulla base della nostra esperienza preliminare c'è però da considerare che prima di iniziare con l'utilizzo della realtà virtuale, il paziente ha bisogno di un incoraggiamento verbale che motivi all'utilizzo della stessa.

Il nostro programma sperimentale di realtà virtuale nel pre-operatorio ha davvero avuto un enorme successo e come primo step possiamo esserne più che soddisfatti; il passo successivo di tale programma sarà l'utilizzo della realtà virtuale anche nel post-operatorio con lo scopo di rendere sempre più piacevole un'esperienza che sicuramente crea disagio, stress e trauma soprattutto nei nostri piccoli pazienti.

Riferimenti bibliografici

KAIN ZN., MAYES LC., O' CONNOR TZ., CICCHETTI DV., *Preoperative anxiety in children. Predictors and outcomes*, in Arch Pediatr Adolesc Med 2006; 150: 1238–1245.

PLOGHAUS A., NARAIN C., BECKMANN CF., et al., *Exacerbation of pain by anxiety is associated with activity in a hippocampal network*, in J Neurosci 2001; 21: 9896–9903.

MIFFLIN KA., HACKMANN T., CHORNEY JM., *Streamed video clips to reduce anxiety in children during inhaled induction of anesthesia*, Anesth Analg 2012; 115: 1162–1167.

INDOVINA P., BARONE D., GALLO L., CHIRICO A., DE PIETRO G., GIORDANO A., *Virtual reality as a distraction intervention to relieve pain and distress during medical procedures: A comprehensive literature review*, Clin J Pain 2018; 34: 858–877.

WANG M., REID D., *Virtual reality in pediatric neurorehabilitation: Attention deficit hyperactivity disorder, autism and cerebral palsy*, in Neuroepidemiology 2011; 36: 2–18.

GALLO L., MINUTOLO A., DE PIETRO G., *A user interface for VR ready 3D medical imaging by off-the-shelf input devices*, in Comput Biol Med 2010; 40: 350–358.

DAHLQUIST LM., McKENNA KD., JONES KK., DILLINGER L., WIESS KE., ACKERMAN CS., *Active and passive distraction using a head-mounted display helmet: Effects on cold pressor pain in children*, in Health Psychol 2007; 26: 794–801.

LAW EF., DAHLQUIST LM., SIL S., et al. *Videogame distraction using virtual reality technology for children experiencing cold pressor pain: The role of cognitive processing*, J Pediatr Psychol 2011; 36: 84–94.

HOFFMAN HG., SEIBEL EJ., RICHARDS TL., FURNESS TA., PATTERSON DR., SHARAR SR., *Virtual reality helmet display quality influences the magnitude of virtual reality analgesia*, in J Pain 2006; 7: 843–850.

MALLOY KM., MILLING LS., *The effectiveness of virtual reality distraction for pain reduction: A systematic review*, in Clin Psychol Rev 2010; 30: 1011–1018.

SCHNEIDER SM., HOOD LE., *Virtual reality: A distraction intervention for chemotherapy*, in *Oncol Nurs Forum* 2007; 34: 39–46.

MAGORA F., COHEN S., SHOCHINA M., DAYAN E., *Virtual reality immersion method of distraction to control experimental ischemic pain*, *Isr Med Assoc J* 2006; 8: 261–265.

LI A., MONTANO Z., CHEN VJ., GOLD JI., *Virtual reality and painmanagement: Current trends and future directions*, in *Pain Manag* 2011; 1: 147–157.

KHOR WS., BAKER B., AMIN K., CHAN A., PATEL K., WONG J., *Augmented and virtual reality in surgery-the digital surgical environment: Applications, limitations and legal pitfalls*, in *Ann Transl Med* 2016; 4:454.

TENNANT M., ANDERSON N., YOUSSEF GJ., et al., *Effects of immersive virtual reality exposure in preparing pediatric oncology patients for radiation therapy*, in *Tech Innov Patient Support Radiat Oncol* 2021; 19:18–25.

TENNANT M., YOUSSEF GJ., MCGILLIVRAY J., CLARK TJ., McMILLAN L., MCCARTHY MC., *Exploring the use of immersive virtual reality to enhance psychological well-being in pediatric oncology: A pilot randomized controlled trial*, in *Eur J Oncol Nurs* 2020; 48: 101804.

Nuove forme di comunicazione in medicina: l'esperienza della Telepsichiatria in età evolutiva in corso di pandemia

Carmela Bravaccio, Maria Pia Riccio

Con il termine telemedicina, introdotto per la prima volta negli anni 70, ci si riferisce generalmente all'erogazione di cure mediche a distanza o medicina curativa. L'*Agenzia per la Ricerca e la Qualità della Sanità* (*Agency for Healthcare Research and Quality* - AHRQ) definisce l'*e-health* come l'uso di tecnologie dell'informazione e della comunicazione a supporto dei pazienti per la fornitura dei servizi relativi alla salute, alla prevenzione, all'informazione. Ogni branca, sulla scia di queste definizioni, ha sviluppato dei propri modelli di *e-health* basati su differenti modelli assistenziali; nascono così la telecardiologia, la teleradiologia e quindi anche la telepsichiatria. Gli esordi della telepsichiatria si hanno già negli anni '50 con i primi utilizzi di sistemi televisivi a scopo educativo e medico. Nel 1961 per la prima volta venne usata la videoconferenza per condurre psicoterapia. Nel 1973 venne usato il termine telepsichiatria per la prima volta negli USA.

Lo stato di emergenza sanitaria da nuova infezione da coronavirus (CoVid-19), ha comportato, tra le altre cose, una riorganizzazione dei servizi ospedalieri in Italia. In particolare, a partire dall'inizio del periodo

del primo *lockdown*, ovvero dall'8 Marzo 2020, è stata disposta la chiusura dei servizi ambulatoriali presso i presidi sanitari, per tutte le prestazioni considerate non urgenti. Questo ha comportato la necessità di una riorganizzazione dei servizi assistenziali e dato l'avvio alla diffusione di visite da remoto, mediante telemedicina. Tale riorganizzazione ha interessato anche i servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI).

Per ovviare alle difficoltà di gestione dei pazienti e per il proseguimento delle cure delle condizioni psichiatriche in età evolutiva, anche presso l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) di NPI della Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) Federico II, è stato attivato un servizio di telesalute, attraverso il quale sono state continuati da remoto i monitoraggi clinici e farmacologici dei pazienti più critici, in carico presso l'unità. L'attivazione del servizio di telemedicina ha richiesto una riorganizzazione dei servizi e l'avvio di percorsi di formazione per gli attori coinvolti. Il personale infermieristico ed amministrativo è stato formato per la ricollocazione delle visite di controllo programmate in modalità telematica. È stato altresì formato per dare opportune indicazioni e supporto alle famiglie per le modalità di accesso al servizio. Il personale medico ha effettuato un *training* di formazione sulle principali linee guida ed indicazioni da seguire per la gestione delle visite da remoto. I vantaggi legati alla metodica sono notevoli, tanto che anche dopo la prima ondata pandemica, la telepsichiatria è diventata parte dell'operato in pratica clinica.

I servizi di telepsichiatria, infatti, offrono servizi di alta qualità, riducendo i costi dei servizi, consentendo liste d'attesa più brevi e

flessibilità di orario. È possibile, inoltre, prevedere una maggiore frequenza di *follow-up* a vantaggio di una riduzione di stress di gestione del paziente con grave disabilità da parte delle famiglie.

Sebbene per molti aspetti la telepsichiatria può essere paragonabile ai servizi *de visu*, devono essere prese in considerazione numerose problematiche, specialmente in età evolutiva. Bisogna considerare infatti che potrebbe essere difficile stabilire una valida alleanza terapeutica mediante la televisita, specialmente per i pazienti che visitiamo per la prima volta, ma anche nei casi già conosciuti in cui è necessario fare modifiche terapeutiche. Sappiamo bene che l'alleanza terapeutica è alla base di una buona pratica clinica e questo vale ancora di più nella psichiatria dell'età evolutiva.

Nell'esperienza fatta durante l'emergenza, la modalità “schermo mediata” ha rappresentato in taluni casi un ostacolo nell'entrare in sintonia con il paziente o con la famiglia. Questo ha comportato un maggior numero di contatti e *follow-up* ravvicinati per alcuni pazienti, con necessità di “rivedere” il paziente più volte, rispetto alla normale prassi con visite in presenza.

Un altro aspetto da considerare è che gli adolescenti hanno bisogno dei propri spazi e tempi per affidarsi al clinico; la privacy rappresenta un punto fondamentale in un colloquio clinico ed è essenziale assicurarsi che durante la visita in remoto il paziente si senta a proprio agio in merito. Questo può essere reso più complicato durante la visita a distanza. Il paziente potrebbe non sempre avere uno spazio “proprio” in casa; anche quando si chiede al genitore di lasciare la stanza, la maggior parte dei pazienti continua a sentirsi “controllato”. D'altro canto, in

alcune situazioni, il contatto con l'ambiente domestico non è sempre vissuto con serenità e molti pazienti hanno mostrato disagio per questo motivo, durante questo tipo di visita. In altri casi, invece, la possibilità di condividere con il proprio medico spazi e oggetti della propria quotidianità, può in qualche modo rinforzare il legame interpersonale e può rappresentare un mezzo tramite cui conoscere meglio aspetti personali utili per lavorare in senso terapeutico con il paziente.

Le visite a distanza possono avere limiti nel monitoraggio dei pazienti affetti da patologie per le quali è necessaria anche una valutazione periodica e accurata dei parametri vitali e auxologici, come nei disturbi alimentari. In questi casi, la valutazione di questi parametri dovrebbe essere affidata al proprio medico di riferimento di medicina generale o al proprio pediatra e solo in casi estremi al *caregiver*, poiché potrebbe avere importanti ripercussioni sulla gestione terapeutica del paziente. Nella situazione d'emergenza vissuta, tuttavia, anche l'accesso ai pediatri di famiglia o al medico generico è stato ridimensionato, pertanto solo in casi più delicati siamo ricorsi al coinvolgimento di queste figure. Il rischio è quello di sottovalutare situazioni cliniche che possano implicare gravi conseguenze mediche (p.e. scompensi metabolici, disidratazione, eccessiva perdita di peso, etc).

Infine, non bisogna dimenticare che spesso le famiglie possono vivere in condizioni economiche, culturali e sociali che non consentono l'accesso a servizi informatici. Pertanto, la telemedicina potrebbe rappresentare una modalità di visita "elitaria" e non essere accessibile in modo uguale a tutti i pazienti. Nella nostra esperienza, in corso di emergenza, diverse

famiglie hanno optato solo per un consulto telefonico, comportando un incremento delle difficoltà di gestione.

In questa fase di emergenza sanitaria, come nei casi di impedimento al ricovero in ospedale, il servizio di telesalute consente la continuità delle cure anche in psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. La telepsichiatria rappresenta un utile strumento per i controlli in caso di persone con disabilità gravi, in quanto consente una gestione meno stressante, soprattutto per gli utenti che dovrebbero compiere lunghi spostamenti in situazioni disagiate.

La nostra esperienza ci induce a considerare che l'opportunità di accesso alla telepsichiatria debba essere valutata caso per caso. Riteniamo inoltre che tutti dovrebbero poter accedere alle visite da remoto utilizzando strumenti adeguati. Pediatri e medici generici potrebbero rappresentare un "ponte" per facilitare il contatto da remoto con gli specialisti, in caso di famiglie in difficoltà. Infine, è fondamentale che i medici effettuino una formazione specifica sulle modalità di gestione delle visite da remoto, per garantire ai pazienti standard di cura corretti e facilitarli ad adattarsi al nuovo *setting*.

Rimane una visione futuristica fiduciosa e costruttiva: la politica ospedaliera continuerà ad adottare tale modalità, cercando di snellire i tempi e le liste di attesa, favorendo modalità più agili di lavoro per il personale medico, infermieristico e per l'utenza stessa.

Autori ed autrici

• **Francesco Di Costanzo** è giornalista, fondatore e presidente di PA Social - Associazione nazionale per la comunicazione e informazione digitale e di Fondazione Italia Digitale. Fondatore e direttore della testata giornalistica *cittadiniditwitter.it*. Esperto di comunicazione e social network, tra le sue più recenti pubblicazioni: *Digitale. La nuova era della comunicazione e informazione pubblica. Storia e prospettive del modello italiano* (2021, Giunti Editore) e *PA Social. Viaggio nell'Italia della nuova comunicazione tra lavoro, servizi e innovazione* (2017, Franco Angeli Editore). Coordinatore del modulo in Comunicazione pubblica digitale del Master Luiss in Comunicazione e Marketing Politico e Istituzionale. Organizzatore, relatore e docente a numerosi appuntamenti, nazionali e internazionali, sulla nuova comunicazione via web, social network, chat, intelligenza artificiale. Ideatore degli eventi nazionali PA Social Day e Stati Generali della nuova comunicazione pubblica, del premio Smartphone d'Oro, della Nazionale Italiana Comunicazione Digitale e dei percorsi formativi PA Social Academy e Accademia nazionale sulla comunicazione e informazione digitale, e, con PA Social e Istituto Piepoli, dell'Osservatorio nazionale sulla comunicazione digitale.

• **Alessandra Dionisio** è dottore di ricerca in Scienze della Comunicazione. Giornalista e comunicatore pubblico, si occupa della Comunicazione, dell'URP e dell'Ufficio Stampa dell'Azienda Ospedaliera Universitaria

Federico II di Napoli. È autrice di saggi e contributi in volumi collettanei e della monografia *Quando la medicina si fa in Tv. Benessere, salute e professione sanitaria raccontate nel piccolo schermo* (Guida, 2009), si interessa di comunicazione pubblica sanitaria e gestione dei social media in ambito pubblico. Svolge attività di docenza per corsi di alta formazione, master universitari e corsi di laurea magistrali sul tema della comunicazione e delle dinamiche relazionali, sul ruolo della comunicazione organizzativa sanitaria e sulla funzione della comunicazione nei gruppi di lavoro. È coordinatore didattico del Master di II livello in Management Sanitario dell'Università Federico II e coordinatore regionale per la Campagna di PA Social - Associazione nazionale per la comunicazione e informazione digitale.

• **Antonia Cava** è professoressa associata di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso l'Università degli Studi di Messina. Membro di diversi gruppi di ricerca nazionali ed internazionali si occupa di Television Studies. Svolge attività di ricerca su pubblici televisivi, consumi culturali e immaginario mediale, ponendo al centro la relazione tra rappresentazioni e fruizioni medialità. Ha svolto, nel tempo, attività di docenza per corsi di alta formazione, master universitari e dottorati su temi di comunicazione e media. Tra le sue recenti pubblicazioni: *#Foodpeople. Itinerari medialità e paesaggi gastronomici contemporanei* (Aracne 2018), *Dal Rapporto Kinsey a Pornhub. I consumi pornografici delle donne*, in «Ocula. Occhio semiotico sui media» (22/2021).

• **Marco Centorrino** è professore associato di Sociologia dei Processi Culturali e Comunicativi presso il Dipartimento di Civiltà Antiche e Moderne dell'Università di Messina, dove insegna Sociologia della Comunicazione. La sua attività di ricerca si concentra sulle nuove tecnologie ed è responsabile scientifico del progetto “La rifunzionalizzazione del Contemporaneo”, finanziato nell’ambito del PNR 2015-2020. Recentemente, insieme ad A. Romeo, ha curato la pubblicazione di *Sociologia della Comunicazione. Teorie, concetti, strumenti* (Mondadori, 2021). Tra le più recenti pubblicazioni, il saggio *Tra satira politica e fake news. Ibridazioni dei linguaggi e cortocircuiti interpretativi* (con M. Parito, in un volume curato da C. Marimón Llorca, W. Remysen, F. Rossi ed edito da Peter Lang, 2021) e il saggio *Infodemia e condemia: la comunicazione istituzionale e la sfida del Covid-19* (in “Humanities”, 2020).

• **Francesco Pira** è professore associato di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso il Dipartimento di Civiltà Antiche e Moderne dell'Università degli Studi di Messina, dove è stato Coordinatore Didattico ed è ora Direttore del Master in “Esperto in comunicazione digitale per PA e imprese”. È Delegato del Rettore alla Comunicazione. Coordina per l'Italia il progetto OIR su progetti educativi per le persone disabili, con le Università di Lublino (Polonia) e Oviedo (Spagna).

Nelle sue ricerche ha rivolto particolare attenzione alle dinamiche della comunicazione politica, pubblica e sociale. Attualmente la sua principale area di ricerca è focalizzata sulle dinamiche generate dai social media e sui nuovi modelli di relazione sociale ad essi connessi. Componente di

comitati scientifici di collane e di convegni internazionali. Autore di oltre 60 pubblicazioni e articoli scientifici.

- **Maria Triassi** è Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli. Professore Ordinario di Igiene è Direttore del Dipartimento ad Attività Integrata di Sanità Pubblica, Farmacoutilizzazione e Dermatologia dell'A.O.U. Federico II di Napoli nonché Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Igiene e Presidente del Corso di Laurea in Tecniche della prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro dell'Università federiciana. Direttore del Master di II livello in Management Sanitario dell'Università Federico II, è autrice di testi di Igiene e Medicina Preventiva e di testi di Management Sanitario. Coordinatrice dell'elaborazione di numerose linee-guida regionali e nazionali nei settori della Sanità Pubblica, è autrice di oltre 1000 pubblicazioni a stampa, pubblicazioni in extenso, riguardanti i seguenti ambiti culturali: epidemiologia generale ed applicata, epidemiologia e prevenzione delle infezioni ospedaliere, igiene ambientale, igiene e sicurezza degli ambienti di lavoro, educazione sanitaria, organizzazione, programmazione e valutazione dei servizi sanitari, management sanitario, igiene degli alimenti, medicina di comunità.

- **Patrizia Cuccaro** è medico specialista in Igiene e Sanità Pubblica, Dottore di Ricerca in Economia e Management delle Strutture e delle Aziende Sanitarie. Ha lavorato presso le Direzioni Ospedaliere dell'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona di Salerno, dell'AOU Federico II di

Napoli, in qualità di Direttore UOS Research & Development, Risk Manager, Coordinatore Liste d'Attesa e PDTA e dell'A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, nell'area dell'organizzazione e della programmazione aziendale e della gestione del rischio infettivo. Ha collaborato con la Regione Campania in gruppi di lavoro e comitati sul tema del Risk management e delle liste d'attesa. È docente in corsi di laurea e master universitari di I e II livello e tutor di progetto nel Master di II livello in Management Sanitario dell'Università Federico II. Attualmente lavora presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, Ufficio 3 – Qualità, Rischio Clinico e Programmazione Ospedaliera.

• **Ciro Esposito** è Professore Ordinario di Chirurgia Pediatrica e Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Pediatrica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Il suo principale campo di interesse è la Chirurgia Mini-invasiva Pediatrica e la Chirurgia Robotica. Membro Onorario dell'Académie National de Chirurgie (Paris, France) nel 2019 è stato nominato Chief Executive Officer (C.E.O.) dell'European Society of Pediatric Endoscopic Surgery (ESPES). Le sue ricerche sono rivolte alle nuove tecnologie (AI, VR, Telementoring) applicate alla Chirurgia Pediatrica ed alla cura delle malformazioni congenite dell'Infanzia. Nel 2021 e 2022 è stato organizzatore e coordinatore del Master bilingue in Pediatric MIS dedicato ai Chirurghi Pediatri del continente Africano. Ha pubblicato 435 lavori su riviste internazionali con IF e 130 capitoli di libri e 9 libri di Chirurgia Pediatrica. Ha un IF di 623 un h-index di 51 e 9773 citazioni.

• **Assunta Turco** laureata in Scienze Infermieristiche presso l'Università Federico II di Napoli con il massimo dei voti, ha avuto modo di conoscere e lavorare in diverse realtà ospedaliere in ambito nazionale, frequentando l'AOU di Bologna "Policlinico S. Orsola-Malpighi", l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma, l'AORN "A. Cardarelli" di Napoli ed, infine, l'Università degli Studi di Napoli Federico II dove, nel 2017, ha iniziato una stretta collaborazione con la UOC di Chirurgia Pediatrica diretta dal Prof. Ciro Esposito. Ha conseguito il Master in Management per le funzioni di coordinamento dell'area delle professioni sanitarie, il Master di I livello in "Strumentista ed Infermiere di Sala Operatoria in Chirurgia Mininvasiva ed Endourologia pediatrica e dell'adolescente". Attualmente è coordinatrice infermieristica della stessa UOC e dal 2018 collabora con il gruppo scientifico del Prof. Ciro Esposito.

• **Maria Escolino** è ricercatore di tipo B presso la UOC di Chirurgia Pediatrica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Ha conseguito l'abilitazione a Professore Associato in Chirurgia Pediatrica. Ha conseguito il diploma di Robotic Surgery per il Robot Davinci della Intuitive Surgical. Ha effettuato degli stages di formazione a Londra presso il Chelsea Westminster Hospital ed a Parigi presso le Service de Chirurgie Pédiatrique de l'Hôpital Trousseau. La sua attività clinica è focalizzata sull'utilizzo della Chirurgia Mini-Invasiva e Robotica per la cura delle malformazioni congenite in età pediatrica. La sua attività di ricerca riguarda l'uso della realtà virtuale, intelligenza artificiale e biomateriali in Chirurgia Pediatrica.

• **Mariapina Cerulo** è attualmente ricercatore di tipo A presso la UOC di Chirurgia Pediatrica dell'Università degli Studi di Napoli Federico II diretta dal professore **Ciro Esposito**. Dopo la laurea in Biologia presso l'Ateneo Federiciano, decisa fortemente a proseguire l'attività di ricerca iniziata a Birmingham (UK), si laurea a pieni voti in Medicina e Chirurgia. Durante la specializzazione in Chirurgia Pediatrica presso la Scuola diretta dal prof. Esposito e data la sua pregressa formazione nella basic science, si occupa di un progetto di ricerca sulla bioingegneria tissutale in collaborazione con il Great Ormond Street Hospital di Londra grazie alla vincita di una borsa di ricerca stanziata dall'Università Federico II. Collabora da un decennio a tutta l'attività di ricerca del gruppo diretto dal professore Esposito interessandosi personalmente ai progetti di ricerca nazionali ed internazionali nel campo della bioingegneria tissutale, delle nuove tecnologie impiegate in chirurgia pediatrica mininvasiva.

• **Carmela Bravaccio** è professore ordinario di Neuropsichiatria Infantile presso il Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali dell'Università Federico II di Napoli. Dirige il reparto di neuropsichiatria infantile. È vice presidente della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile (SINPIA) ed è responsabile della segreteria scientifica della Rivista Italiana di Neuropsichiatria. È l'autrice di diverse pubblicazioni in extenso su riviste internazionali e nazionali, e di numerosi Congressi Internazionali.

- **Maria Pia Riccio**, neuropsichiatra infantile, svolge attività clinica e di ricerca presso il Dipartimento di Scienze Mediche Transazionali dell' Università Federico II di Napoli, ed è dirigente medico presso l'AOU Federico II. È autrice di diverse pubblicazioni in extenso su riviste internazionali e nazionali.

Comunicazione, reti e relazioni nel caleidoscopio della pandemia

SFOCATURE E NUOVI ASSETTI IN UN APPROCCIO MULTIPROSPETTICO

Il lungo percorso in cui le nostre vite si sono legate inscindibilmente alla gestione del contesto emergenziale dettato dalla pandemia da SARS-CoV-2 è la rappresentazione sinestetica della *liquidità*, un interregno in cui è evidente l'inefficacia dei vecchi modi di agire ed essere ma non sono state ancora definite nuove modalità attraverso le quali affrontare le progettualità future. In questo spaccato si collocano le riflessioni e le esperienze di questo testo che raccoglie frammenti di cambiamento prospettici, sfocature di realtà, istantanee dal campo di battaglia con un approccio multidimensionale e multidisciplinare. Una scelta determinata da un'esigenza di ricomposizione tra diversi universi in cui la comunicazione, intesa come relazione e consumo mediatico, nuove istanze educative, collante per la realizzazione di nuovi modelli di programmazione, strumento per l'innovazione e l'assistenza sanitaria, costituisce il *fil rouge* narrativo.



Foto di Alessandra De Cristofaro

Alessandra Dionisio è dottore di ricerca in Scienze della Comunicazione. Giornalista e comunicatore pubblico, si occupa della Comunicazione, dell'URP e dell'Ufficio Stampa dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II. È autrice di saggi e contributi in volumi collettanei e della monografia *Quando la medicina si fa in Tv. Benessere, salute e professione sanitaria raccontate nel piccolo schermo* (Guida, 2009), si interessa di comunicazione pubblica sanitaria e gestione dei social media in ambito pubblico. È coordinatore regionale per la Campania di PA Social - Associazione nazionale per la comunicazione e informazione digitale.