

Giovedì 4 aprile 2002 - ore 14.00
Quarta giornata di studio
per il Piano per la Salute
"Internet e promozione della salute"

Sintesi dell'intervento del Dott. Marco Ingresso
Università degli Studi di Ferrara

La promozione della salute on-line

1. ITC e promozione della salute

In questo intervento mi occuperò di due aspetti della "promozione della salute" (ps):

- a) quello delle risorse disponibili on line utili per lo sviluppo delle politiche e delle pratiche di ps;
- b) quello dei metodi e opportunità della ps, vale a dire delle innovazioni operative che le ICT permettono e che, in certi casi, già vedono delle attuazioni sperimentali.

Il mio ragionamento sarà tuttavia prevalentemente esplorativo e indicativo, in primo luogo in quanto il campo coperto dalla ps si presenta estremamente vasto, scarsamente definito, velocemente mutevole; in secondo luogo in quanto non esiste una letteratura e delle ricerche adeguate in questo settore.

Per dare un'idea della vastità e indeterminatezza basta aprire uno dei principali motori di ricerca, ad es. Google, che, alla voce "salute/health", presenta ben 1.280.000 richiami, di cui 198.000 solo in ambito italiano. Alla voce "promozione della salute" si ritrovano 68.000 riferimenti circa nell'intera rete mondiale, e un numero non molto minore in quella italiana. Se si passa ad un portale italiano come Virgilio si scopre che alla stessa voce (ps) si hanno solo 30 siti, di cui alcuni impropri. Se poi si utilizza il motore di ricerca del Ministero della Salute le risposte catalogate sotto la voce ps sono meno di 400, ma, paradossalmente, gran parte di esse è assolutamente impropria, almeno stando ai criteri dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), mentre mancano proprio i pochi riferimenti che comunque esistono in questo campo in Italia. Se dunque il termine viene usato in senso estensivo e intuitivo si hanno delle grandi masse di notizie e di siti accatastati senza ordine apparente; se invece viene usato in senso più tecnico e restrittivo si trova poco, anzi, anticipo subito che la maggior parte del materiale specificatamente dedicato alla ps in italiano è prodotto dalla Svizzera e non dall'Italia, che rimane estremamente arretrata in questo campo. In campo istituzionale poi, come vedremo, il tema è sostanzialmente ignorato nonostante che, a partire dal PSN del 1998-2000, la ps sia ufficialmente un'architrate delle nostre politiche socio-sanitarie.

Per cercare di circoscrivere il campo mi rifarò in primo luogo alla definizione della Charta di Ottawa che, com'è noto, definisce la promozione della salute quel "processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per garantire un maggior controllo e miglioramento della propria salute. ... E' un concetto positivo che valorizza le risorse individuali e collettive, come anche quelle materiali". Quindi la ps consiste nel dare mezzi, risorse, servizi alla popolazione, compresi certamente quelli informativi, ma anche valorizzare le capacità e risorse della stessa popolazione facendole contribuire al miglioramento della salute.



Le principali linee di azione individuate dalla stessa Charta sono:

- 1) l'elaborazione di una sana politica pubblica della salute;
- 2) la creazione di ambienti favorevoli;
- 3) il supporto all'azione comunitaria;
- 4) lo sviluppo delle capacità personali;
- 5) il riorientamento dei servizi sanitari.

Il Glossario OMS della ps (WHO 1998) indica che i risultati degli interventi di ps riguardano principalmente "la conoscenza della salute, una sana politica pubblica e l'azione di comunità a favore della salute", in altre parole riguardano i cittadini, le famiglie, le reti informali relativamente alle loro informazioni, alla comunicazione, all'educazione e formazione, alla autogestione della salute, alla partecipazione e all'autoorganizzazione; riguardano il settore pubblico e collettivo, sia su scala locale che allargata, in termini di servizi, risorse e opportunità offerte; riguardano il terzo settore, l'associazionismo, gli attori di comunità come mediatori e insieme produttori autonomi di risorse e servizi. Le ICT possono quindi svolgere una funzione di supporto alla ps allorché permettono al cittadino di avere più strumenti, ma anche di avere un maggiore empowerment nei confronti delle strutture sanitarie, permettono a queste ultime di svolgere un nuovo ruolo non solo di risposta a bisogni, ma di supporto a percorsi, di facilitazione di scelte, permettono infine alle forme di autoorganizzazione della società civile di esprimere un loro contributo specifico e pluralista.

La ps si è posta dall'inizio degli anni '80 come una nuovo orientamento e una nuova strategia complessiva avente a che fare in primo luogo con le politiche. Non a caso la prima conferenza mondiale si è tenuta in Canada (1986), paese che già dai primi anni ottanta aveva riorientato il proprio asse politico-istituzionale ponendo al centro gli stili di vita della popolazione e le modifiche ambientali.

La ps ha tuttavia incontrato difficoltà a questo livello ed ha quindi iniziato ad operare attraverso un mutamento dei corpi intermedi, utilizzando il metodo delle reti: com'è noto, sono state lanciate le reti delle "Città Sane" (HC), degli "Ospedali Sani" (HPH), delle "Scuole che Promuovono la Salute" (HPS), della ps nei luoghi di lavoro (WHP), delle città ecologicamente sostenibili (Agenda 21), degli attivatori di pratiche di benessere (fitness e wellness), dei comunicatori della salute e così via, ma soprattutto ponendosi come riferimento di un progressivo cambiamento di mentalità e di cultura tanto della cittadinanza quanto degli operatori. Le iniziative di ps hanno quindi investito il campo delle politiche e dei progetti locali, in seguito quello dei servizi sanitari, per poi approdare al settore degli ambienti (o setting) di vita quotidiana (scuole, lavoro, tempo per il benessere) e della comunicazione. La crescita di questo insieme di interventi e pratiche a livello intermedio (più che "dal basso") è divenuta una indicazione generale delle politiche sociali in alcuni paesi europei e occidentali, accolta anche a livello di Comunità Europea.

Si tratta tuttavia di un cammino ancora incerto, non omogeneo, a pelle di leopardo, che spesso risente dei mutamenti di clima politico. Mentre infatti in alcuni paesi anche le politiche neoliberiste vedono con interesse la ps, almeno per alcuni aspetti, in altri si assiste ad un oscuramento della problematica a favore dello sviluppo di interessi di mercato nei settori sanitari più tradizionali.

2. Le risorse organizzative

L'avvento delle nuove tecnologie, e in particolare di internet, offre oggi una serie di nuove opportunità alla strategia della ps:

- il cittadino può infatti essere raggiunto a casa e nei propri luoghi di vita, un nuovo insieme di modalità partecipative possono essere realizzate, l'informazione può diventare comunicazione e formazione a distanza, ma altresì coniugarsi in forme miste;
- il settore pubblico è spinto a sviluppare una nuova comunicazione col pubblico e al proprio interno, a competere su progetti innovativi ed efficaci, a sviluppare una qualità che presuppone un "consenso informato" dei cittadini, ma ancor più un nuovo patto fiduciario e di scambio;
- il terzo settore, l'associazionismo e le comunità locali possono essere sia produttori sia utilizzatori di risorse comunicative; anche per loro il fare si coniuga sempre più col comunicare, col favorire la partecipazione, col crescere del consenso e della legittimazione.

A queste tre grandi aree, che hanno bisogno di comunicare fra di loro e al loro interno, è necessario aggiungere il settore dell'informazione e comunicazione di massa, sempre più presente sui temi della salute, che opera prevalentemente in regime di mercato, e che sempre più tenderà a porsi come mediatore, selezionatore e organizzatore dei flussi comunicativi anche nell'ambito delle nuove tecnologie.

Ai fini della nostra analisi distingueremo due grandi aree di presenza della ps su internet:

1. la prima è quella dove la ps viene esplicitamente presentata, analizzata, organizzata. Si tratta di siti che si rivolgono a politici, dirigenti, operatori, insegnanti, ricercatori, servizi, associazioni, network, cittadini organizzati, e, in alcuni casi, anche al semplice cittadino informato. Tali siti sono prevalentemente gestiti dal settore pubblico sanitario a vari livelli istituzionali, da network organizzati, da istituzioni di ricerca e di cultura, da associazioni professionali, da associazioni non-profit, da consorzi territoriali;
2. la seconda grande area è quella che ha per interlocutore principale il cittadino singolo o associato e che intende offrirgli servizi (informativi, organizzativi, formativi, di consultazione, di counseling, di consumo), orientamenti, opportunità partecipative. In quest'area operano prevalentemente le agenzie comunicative di mercato, gli enti no profit, e, più raramente, le istituzioni pubbliche.

Nell'area organizzativa possiamo situare i siti dell'OMS-Regione Europa, ossia le sedi di [Copenaghen](#) e di [Ginevra](#) e quello della [Comunità Europea](#) che forniscono i documenti ufficiali, i riferimenti ai network, il calendario delle iniziative in corso.

Generalmente i Ministeri e, sempre più, le Regioni (ricordiamo che esiste un network delle Regioni che Promuovono la Salute) offrono documentazione, notizie, data base, informazioni sui progetti di ps. In questo panorama spicca l'assenza del nostro Ministero della Salute (nonostante il cambio di nome). Un inizio di [sito promosso dall'Ufficio Studi e Documentazione](#) è stato avviato negli anni scorsi, dopo il PSN 1998-2000, cercando di porre in rete i Centri di Documentazione sorti nell'ambito dell'Educazione alla salute presenti in Italia in alcune regioni, ma tale sito è rimasto incompleto e non facilmente rintracciabile. Qualche riferimento si trova in alcuni siti regionali (Veneto, Emilia, Umbria, Toscana, ecc.) che stanno realizzando i Piani per la Salute o che danno supporto a network operanti sul proprio territorio.

In altri paesi (Svizzera, Austria, Gran Bretagna, Australia, Nuova Zelanda, Canada, Stati Uniti) stanno operando delle Fondazioni o delle Associazioni per la Promozione della Salute. In particolare il già citato [sito svizzero](#), disponibile anche in italiano, si presenta ben organizzato, chiaro, con notizie utili anche di iniziative locali.

Un'altra fonte di notizie e iniziative è il sito della [IUHPE](#) (International Union for Health

Promotion and Education, ospitato presso la New York University) che raggruppa operatori e studiosi che, partendo dalla prevenzione ed educazione sanitaria sono pervenuti ad un più ampio interesse per la ps. In Italia un'associazione simile è rappresentata dal [CIPES](#) (Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria) il cui sito è gestito dalle sede di Torino, che pubblica fra l'altro, il notiziario periodico [Promozione Salute](#).

La principale rivista scientifica italiana in questo campo resta Educazione Sanitaria e Promozione della Salute, edita dalla Fondazione Angelo Celli, e prodotta nell'ambito del [CSESi](#) (Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria interuniversitario) presso l'Università di Perugia, centro particolarmente attivo nel campo formativo.

In sede internazionale sono invece diverse le riviste che si occupano di promozione, educazione, comunicazione della salute (fra cui Health Promotion International, Health Promotion Practice, American Journal of Health Promotion, Journal of Health Communication, Health Education Journal, Health Education Research, ecc.) alcune delle quali sono disponibili anche on line. In particolare vanno ricordate alcune esclusivamente on line, come [Health on the Net](#), l'[Internet Journal of Health Promotion - RHP&EO](#) e l'[Health Promotion On Line](#).

Alcune Università o Istituti scientifico-culturali, in particolare statunitensi, offrono poi siti di documentazione e discussione per operatori e ricercatori (ad esempio l'[Institute of Health Promotion Research presso l'Università della British Columbia](#), l'[Health Promotion Research Network presso il Karolinska Institute](#), l'[Irvine Health Promotion Center presso l'Università della California](#), il [Center of Health Promotion dell'Università di Toronto](#)).

Anche i vari network ufficiali, come quello delle [Città Sane](#), di [Agenda 21](#), degli [Health Promoting Hospital](#), del [Work Health Promotion](#) hanno propri siti internazionali e nazionali (tutti individuabili attraverso l'[Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS](#)).

Nel campo delle associazioni professionali molte sono quelle che presentano propri siti, che coprono soprattutto il campo della cura e della prevenzione delle più svariate patologie, e quello delle risorse sanitarie (in italiano si può citare: [Dica33Pro](#), [Mercurio](#), [Farmacie.it](#)). Alcuni di questi siti offrono anche servizi di consulenza gratuita (come [Medweb](#), [Health on the Net](#), [Webhospital](#), e così via). Solo poche di queste si occupano anche di ps e di benessere (come [Intelihealth](#), [Medline plus](#), [Wellness Web](#), [Physicians for Social Responsibility](#), [EthnoMed](#) che si occupa di diverse culture della salute e altre).

Nel campo associazionistico non-profit molti sono i riferimenti. In particolare i gruppi di self-help hanno sviluppato diverse clearinghouses nazionali che fanno da raccordo e promozione (si v., ad esempio, [Self-Help Sourcebook Online](#)). Lo stesso dicasi dei movimenti che si occupano della salute della donna (come [Women's Health Initiative](#), [Women's Health Center](#), [Women's Health](#)). Vi sono poi un'infinità di associazioni non-profit per varie condizioni e problematiche (ad esempio: l'[Alzheimer](#), il [cancro al seno](#), i [disturbi cardiocircolatori](#), e così via).

In sintesi se osserviamo il campo internazionale vediamo un grande attivismo di enti pubblici, università, network, associazioni; se vediamo il campo nazionale troviamo dei grandi vuoti, con solo qualche presenza sporadica. Il lavoro da fare in questo campo in Italia è quindi notevole.

3. Le risorse per il cittadino

Per quanto riguarda il secondo settore che ci interessava esplorare, quello dei servizi al cittadino, le cose sono in parte diverse. In questo caso, a prima vista, si tratta più di gestire una sovrabbondanza non organizzata piuttosto che una mancanza. Abbiamo, ad esempio, dei grossi portali che funzionano con modalità miste: come miniera d'informazioni, come fornitori di news, come sportello per le richieste del pubblico (ad esempio [abcitaly Sanità](#),

[KataWeb Salute](#), [cercasalute.it](#)). In alcuni casi il sito è completato da forum e da chat line (come [Saluteitalia.net](#), [Staibene.it](#), [e-salute.it](#)); è quindi ampiamente interattivo.

Vi è poi un'altra ampia schiera di siti più propriamente dedicati al benessere (come [benessere.com](#), [abc-fitness](#)), alle medicine non convenzionali (ad esempio in italiano: [Alternativamente](#), [Naturalia](#), [My best life](#)), alle pratiche di benessere e alla salute spirituale ([Canlinks](#), [Spiritual search](#), [iVillage](#)).

Non mancano i siti dedicati all'ambiente (come [Mc-link](#), [Wwf](#), [Legambiente](#), e altre), e alla cittadinanza attiva ([cittadinanzattiva](#)), ai movimenti dei consumatori ([altroconsumo](#)).

Altri siti si occupano di vecchie e nuove dipendenze (in particolare a cura delle comunità terapeutiche e di gruppi d'iniziativa sociale, come [Gruppo Abele](#), [Comunità Incontro](#), [Exodus](#), [nonfumatori.it](#) e altri), di stress psicologico e di malessere sociale ([STAR](#)).

In alcuni casi l'interesse è dato dalla condizione di vita ad esempio l'immigrazione ([International Organization for Migration](#)), la terza età ([www.anziani.it è vita insieme](#)), l'adolescenza ([con-tatto](#), [Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza](#)), la maternità ([margherita.net](#)), la vita familiare ([mammaepapa.it](#)).

Solo in pochi casi tuttavia si offrono dei servizi formativi per i cittadini senza fini professionalizzanti. Fra questi si segnala la [Scuola Territoriale per la Salute](#) avviata in Friuli per iniziativa di una Asl, di alcuni comuni, dei CAT (Club alcolisti in trattamento): la STS promuove corsi finalizzati all'educazione alimentare, alla disaffezione al fumo, alla prevenzione, all'informazione sanitaria.

Uno dei problemi emergenti è quello della qualità e attendibilità dei siti. Sono nate a tal proposito delle iniziative di formulazione di criteri e di certificazione, come quelli definiti dall'organizzazione svizzera Health on the Net (autorevolezza, complementarità, confidenzialità, attribuzione, giustificabilità, trasparenza della fonte, trasparenza dello sponsor, onestà). Vi sono in corso anche iniziative a livello di Unione europea. Non basta tuttavia il bollino di qualità, che è poi adatto soprattutto per i siti medico-scientifici. E' necessaria una crescita di qualità di tutto il sistema della comunicazione e degli stessi utenti. Di qui iniziative come quella del [Gruppo Italiano di Comunicazione per la Salute](#) che ha messo a punto alcuni criteri utili anche in sede autoriflessiva e formativa. I criteri sono quelli della correttezza, affidabilità, comprensibilità, utilità, equilibrio, indipendenza. Secondo alcune ricerche (Impicciatore et al. 1997) i siti di consulenza medica on line offrono diversi gradi di accuratezza, completezza e competenza. Non esistono invece, a mia conoscenza, indagini orientate alla valutazione dei siti di ps o comunque rivolti al cittadino, secondo l'ottica qui seguita.

Alcuni autori (Gagliardi e Jadad 2002) hanno individuato un alto numero di criteri e strumenti (circa un centinaio) per misurare la qualità dei siti che si occupano di cura, senza tuttavia produrre delle applicazioni di tali indicatori. Si deve notare tuttavia, come hanno scritto Purcell et al. (2002), che l'informazione sulla salute presente su internet è di diversi tipi: si va dai resoconti di esperienze personali a gruppi di discussione fra pazienti fino ad articoli strettamente scientifici e al supporto a decisioni cliniche. Non si possono definire quindi dei criteri validi in tutti i casi; piuttosto "differenti utilizzatori potrebbero avere diversi criteri di qualità. I pazienti e chi presta aiuto potrebbero volere semplicemente spiegazioni e rassicurazioni, mentre i professionisti della sanità potrebbero desiderare dati provenienti da trials clinici" (ib., p. 557). In altre parole, la diffusione di conoscenze scientifiche richiede l'utilizzo di standard pertinenti, mentre i resoconti di esperienze potrebbero valersi di criteri letterari o giornalistici.

Nel complesso si può dire che sia iniziata una fase di maggiore organizzazione del settore, in particolare con l'avvento di portali "globali" capaci di smistare i diversi interessi dei cittadini. Tuttavia rimane prevalente l'approccio informativo, rivolto ad un navigatore isolato, altamente culturalizzato con interessi generali o, al contrario, molto specifici.

Anche in questo settore quindi, per quanto vi sia una grande abbondanza di riferimenti e informazioni che dovrebbero elevare il livello di conoscenza dalla popolazione, non è chiaro se tutto ciò dia maggiore autonomia reale e controllo al cittadino stesso, ossia se questi possa orientarsi adeguatamente, comporre propri progetti di salute, farsi dei riferimenti tecnici fiduciosi, essere incoraggiato ad uscire dall'isolamento partecipando alle scelte di salute della propria comunità territoriale.

A tal proposito, due punti, fra i tanti, si evidenziano,. Da una parte sembra necessario pensare ad un nuovo ruolo dell'educazione alla salute volta a sviluppare una capacità di utilizzo delle risorse comunicative messe a disposizione dalle ICT. Dall'altra si deve lavorare ad una organizzazione della comunicazione per la salute nelle comunità locali che permetta al cittadino di non scindere la "salute virtuale", assunta via internet, dalla concretezza dei riferimenti socio-sanitari e di benessere presenti sul proprio territorio. E' su questi due punti che vorrei avanzare alcune osservazioni nella seconda parte della mia relazione dedicata ai metodi.

4. Le ITC nelle scuole che promuovono la salute

Secondo l'Health Promotion Glossary, elaborato dall'OMS, per educazione alla salute (eas) si intende un processo educativo orientato non solo a dare informazioni sui rischi (prevenzione della malattia), ma piuttosto a fornire sostegno alle motivazioni degli studenti, allo sviluppo delle loro capacità, all'acquisizione di una fiducia in se stessi adeguata ad assumere decisioni rispetto alle scelte di salute. Il soggetto in formazione deve sviluppare:

a) un'adeguata health literacy, ossia un insieme di abilità cognitive e sociali che lo mettano in grado di accedere, capire e usare le informazioni utili per il proprio benessere personale e sociale;

b) un'adeguata capacità di influenza e controllo (empowerment) rispetto alle risorse e all'ambiente;

c) un set adeguato di life skills, ossia di abitudini, capacità di scelta, apprendimenti ad apprendere che lo gli permettano di sviluppare dei comportamenti positivi ed efficaci rispetto alle domande e alle sfide della vita quotidiana.

Questa impostazione segna un significativo salto di qualità rispetto al modello normativista o magistrale (le regole dettate dagli esperti) e a quello informativo-comportamentale (dare le informazioni giuste e premiare i comportamenti voluti) che hanno caratterizzato l'orientamento igienico-preventivo, a favore di un'impostazione progettuale e promozionale centrata sull'individuo-nel-suo-ambiente.

Gli ambienti che il ragazzo frequenta, compresa la stessa scuola, costituiscono dei setting in cui la capacità di creare benessere o far fronte al malessere sono messe alla prova.

Secondo l'OMS non si tratta quindi solo di fare una diversa e più ampia eas nelle istituzioni scolastiche, ma di fare dell'ambiente scolastico un laboratorio e un luogo di esperienza rispetto alla costruzione del benessere. Di qui la proposta di passare da una semplice educazione alla salute a scuole che promuovono la salute.

Nel documento finale della Prima Conferenza Europea tenuta ad Atene nel 1997 il movimento delle scuole che promuovono la salute ha assunto come riferimento un modello sociale di salute intesa come "globalità individuale all'interno di un ambiente dinamico". Una scuola che si impegna in un progetto educativo-promozionale lavora sull'incremento delle abilità, competenze e potenziale degli alunni, ma si propone di introdurre innovazioni concordate anche nell'ambiente fisico e sociale scolastico. I ragazzi diventano partecipi della gestione di alcuni aspetti della propria scuola (intesa tanto come luogo quanto come organizzazione e gruppo sociale). Viene attribuito un ruolo attivo ai genitori e alle comunità locali soprattutto nella ricerca delle risorse e nella verifica di sostenibilità dei progetti. Ciò comporta uno sviluppo graduale di competenze ed

esperienze da parte del personale scolastico sostenute da vari attori istituzionali e dal network delle stesse scuole che si pongono in rete al fine di sviluppare un confronto e uno stimolo reciproco.

Questo tipo di proposta ha incontrato attenzione e successo in alcuni paesi europei e meno in altri (come l'Italia). E' indubbio tuttavia che un buon uso delle tecnologie educative applicate alla vita scolastica potrebbe fare della scuola un diverso ambiente di apprendimento. Per tecnologie educative si può intendere qualunque risorsa utilizzata nell'educazione degli studenti: possono includere metodi, strumenti e procedure. Nell'uso più comune il termine è utilizzato per riferirsi alle tecnologie più avanzate e innovative disponibili per l'insegnamento e l'apprendimento: ieri la televisione oggi il computer multimediale collegato in rete.

Mi sono chiesto quali fra gli usi attualmente possibili di nuove (e vecchie) tecnologie possono essere di particolare rilevanza per progetti educativo-promozionali nel campo della salute e qualità della vita. La rassegna è puramente indicativa, ma permette di ragionare anche sugli apprendimenti potenzialmente possibili, non tanto in termini di contenuti, ma di abilità, capacità, apprendimenti, modi di pensare:

- l'ipertestualità: è una tecnica che permette la costruzione di ipertesti, ossia di strutturare un paper non secondo una scrittura solo testuale e sequenziale, ma come un percorso a più vie capace di assemblare immagini, grafica, tabelle, schede e così via. Permette un lavoro di ricerca pluridisciplinare capace di fare interagire elementi iconici, simbolici, estetici con aspetti logici, analitici, conoscitivi. Per molti temi che riguardano il benessere questa duplice valenza conoscitiva è importante per mettere in connessione intuizione olistica e conoscenza specifica, ma anche per porre in relazione, ad esempio, punti di vista culturali e tecnici o sociali;
- la multimedialità: per certi aspetti può essere vista (e utilizzata) come un'evoluzione della tecnica precedente arricchita dall'uso di filmati, suoni, voci; per altri essa può essere pensata come un ribaltamento della centralità del testo a favore di una più sofisticata capacità di trattamento dell'immagine, sia fissa che in movimento, e di una "realistica" o "fantastica" costruzione di ambienti virtuali. Essa inoltre è appoggiata a prodotti multimediali sempre più sofisticati (CD-ROM, DVD) anche se non sempre pensati per fini educativi. La capacità di suggestione e fascinazione di questa tecnica può portare a risultati di alta capacità comunicativa che possono avvicinarsi ad esperienze ludiche ed emotivamente coinvolgenti. Sul piano motivazionale, collaborativo, progettuale le possibilità offerte dal computer multimediale sono rilevanti, anche se le difficoltà di uso e la sofisticazione delle abilità richieste ne limitano l'uso a situazioni più mature e attrezzate;
- la connettività ad internet: è diventata sinonimo di esplorazione e "navigazione" quando è utilizzata come strumento informativo e di conoscenza tematica. Essa può essere un modo facile ed economico per entrare in contatto con ambienti, problemi, conoscenze. Tuttavia è forte anche la sua dispersività e non sempre è accertata la qualità dei siti e quindi delle notizie. Può portare importanti contributi conoscitivi se inserita in un progetto e se guidata da precisi riferimenti e linee guida. Permette inoltre di potenziare le tecniche precedenti. Stimola la curiosità e l'interesse dei ragazzi; implica una percezione di complessità del mondo delle idee, delle istituzioni, delle possibilità, ma può anche ridursi a gioco fine a se stesso o trasmettere un senso di eccesso e sgomento;
- la comunicazione elettronica interpersonale (e-mail, chat, ecc.): è spesso ritenuta non idonea per contribuire ad attività di apprendimento, ma in realtà essa può essere vista come una sorta di attivazione di "gruppi di pari" allargati con cui la scuola può interagire lasciando autonomia, ma anche avvelendosi come momento di ascolto, confronto, proposta;
- gioco e apprendimento cooperativo: può essere costruito utilizzando una rete interna di

istituto o un'offerta on line. Utilizza generalmente lo stile narrativo-avventuroso per sfruttare le abilità acquisite dai ragazzi attraverso i videogiochi. Si basa su una modalità di lavoro ludico che stimola la curiosità e la motivazione degli studenti immettendoli in una comunità di lavoro creativo allargata. Si tratta di una interessante opportunità soprattutto per gli studenti dell'obbligo per avvicinarsi in modo diverso a temi di conoscenza di sé e dell'ambiente;

- l'integrazione teatro-cinema-computer: le nuove tecnologie possono essere integrate con altre metodi in presenza, come il teatro, il role playing, il gruppo incontro attraverso la mediazione della ripresa documentaristica che può successivamente essere rielaborata, montata, analizzata e comunicata. E' importante per aiutare ad esprimere il punto di vista personale e del gruppo dei pari su temi di benessere, disagio, scelta;

- l'apprendimento comunicativo: il miglioramento delle capacità e tecniche di comunicazione è uno delle life skill fondamentali per il giovane; la tecnologia può permettere di sviluppare una sensibilità per le tecniche di comunicazione a distanza, ma anche per quelle non verbali e in presenza;

- la ricerca-azione: è una metodologia di analisi-intervento che può avvalersi di un supporto informatico per l'analisi quantitativa e qualitativa dei dati. Può avere diverse applicazioni per l'analisi della qualità della vita nell'ambiente scolastico o in altri ambienti di vita;

- la simulazione elettronica della decisione: molte scelte nella vita quotidiana hanno rilevanza per la salute sia nel breve termine che a lungo. Il computer può permettere di simulare situazioni critiche nelle quali assumere decisioni impegnative per noi e per gli altri. Finora questo tipo di simulazioni è stato utilizzato in tipi di gioco di ruolo o nel training di alcune professioni (come piloti, investitori, medici, ecc.) a forte responsabilità. E' possibile costruire percorsi di scelta autosomministrati o utili per il lavoro di gruppo attraverso l'uso di racconti, video, riprese che simulino situazioni;

- la rete fra scuole: permette di costituire un network, ossia una rete autogestita attraverso cui scambiarsi notizie e prodotti, definire regole di appartenenza, costituire una comunità di apprendimento, favorire lo scambio interpersonale e interistituzionale, ampliare le competenze metodologiche e la qualità dei progetti formativi. E' uno strumento fondamentale per favorire un senso di partecipazione, di emulazione, di crescita del proprio lavoro. Questa tecnica è importante per fare partecipare l'unità scolastica a progetti avviati in sede istituzionale, nazionale o internazionale, o autogestiti;

- la rete civica: molti comuni hanno sviluppato propri siti che, oltre ad una funzione di presentazione ed immagine, svolgono vari servizi per il territorio di riferimento e collegano le principali istituzioni e reti. In alcuni casi, come quello di [Bologna](#), vi è un aggancio gratuito ad internet per i cittadini che ne fanno domanda. In alcune esperienze straniere, che cominciano ad essere sperimentate anche in Italia le reti civiche diventano luogo di dialogo fra cittadini e istituzioni (comunicazione sanitaria e per la salute) e luogo di diffusione di pacchetti educativi commissionati dalla municipalità o da altre istituzioni a favore delle scuole e di altri centri aggregativi giovanili;

- la costruzione dell'evento culturale: si può intendere per evento culturale la realizzazione di un processo espressivo a forte impatto simbolico e comunicativo. Può avere una dimensione intrascolastica, come nelle classiche feste o rappresentazioni di fine anno, o una dimensione comunitaria più allargata. In alcune esperienze realizzate a livello cittadino esso assume la valenza di luogo di incontro e di confronto fra diversi percorsi di lavoro nelle scuole e in altri luoghi di animazione sociale. Dello stesso genere, anche se con distanze diverse, è l'esperienza di festival, incontro di rete, concorso. Ovviamente la preparazione e la gestione dell'evento, la presentazione di prodotti comunicativi si può avvalere in varia misura dello strumento informatico multimediale.

Come si è detto, questa rassegna ha prevalentemente uno scopo esemplificativo ed euristico. Mi pare tuttavia che essa renda conto di notevoli potenzialità possedute dalle nuove tecnologie. Le opportunità offerte da tali tecnologie non devono essere pensate come sostitutive, ma piuttosto come sinergiche rispetto ad altri strumenti di animazione e partecipazione meno "nuovi", ma ancora poco utilizzati (si pensi al teatro, all'animazione educativa, alla ricerca sociale). Le opportunità offerte dai nuovi modi di pensare l'apprendimento, che le nuove tecnologie rendono praticabili, possono favorire un ripensamento delle strategie preventive anche nel campo del rischio e della salute. Da questo duplice passaggio fra nuove idee promozionali e nuove pratiche sociali può venire un incentivo al rinnovamento di quest'area così importante per la vita personale e collettiva.

5. L'Agorà della salute e della qualità della vita

I precedenti accenni alle reti civiche e agli eventi culturali utilizzati a scopi educativi ci introducono nel tema dell'organizzazione della comunicazione per la salute nelle comunità locali. Intendo qui per comunità locale una porzione di territorio delimitata amministrativamente in cui operano diversi attori sociali che a tale entità territoriale fanno riferimento.

Com'è noto, secondo la legislazione italiana degli ultimi vent'anni, i due enti istituzionali che si occupano di salute sul territorio sono il Comune (o il consorzio di comuni) e la Ausl, con compiti e responsabilità che sono mutate nel tempo. A questi referenti il PSN 1998-2000, che vuole introdurre un patto di solidarietà in un sistema allargato di salute, aggiunge le altre istituzioni, il terzo settore, i produttori profit e non profit, il mondo della comunicazione, gli stessi cittadini singoli e associati.

Come dare un supporto comunicativo a un tale sistema allargato in via di costituzione?

5.1. Progetti per la qualità della vita nelle Comunità locali

Nel corso degli anni '90 i Comuni, soprattutto associati, le Province, le Regioni hanno iniziato a diventare protagonisti di un rinnovamento dello Stato sociale che lentamente si sta facendo strada seguendo delle linee autonomiste, federaliste e comunitarie: questa prospettiva assegna a questi Enti nuove responsabilità nelle politiche locali, nella costituzione di reti di welfare community e di gestione territoriale della salute e dell'ambiente, nel supporto a progetti espressi dal terzo settore e dalla società civile, nella promozione di nuovi patti di sviluppo e qualità della vita fra i principali attori collettivi operanti sul proprio territorio (De Rita e Bonomi 1998), nel divenire interlocutori privilegiati dei cittadini singoli e associati.

Le nuove politiche locali hanno quindi la necessità di costituire connessioni mirate fra le istituzioni, le associazioni e le rappresentanze degli interessi sociali. Le reti interistituzionali e quelle interassociative diventano perciò il passaggio obbligato per l'approntamento di progetti mirati alle principali esigenze e domande espresse da una comunità locale e dai cittadini (Baraldi e Maggioni 2000, Grossman e Scala 1993).

Tali reti necessitano di una scelta "politica" stabile e condivisa rispetto ai fini e ai mezzi, di una capacità di generare e mantenere organizzazioni operative, di una tecnologia di connessione opportuna. La realizzazione di tali reti pone dunque l'esigenza di una nuova forma e funzionalità del settore pubblico, con adeguati portali d'accesso per i cittadini e una stretta collaborazione con la società civile finalizzata al raggiungimento di obiettivi consensuali e d'interesse collettivo. Tale dinamica di interazioni incrociate delinea un'ecologia interorganizzativa fra soggetti a diversa struttura e potenzialità i cui rapporti di scambio, cooperazione, raggruppamento e conflitto vanno a formare il nuovo ambiente di comunità (Morgan 1989, Ingrosso 2000b).

La comunicazione mediatica e sociale locale diventano, in questa prospettiva, non solo uno strumento di supporto, ma una leva di mobilitazione e di verifica di questa nuova dimensione ecologica e di rete che gli Enti locali devono favorire nelle comunità locali per il raggiungimento di fini pubblici di grande impatto sociale, proponibili però solo con la mobilitazione convergente di molte volontà ed energie.

Tale obiettivo comporta la creazione di un nuovo spazio comunicativo e nuovi strumenti che possano vedere l'accesso di molti interlocutori e la fruizione da parte di un gran numero di cittadini.

5.2. Piani sanitari regionali e sistema comunicativo delle Aziende sanitarie

Le Aziende sanitarie che hanno cominciato a muoversi nella direzione di una migliore comunicazione con gli utenti e cittadini con l'istituzione degli Uffici per le Relazioni col Pubblico (Urp), delle Carte dei Servizi, degli Uffici Stampa e con l'avvio di sistemi informatici e strumenti informativi interni ed esterni. Anche gli Uffici per l'educazione alla salute dovrebbero venire a far parte di questa strategia comunicativa, ma finora le agenzie sanitarie sembrano manifestare molta incertezza, in questa fase, circa il loro ruolo in questo campo.

In ogni caso, si tratta di pensare ad una strategia comunicativa di ampia portata, basata sulla comunicazione bidirezionale, a doppia entrata; una comunicazione che abbia come obiettivo non solo quello di una maggiore efficienza e facilità di accesso, ma lo stabilimento di una fiducia reciproca fra cittadini e istituzioni. Ciò comporta una messa a fuoco dei messaggi relativi al "chi siamo", una trasparenza sul "cosa e come facciamo", un ascolto delle aspettative, delle domande, dei reclami, dei bisogni di sostegno, di conoscenza, di consulenza, di aiuto che i cittadini rivolgono ai servizi (Biocca 1997). Una domanda che deve partire dal presupposto di una definizione sempre più autonoma di sé e della propria responsabilità verso la salute da parte del cittadino, ma che deve anche supportarne e renderne possibile l'esplicazione attraverso nuove opportunità, messaggi, procedure, stili comunicativi fra servizi e utenti.

Il Piano sanitario regionale 1999-2001 della Regione Emilia Romagna, uno dei primi che è stato messo a punto in sede nazionale al fine di rendere operative le indicazioni del Psn 1998-2000, individua un Sistema comunicazione da costituire in ogni Azienda basato:

- a) sui rapporti individuali coi cittadini (Urp, sportelli e punti front-office);
- b) sulle azioni rivolte a gruppi (educazione, promozione, comunicazione sulla salute e sul rischio);
- c) sulle comunicazioni verso la collettività e gli organi di informazione (Uffici Stampa e per la comunicazione)
- d) sulle collaborazioni con altre sedi pubbliche e private (e in particolare con la rete Città sane).

Tale sistema dovrebbe mirare a quattro linee strategiche prioritarie:

- comunicare ciò che serve ed è efficace;
- sperimentare opportunità per favorire scelte consapevoli;
- scegliere come target prioritario i "cittadini competenti";
- responsabilizzare operatori e servizi per conquistare la fiducia dei cittadini.

Queste indicazioni testimoniano di una svolta in atto in alcune aree del sistema sanitario e della necessità di dotarsi di una serie di strumenti operativi funzionanti. Si ha tuttavia l'impressione che tale Sistema Comunicativo sia ancora scollegato e incapace di affrontare progetti di ampia portata. In particolare non pare vi sia ancora attenzione per la costituzione di reti interistituzionali che semplifichino invece che moltiplicare i punti di contatto col cittadino. Le iniziative di alcuni Comuni che si sono mossi in questa direzione potrebbero costituire dei riferimenti di buone pratiche da utilizzare anche in campo sanitario.

Il tema della fiducia implica poi una diversa strategia verso i punti di frizione e di contenzioso coi cittadini che, invece di semplificarsi si sono andati inasprendo e moltiplicando negli ultimi anni anche di fronte alla scarsa disponibilità dimostrata da molte Aziende, probabilmente per paura di eccessive ripercussioni economiche.

Vi è poi un altro aspetto che va chiarito nei Piani regionali e nelle Aziende, e cioè se le strutture sanitarie di territorio devono limitarsi ad un'ottica operativa, come pure fornitrici di prestazioni, per quanto essenziali, o debbano sentirsi corresponsabili verso la promozione della salute e della qualità della vita nelle comunità locali. In questa seconda ipotesi il Patto comunicativo "per una sana comunicazione sanitaria" potrebbe vedere coinvolti il Personale delle Aziende sanitarie (comunicazione interna), i cittadini, in particolare associati (comunicazione sociale), le Istituzioni rappresentative (comunicazione istituzionale), i Media locali. Si tratta di creare spazi riconoscibili, aggiornati in tempo reale, dotati di facili canali di accesso in cui siano reperibili informazioni, prenotazioni, ma anche approfondimenti e risposte personalizzate.

Il Piano della Regione Emilia con la messa in cantiere dei Piani di Zona per la salute sembra andare in questa direzione, ma il management aziendale e l'operatività nel corso degli ultimi anni hanno battuto strade opposte, di tipo gestionale e separatista verso le comunità locali, per cui il mutamento di rotta dovrà essere accompagnato da segnali concreti e visibili. In definitiva alcune linee di tendenza cominciano ad essere tracciate, ma molti sono i passaggi e le resistenze da superare per portare le Aziende ad un diverso rapporto coi cittadini, il personale, le comunità locali.

5.3. La nuova Agorà comunicativa della salute

Se consideriamo congiuntamente le nascenti strategie comunicative di soggetti pubblici e sociali nel campo della salute e della qualità della vita, l'avvio di politiche di comunità basate su reti interistituzionali, la disponibilità di strumenti mediatici di diversa forma e struttura, possiamo tracciare i confini di uno spazio comunicativo per il benessere imperniato sul livello locale (cittadino e provinciale), ma con proiezioni anche a livello regionale, nazionale e internazionale. Come si è detto, la definizione di tale spazio, che chiamo l'Agorà della salute e della qualità della vita, costituisce un'opportunità importante per il ripristino di un rapporto fiduciario fra cittadini e istituzioni e per l'avvio di progetti promozionali sul territorio.

Perché questo spazio cominci ad assumere forma e a tracciare un confine, una distinzione con la comunicazione di sfondo, generalista e di consumo, ritengo che debbano essere poste alcune premesse:

- a) fermo restando la libertà di ogni attore, Istituzione sociale e agenzia mediatica di organizzare la propria comunicazione selettiva verso la propria audience, è necessario che ogni interlocutore scelga di aderire ad un progetto di spazio comune per il valore aggiunto che l'esistenza di un tale spazio implica. Un valore aggiunto in termini di messaggio sociale verso la cittadinanza, efficacia degli interventi, ricaduta fiduciaria sui proponenti;
- b) è necessario che l'Agorà sia il risultato di un patto pubblico sottoscritto dai vari interlocutori, sostenuto da garanti e da una struttura di promozione;
- c) è necessario che tale spazio possa dare visibilità a diversi punti di vista strutturali sulla salute, quello che definisco l'esagono comunicativo della salute (Ingrosso 2000a, 2001b), vale a dire che possano trovare espressione:
 - il punto di vista esperienziale, espresso da individui o gruppi (ad esempio di mutuo aiuto), coi suoi saperi intuitivi, percettivi, espressi in forma narrativa, simbolica, vissuta;
 - il punto di vista di "vita quotidiana", espresso da famiglie, reti informali, associazioni, con i suoi saperi di senso pratico, di sostegno, di coping, di vicinanza;
 - il punto di vista culturale e comunicazionale, espresso da operatori del campo religioso,

etico, della ricerca, dell'informazione, portatore di significati e di strumenti utili al connettersi in una società complessa.

- il punto di vista tecnico, espresso dai professionisti della sanità, della terapia, delle pratiche curative e di benessere, nell'articolazione delle posizioni, degli approcci tecnici, dei paradigmi scientifici che lo compongono;

- il punto di vista sociale, espresso dagli operatori e dai servizi politico-sociali, portatore di una visione dinamica ed evolutiva della vita collettiva finalizzata alla creazione di ambienti ed ecologie sociali adeguate alla vivibilità, all'integrazione, alla qualità del vivere;

- il punto di vista ambientale, espresso dagli operatori e dalle agenzie che si occupano del territorio, per il quale la salute è il risultato di una interazione adeguata della collettività umana con l'ecosistema.

Il dare espressione a questi punti di osservazione, la cui combinazione definisce il tipo di costruzione sociale della salute che si realizza in un determinato contesto storico sociale (Ingrosso 1994b), indica che il valore sociale di questo spazio è tanto maggiore quanto più stimola i soggetti maggiormente organizzati a darsi una strategia comunicativa adeguata, ma anche quanto più permette di dare visibilità e consapevolezza ai cittadini e ai soggetti meno strutturati per esprimere bisogni e domande non adeguatamente emergenti attraverso i canali tradizionali.

L'Agorà della qualità della vita costituisce sia una prospettiva sia una indicazione operativa per la strutturazione della comunicazione sociale e pubblica, in particolare su dimensione locale. I suoi elementi costitutivi possono essere indicati:

1) in un progetto generale che definisca obiettivi, risorse, strumenti, metodi, verifiche;

2) nella predisposizione di una struttura organizzativa di project management costituita da una o più agenzie di rete (denominabili Retes@lute, Rete@mbiente, Retecitt@, ...) che sviluppino la progettazione, il coordinamento, l'animazione. In altre parole, che diano il segno di questo spazio comunicativo in via di costituzione;

3) in un lavoro di alfabetizzazione e formazione diffusa a partire dalla dirigenza delle agenzie coinvolte fino agli operatori a contatto col pubblico, ai volontari, alla cittadinanza;

4) in un progetto tecnico relativo alla struttura di rete informatica da impiegare e da costituire, e alla sua gestione;

5) in ricerche periodiche sulla qualità della vita e sui contenuti della comunicazione di rete, realizzate anche con metodi di ricerca-intervento e di analisi qualitativa del territorio;

6) in uno o più eventi catalizzatori periodici che fungano da mobilitatori di risorse e diano continuità e visibilità al progetto.

Va da sé che una convergenza di volontà e capacità del tipo delineato necessitano di passaggi preparatori e sperimentazioni. E' importante però che tale obiettivo possa trovare un consenso crescente e che iniziative settoriali possano tenerne conto nel loro costituirsi.

Concludendo, queste analisi su aspetti chiave della promozione della salute futura e possibile ci danno l'idea che il solo strumento di internet non sia di per se capace di produrre effettivi salti qualitativi senza un grosso sforzo di ripensamento in vari campi del benessere: da quello formativo, a quello della comunicazione di massa, a quello operativo, a quello organizzativo. Naturalmente questa trasformazione necessita di tempi, di apprendimenti diffusi, d'idee progettuali, di competenze, di risorse, di tecnologie adeguate. Tuttavia già oggi è possibile mettere le basi di una lunga costruzione in cui le ICT possono essere occasione di nuove idee e nuovo capitale sociale, ma il cui senso e la cui direzione restano domande a cui solo le comunità umane possono dare risposta.

Bibliografia

- Baraldi C., Maggioni G. (2000), a cura, Una città con i bambini. Progetti ed esperienze del Laboratorio di Fano, Donzelli, Roma.
- Biocca M. (1997), a cura, Promozione della salute e sanità pubblica. Ricerca partecipata, epidemiologia e pianificazione, Angeli, Milano.
- Calvani A. (1996), Multimedialità nella scuola, Garamond, Roma.
- Cassel M.M., Jackson C., Cheuvront B. (1998), "Health Communication on the Internet: An Effective Channel for Health Behavior Change?", in *Jl of Health Comm*, 3.
- Celata C. (2001), "La prevenzione è comunicazione: il Progetto cittadino sulle dipendenze da droghe e alcol della ASL Città di Milano", in Ingrosso M., cit.
- Cerri Musso R. (1995), Tecnologie educative, Sagep, Genova.
- De Sanctis O. (1999), a cura, Orizzonti multimediali della formazione, Liguori, Napoli.
- Chamberlain M.A. (1996), "Health Communication: Making the most of new media technologies", in *Jl of Health Comm*, 1.
- D'Ambrosio M., Parrella B., (1998), Web multimedia. La comunicazione multimediale dai graffiti a Internet: storia, strategie e tecniche, Apogeo, Milano.
- De Rita G, Bonomi A. (1998), Manifesto per lo sviluppo locale, Bollati Boringhieri, Torino.
- Eysenbach G., Köler C. (2002), "How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus group, usability tests, and in-depth interviews", in *BMJ*, 324, pp. 573-577.
- Ferguson T. (2002), "From patients to end users", in *BMJ*, 324, pp. 555-556.
- Flora J.A., Cassady D. (1990), "Roles of Media in Community-based Health Promotion", in Bracht N., ed., *Health Promotion at the Community Level*, Sage, London.
- Garito M. A. (1997), a cura, Tecnologie e processi cognitivi: insegnare ad apprendere con la multimedialità, Angeli, Milano.
- Gasparetti M. (1998), Computer e scuola, Apogeo, Milano.
- Grossman R., Scala K. (1993), *Health Promotion and Organizational Development. Developing Settings for Health*, European HP Series 2, Who-Europe, Iff, Vienna.
- Impicciatore P., Pandolfini C., Casella N., Bonati M. (1997), "Reliability of health information for the public on the world wide web: systematic survey of advice on managing fever in children at home", in *BMJ*, 314, pp. 1875-1879.
- Ingrosso M. (1994a), *Ecologia sociale e salute*, Angeli, Milano.
- - (1994b), a cura, *La salute come costruzione sociale*, Angeli, Milano.
- - (2000a), "Salute", in Melucci A. (a cura), *Parole chiave: Per un nuovo lessico delle scienze sociali*, Carocci, Roma.
- - (2000b), *Lettura sociale della salute e promozione della qualità della vita*, in *Animazione sociale*, XXX, 5, 2000.
- - (2001a), a cura, *Comunicare la salute. Scenari, tecniche, progetti per il benessere e la qualità della vita*, Angeli, Milano.
- - (2001b), "L'esagono della salute: un modello di costruzione sociale del benessere", in *L'arco di Giano*, 30.
- - (2001c), "Scuole che promuovono la salute e la qualità della vita", in *Salute a scuola fra mutamento organizzativo e nuovi media*, inserto di *Animazione sociale*, XXXI, 12.
- Losito E., Rodolfi G., Zilioli M. (2001), *Un Meeting per i giovani*, Ed. I Pensieri, Parma.
- Manacorda P. (1998), "Le reti di telecomunicazione nelle città italiane", in *Problemi dell'informazione*, 1.
- Maragliano R. (1999), *Nuovo manuale di didattica multimediale*, Laterza, Bari.
- Menna S., Rosito M.T. (2001), "Volontariato e comunicazione sociale per la salute", in Ingrosso M., cit.
- Ministero della Sanità (1998), *Un Patto di solidarietà per la salute. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*, Roma.
- Morgan G. (1989), *Images. Le metafore dell'organizzazione*, Angeli, Milano.
- Northouse L.L., Northouse P.G. (1998), *Health communication: strategies for health professionals*, Appleton & Lange, Stamford CT.
- Pantò E., Petrucco C. (1998), *Internet per la didattica*, Apogeo, Milano.
- Rheingold H. (1994), *Comunità virtuali*, Sperling & Kupfer, Milano.
- Regione Emilia Romagna (1999), *Piano Sanitario Regionale 1999-2001*, Bologna.
- Trentin G. (1996), *Didattica in rete*, Garamond, Roma.
- Varisco B. M., Grion V. (2000), *Apprendimento e tecnologie nella scuola di base*, Utet, Torino.
- Yach D. (1998), "Telecommunication for health: new opportunities for action", in *Health Promotion Int.*, XIII, 4.

- WHO (1998), Health Promotion Glossary, Copenhagen.