

**La salute al femminile.
Le disuguaglianze di genere nelle campagne di comunicazione
sugli screening oncologici e i vaccini degli ultimi 20 anni.**

Author: Laura Solito, *Università degli Studi di Firenze*
Letizia Materassi, *Università degli Studi di Firenze*
Erika Greco, *Università degli Studi di Firenze*
Ester Macrì, *Università degli Studi di Firenze*

This article has been accepted for publication, but has not been through the copyediting, typesetting, pagination and proofreading process, which may lead to differences between this version and the Version of Record.

Please cite this article as:

Solito L., Materassi L., Greco E. & Macrì E. (2025), *La salute al femminile. Le disuguaglianze di genere nelle campagne di comunicazione sugli screening oncologici e i vaccini degli ultimi 20 anni.*, in «Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali», doi: 10.36253/cambio-16798.

La salute al femminile.
Le disuguaglianze di genere nelle campagne di comunicazione sugli screening oncologici e i vaccini degli ultimi 20 anni.

Laura Solito, *Università degli Studi di Firenze*
Letizia Materassi, *Università degli Studi di Firenze*
Erika Greco, *Università degli Studi di Firenze*
Ester Macrì, *Università degli Studi di Firenze*

contact: erika.greco@unifi.it

Abstract: The contribution reflects on changes in public health communication, which we observe through the lens of cancer screening and vaccination campaigns over the past 20 years. On the one hand, public communication is, by definition, a form of communication aimed at the general interest, designed to meet the informational needs of the entire population. On the other hand, it must contend with the necessary personalization of content, the differentiation of target audiences according to the topics addressed, and the segmentation of the citizenry based on the prevalence of specific diseases among certain user groups. But how, then, can the pursuit of communicative effectiveness be reconciled with the risk of generating—or reproducing—health inequalities, which are well-documented in the literature? To what extent, and in what ways, is gender represented and narrated in these two specific areas of health prevention?

Beyond providing a detailed discussion of the findings, this study explores the representation of women in the collected materials. This representation is closely tied to the perception of women as individuals to be protected and cared for but also, at times, as vulnerable subjects in need of expert guidance. Furthermore, we analyzed gender differences in the campaigns in relation to language use, visual communication, narrative function, and register. This analysis was also conducted from a longitudinal perspective to examine how the portrayal of women and the communication directed toward them have evolved over the past 20 years.

Keywords: Health Communication, Gender, Inequalities, Screening, Vaccine,

1. UNA SALUTE DISUGUALE

Il contributo vuole riflettere sui cambiamenti della comunicazione pubblica della salute, che osserviamo attraverso la lente delle campagne sugli screening oncologici e sui programmi vaccinali negli ultimi 20 anni.

Se da un lato la comunicazione pubblica è, per definizione, una comunicazione di interesse generale, volta a soddisfare i bisogni informativi di tutta la popolazione, dall'altro fa i conti con la necessaria personalizzazione dei contenuti, la differenziazione dei pubblici secondo i temi trattati,

la segmentazione della cittadinanza in base al livello di incidenza di una patologia su specifiche tipologie di utenza (Faccioli 2000; Grandi 2001). Ma come si concilia la ricerca dell'efficacia comunicativa con il rischio di produrre - o riprodurre - quelle disuguaglianze di salute note in letteratura? E, in particolare, quanto e come il genere è rappresentato e narrato in questi due specifici ambiti di prevenzione sanitaria?

Il concetto di uguaglianza nella comunicazione della salute accompagna il dibattito scientifico già da alcuni decenni (Marmot 2007). A segnare un punto di svolta è l'Organizzazione Mondiale della Sanità che, nel 2007, stabilendo una forte correlazione tra le disuguaglianze presenti nella società e le disuguaglianze nella salute nella popolazione, asserisce che non ci sia errore più cruciale nel processo di generazione delle disuguaglianze quale quello di considerare uguali tutti i pazienti, adottando un'unica modalità informativa (WHO 2007¹; Lemma in Cucco et al. 2011) e un paradigma trasmissivo che non tenga conto della segmentazione della popolazione, delle determinanti sociali, demografiche, economiche e culturali dei comportamenti individuali. La "scoperta" di una maggiore articolazione dei pubblici, chiave di volta negli stessi studi in comunicazione, si riflette sia sulle modalità organizzative e di gestione della comunicazione della salute, sia sulla varietà dei temi affrontati, non solo in un'ottica meramente informativa, ma di vero e proprio engagement del paziente (Fattori 2005).

Il superamento di un approccio monolitico alla Health Communication, che fino ad allora aveva prevalso, a favore di una concezione più complessa e sfaccettata si ha nel riconoscimento e nella progressiva legittimazione di due grandi aree (Hannawa et al. 2015; Lovari, Ducci 2022): la comunicazione sanitaria, da un lato, con le attività di informazione sui servizi offerti, sulle modalità di accesso e sulla trasparenza delle norme che regolano le relazioni tra cittadini e le differenti organizzazioni sanitarie e la comunicazione sociale per la promozione della salute, dall'altro. Quest'ultima, su cui insiste il presente contributo, è una parte significativa della comunicazione pubblica e dunque promossa in un'ottica di tutela dell'interesse generale (Mancini 1996; Bosco in Cucco et al. 2005); essa ha come scopo l'informazione, la sensibilizzazione e la spinta all'azione verso comportamenti e stili di vita salutari: non solo di contrasto dunque ad una specifica patologia o ad un generico stato di malattia, ma di promozione di un completo stato di benessere fisico, psichico e sociale a cui l'individuo può aspirare (WHO 1948).

La comunicazione sociale della salute si realizza, infatti, mediante strategie che afferiscono a tre principali macroaree: strategie di prevenzione, strategie di tutela, strategie di educazione alla salute (Borraccino in Cucco et al. 2011; Downie et al. 1996). Ciascuna di queste ha strumenti e finalità che le sono proprie, ma è nell'area di sovrapposizione e di intersezione di questi ambiti che si rintraccia il significato più profondo della promozione della salute, secondo cui l'interlocutore non è un destinatario di un'azione comunicativa pensata a monte, ma è un attore responsabile e partecipe di un progetto per la salute individuale e della collettività.

Il richiamo alla responsabilità individuale è un tratto caratteristico della comunicazione della salute, che tuttavia ha generato tradizionalmente due ordini di rischi (Lemma in Cucco et al. 2011). Il primo consiste nel sottovalutare il ruolo dei diversi livelli di health literacy degli interlocutori, ovvero del diverso grado di alfabetizzazione, conoscenza e consapevolezza del cittadino rispetto alla propria salute (Rubinelli et al. 2010). Il rischio è quello di idealizzare l'interlocutore, considerandolo in grado di agire a favore della sua salute, senza invece intervenire prioritariamente

¹ WHO (2007), *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes*, Commission on Social Determinants of health, https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69670/interim_statement_eng.pdf?sequence=1

sul piano informativo, educativo e cognitivo, sulle strategie di ascolto del destinatario e dei suoi contesti di fruizione. Il secondo aspetto problematico rintracciato nel richiamo enfatico alla responsabilità individuale è che tale approccio ha spesso giustificato uno stile accusatorio nella medicina preventiva, una colpevolizzazione dei comportamenti sbagliati, “*blaming the victim*” (Lemma in Cucco et al. 2011: 174), senza investigare i fattori o le motivazioni profonde da cui tali comportamenti possono scaturire o che possono portare ad una mancata aderenza a stili di vita corretti. Tra tali fattori, numerosi studiosi si sono soffermati sulle differenze di genere, non solo biologiche e anatomiche o perché uomini e donne differiscono in base alle prospettive di vita, ma anche perché tradizionalmente si sono riscontrati approcci diversi verso la prevenzione medica, la percezione di sé e del proprio stato di salute, la propensione a sperimentare comportamenti rischiosi, l’abitudine a chiedere aiuto davanti ad un problema o la frequenza con cui ci si sottopone regolarmente a controlli medici (Ventresca in Elliott&Greenberg 2022; Courtenay 2011).

L’attenzione prestata alle strategie comunicative nella promozione della salute, dunque, non è solo una presa di coscienza delle differenze e delle disuguaglianze presenti nella società, ma da un lato vuole affrontare la questione in tutta la sua articolazione e complessità, e al contempo vuole evitare la produzione di nuove condizioni di disparità.

Molta strada è stata fatta in questa direzione. La comunicazione sociale si è occupata fin dai suoi esordi di temi inerenti la salute dei cittadini – la prima campagna del 1971 promossa da Pubblicità Progresso aveva come tema la donazione del sangue – attraverso un crescendo di campagne, eventi e azioni comunicative che nel tempo si sono diversificate nei temi, linguaggi, obiettivi, andando a coinvolgere non solo quelle organizzazioni che per loro stessa natura hanno un ruolo centrale nella sanità – Ministero, Istituto Superiore di Sanità, Regioni, aziende sanitarie e ospedaliere, istituti di ricerca, etc. - ma anche soggetti no profit e imprese che si sono attivati per la promozione della salute come “imprenditori di issues” (Gadotti in Cucco et al. 2005; Bernocchi et al. 2018).

Infatti, tra gli scopi riconosciuti alla comunicazione sociale non c’è solo che una determinata materia sia considerata una priorità dall’opinione pubblica e dai decisori, ma che venga letta attraverso uno specifico frame. La salute, in quest’ottica, da stato soggettivo che riguarda soltanto il singolo individuo, diviene un processo, un costrutto sociale e culturale, creato dall’interazione tra individuo e società, in un determinato contesto storico, economico, culturale di relazione (Ingrosso 2001; Lovari 2017); l’esito di una relazione dinamica tra punti di vista parziali e specifici che daranno vita ad una geografia della salute e dei problemi di rilevanza sociale ad essa correlati (Gadotti 2001). Si parla anche di un modello orchestrale della comunicazione della salute (Lalli 2008), entro cui risulta difficile scindere i singoli elementi e fattori compositivi, ma da cui deriverà un’importante produzione di senso. Tale corallità si riflette anche nelle competenze e nell’articolazione dei saperi convocati per comunicare la salute, sempre più volte alla interdisciplinarietà e alla comunicazione interprofessionale (Sumerau, Cragun 2016), anche se non sempre legittimata o coerente con gli assetti istituzionali (Lovari 2015).

Nel processo di negoziazione tra diversi attori convocati – organizzativi, individuali, locali, globali, etc. - per l’affermazione di una specifica definizione (o frame) di ciascuna issue, intervengono sensibilità, interessi, valori differenti che oggi competono per la visibilità entro un ecosistema comunicativo densamente popolato, competitivo e frenetico. Infatti, come osservano Gadotti e Bernocchi (2010), non dobbiamo dare per scontato che i messaggi di salute, solo per l’importanza che rivestono nella vita delle persone, riscuoteranno sicuramente l’attenzione del pubblico. Al contrario, saranno esposti al rischio di un’attenzione selettiva al pari di molte altre tematiche o

problematiche sociali, passando inosservate o senza incidere significativamente sul cambiamento degli atteggiamenti, delle credenze, degli stili di vita dei cittadini.

Le campagne di comunicazione sociale sono in questo senso il contesto e lo strumento attraverso cui prenderanno forma le diverse rappresentazioni, sociali e mediali, della salute in un dato momento e per tale motivo parte integrante di quella realtà sociale che si alimenta e costruisce mediante le narrazioni collettive.

2. CHE “GENERE” DI SALUTE?

La riflessione sulla relazione tra genere e salute offre un quadro complesso e sfaccettato che merita un approfondimento. In letteratura si indaga da tempo l'exkursus intrapreso dalla medicina e dalla ricerca scientifica nel riconoscere l'importanza delle differenze di genere. Da questa emerge la storica sottorappresentazione delle donne in molte branche della ricerca medico-scientifica e la loro esclusione dai trial clinici. A lungo infatti i risultati ottenuti dagli studiosi sono stati considerati validi per entrambi i sessi, anche quando le donne non erano, in realtà, incluse nel campione (Perez 2020).

Tale approccio ha avuto gravi conseguenze sulla salute della donna sia per quanto riguarda l'evoluzione di alcune malattie, che per la risposta ai farmaci e ai dosaggi, testati il più delle volte solo sugli uomini. Oltretutto, secondo gli studiosi, ad esempio, alcuni farmaci che non hanno effetto sugli uomini potrebbero invece funzionare sulle donne, per cui diviene necessario disaggregare i dati per genere, anche quando le sperimentazioni sono effettuate sia sugli uomini che sulle donne (Miller e al. 2017).

Sebbene la definizione aristotelica delle donne come “maschio dal corpo mutilato” sia oggi superata, in realtà “la rappresentazione del corpo maschile come corpo umano per antonomasia resiste tuttora” (Perez 2020: p. 279). In una società plurale e non-binary, dove il genere di appartenenza non si identifica con il sesso biologico, è sempre più rilevante l'approccio della medicina genere-specifica che “nasce e vive per sottolineare le differenze tra i due sessi in tutte le branche della scienza medica” (Griglié, Romeo 2021: 25). Per questo motivo da qualche anno si è iniziato a parlare di “sex and gender medicine” con l'obiettivo di sostenere, promuovere e tutelare la salute delle donne e degli uomini partendo dalle differenze in entrambi i sessi affinché si possa realizzare un'uguaglianza in medicina (Grego et al. 2020). Oltre ad un'attenzione alle specificità della persona, questo approccio pone al centro l'ambiente in cui uomini e donne vivono, crescono e lavorano poiché ogni aspetto sociale può avere un'influenza sul loro sviluppo e interagire con le differenze biologiche, anatomiche, fisiologiche nei due sessi.

Anche a livello normativo si va verso la stessa direzione in molti Paesi. Dal 1993 è vietato escludere le donne dai test clinici finanziati dal governo federale statunitense (Perez 2020) e a queste stesse direttive approvate anche in Australia e nell'Unione Europea, si aggiunge l'obbligo dal 2016 di analizzare i risultati dei trial clinici in modo disaggregato per genere.

Prima in Europa e nel mondo, l'Italia ha promulgato una legge proprio sulla medicina di genere. La legge 3/2018 “Applicazione e diffusione della Medicina di Genere nel Servizio Sanitario Nazionale” garantisce l'inserimento del “genere” in tutte le specialità mediche, nella sperimentazione clinica dei farmaci (nell'art.1), promuovendo su tutto il territorio nazionale la ricerca, formazione e divulgazione che consideri le differenze uomo-donna (art.3). Se l'effettiva applicazione della legge è compito di un Osservatorio che si occupa di seguirne gli sviluppi, la sua efficacia potrà essere osservata anche indirettamente, attraverso una maggiore attenzione negli

stessi programmi formativi o nei libri di testo impiegati per la didattica nella preparazione alle professioni medico-sanitarie, nelle quali tradizionalmente prevale la presenza di corpi maschili assunti ad esempio e ad emblema dell'essere umano, senza distinzione di genere (Griglié, Romeo 2021).

Nonostante il tema sia stato progressivamente esplorato e affrontato da più prospettive disciplinari, tutt'oggi permangono differenze e disuguaglianze. La donna non viene considerata in modo olistico: la medicina si è storicamente concentrata solo su alcune parti del corpo femminile, come il seno e gli organi riproduttivi, trascurando il resto del corpo e le altre condizioni mediche che possono colpire le donne in modo diverso rispetto agli uomini. L'approccio della "*bikini view*" (Capua 2020), ovvero la focalizzazione dell'attenzione su quelle parti del corpo coperte dal bikini e riconducibili al seno e all'apparato riproduttivo femminile, ha portato a una mancanza di dati e di ricerche su altre sfere della salute delle donne, come ad esempio le malattie cardiovascolari, che sono spesso diagnosticate e trattate meno efficacemente nelle donne rispetto agli uomini, presentando sintomi diversi che possono portare a diagnosi tardive o errate (Griglié, Romeo, 2021). La prima a denunciare le disuguaglianze nelle diagnosi e poi nelle cure cardiovascolari, è stata Bernadine Patricia Healy, primaria di cardiologia al Johns Hopkins Hospital. Nell'articolo "The Yentl Syndrome", pubblicato nel 1991 per *New England Journal of Medicine*, la professoressa Healy ha evidenziato come, nonostante i ricoveri, alle donne venissero proposti meno accertamenti ed esami coronarografici rispetto agli uomini. "Solo dopo che la coronarografia aveva documentato la presenza di evidenti lesioni coronariche, le donne venivano sottoposte agli stessi trattamenti di rivascolarizzazione" (Grego e al. 2020: 2). Ecco perché la professoressa Healy parla di Sindrome di Yentl, riferendosi al racconto di Isaac B. Singer (e al film prodotto, diretto e interpretato da Barbra Streisand nel 1983). Le pazienti si trovavano nella stessa posizione di Yentl che per studiare il Talmud in una scuola di teologia era stata costretta a vestirsi da uomo. Come la protagonista, le pazienti dovevano dimostrare sintomi maschili per poter essere credute e poi curate. "Il problema era e rimane quello dell'accesso alle cure, della credibilità e dell'interpretazione dei sintomi, dell'affidabilità dei test non invasivi, della diagnosi differenziale, della sindrome ansiosa che domina e si infiltra in ogni percorso diagnostico, del tradizionale concetto che le donne muoiono comunque di più dopo un evento cardiologico, e dell'effetto della propaganda sugli estrogeni" (Grego e al. 2020).

Un ulteriore aspetto da considerare è che il tema delle differenze di genere, oltre ad interessare in modo trasversale più Paesi e continenti, va inoltre ad incrociare fattori culturali, religiosi, economici, così come relativi all'istruzione, alla disabilità e all'orientamento sessuale, intersecando dunque ulteriori fattori determinanti della salute.

Alcuni studi effettuati negli Stati Uniti evidenziano, ad esempio, una correlazione tra convinzioni religiose e bassa alfabetizzazione sanitaria. Questa correlazione può essere un ostacolo significativo alla diffusione di informazioni mediche vitali, come quelle relative allo screening del cancro al seno (Hoover e al. 2017). Il fattore religioso può ad esempio amplificare lo scetticismo o l'esitanza verso alcune vaccinazioni, come contro l'HPV che, in Canada, da alcuni pubblici viene percepito come correlato all'aumento della promiscuità sessuale (Feinberg e al. 2015).

Nella comunicazione della salute, è fondamentale comprendere le caratteristiche e i bisogni delle diverse comunità per formulare messaggi efficaci. In alcuni Paesi come il Marocco (Hemelrijk e al. 2019) e il Kenya (Omondi Aduda, Mkhize 2014), le differenze di genere vanno lette in relazione al contesto sociale e culturale in cui la malattia può essere associata a questioni legate alla sessualità e alla moralità, influenzando la volontà o la propensione delle donne a sottoporsi agli screening. Il

bias di genere che le donne affrontano in questi contesti può influenzare il loro comportamento riguardo alla ricerca di cure mediche, portando a diagnosi e trattamenti ritardati o inadeguati.

Le disuguaglianze socioeconomiche e demografiche rappresentano un ulteriore ostacolo alla prevenzione. Da alcuni studi condotti negli Stati Uniti emergono significative disparità nell'accesso agli screening del cancro al seno e al collo dell'utero, specialmente tra le donne afroamericane a basso status socioeconomico (Katz e al. 2015). Nel contesto americano i comportamenti legati alla salute sono influenzati dalle esperienze di discriminazione vissute nell'ambito sanitario che possono creare barriere psicologiche e emotive. “Gli Stati Uniti hanno il più alto tasso di mortalità materna tra i paesi del Primo mondo ma il problema appare particolarmente grave per gli afroamericani” (Perez, 2020: 331). Queste esperienze negative possono dissuadere le donne dal cercare cure preventive, inclusi gli screening oncologici. Analogamente è stato evidenziato come talune patologie, tra cui l'obesità o i disturbi alimentari, abbiano un impatto diverso su uomini o donne e si richiama a stili di vita collegati allo status sociale dei pazienti (Dumas et al. 2014).

Nelle esperienze decisionali e di cura della salute oncologica ritroviamo anche il rapporto tra genere e orientamento sessuale. Le persone LGBTQ+ hanno un minore coinvolgimento diretto nello screening oncologico e incontrano barriere nella comunicazione interpersonale con gli specialisti. Per questo preferiscono l'informazione online, ritenuta più inclusiva e maggiormente rispettosa dell'anonimato. Tuttavia, sebbene sia aumentata la sensibilità verso un'identificazione di genere più fluida, permangono aspetti di discriminazione o fattori che riproducono una lettura del genere fortemente stereotipata. Un esempio richiamato negli studi è il marchio del nastro rosa nelle campagne sul cancro al seno che viene interpretato dalle pazienti LGBTQ+ come un effetto delle narrative eteronormative e cisnormative (Taylor 2019).

La prospettiva di genere interseca anche la variabile della disabilità intellettiva e motoria. Le disparità nello stato di salute e di cura per le persone con disabilità intellettive derivano da una complessa interazione di vari fattori. Le principali cause intersecano le condizioni di salute associate ovvero le condizioni mediche che sono collegate a compromissioni del funzionamento intellettivo, come la paralisi cerebrale e la sindrome di Down. Poi ci sono i problemi di salute non correlati che influenzano negativamente le persone con DI, come ipertensione o cancro, che vengono definiti come condizioni di comorbilità. Infine ci sono le condizioni descritte come secondarie poiché si verificano più frequentemente nelle persone con disabilità intellettive rispetto alla popolazione generale, come ulcere da decubito e depressione, spesso prevenibili (Krahn e al. 2006). Wisdom e al. (2010) mettono in evidenza le diverse disparità di salute tra donne con disabilità e donne senza disabilità, concentrandosi su sei aree principali. In primo luogo, si evidenzia che le donne con disabilità presentano tassi più elevati di malattie croniche rispetto a quelle senza disabilità. Studi inclusi nella revisione hanno rilevato differenze significative in condizioni come malattie cardiache e diabete. In secondo luogo, emergono disparità anche nei tassi di incidenza e negli esiti del cancro, con le donne con disabilità maggiormente a rischio di sviluppare forme avanzate o più aggressive della malattia. Un'altra area di differenza riguarda la salute mentale e l'abuso di sostanze, dove le donne con disabilità presentano tassi più alti rispetto a quelle senza disabilità. Le disparità si estendono anche alla partecipazione agli screening preventivi. Le donne con disabilità sono meno propense a sottoporsi a esami preventivi, come mammografie e screening per il cancro del collo dell'utero, portando a diagnosi tardive e peggiori risultati di salute. “Pap test findings were similar, with most researchers finding that women with disabilities were less likely to have received a recent Pap test” (Wisdom e al. 2010: p.12). Inoltre, l'articolo sottolinea che le donne con disabilità hanno una partecipazione inferiore a comportamenti che promuovono la salute, come l'esercizio fisico e

un'alimentazione equilibrata, il che contribuisce a un generale peggioramento della salute. Il tema è affrontata anche dal Rapporto Osserva Salute già nel 2015, in cui emerge che per le donne con limitazioni funzionali vi è “un doppio fattore di discriminazione poiché, oltre ad accedere più difficilmente delle altre al Pap-test e alla mammografia, incontrano difficoltà di accesso anche per lo screening del colon-retto, cosa che non accade per gli uomini” (Battisti, Rosano 2015). L'esperienza del Covid-19 ha però contribuito ad una maggiore sensibilità riguardo alle persone con deficit intellettivi, o con disturbi dello spettro autistico, toccando con mano la loro difficoltà a stare nel contesto ospedaliero e il loro timore di strumenti e procedure invasive (Donato e al. 2024). Tuttavia, come osservato da Wisdom e al. (2010), nonostante queste disparità, l'utilizzo dei servizi sanitari non ha mostrato significative disuguaglianze. Le donne con disabilità hanno infatti un accesso ai servizi sanitari simile a quello delle donne senza disabilità, suggerendo potenziali aree di miglioramento nella qualità delle cure e nella sensibilizzazione.

A fronte di numerosi fattori problematici affrontati dagli studiosi, non mancano in letteratura alcune indicazioni per il loro superamento, molte delle quali inerenti le modalità comunicative e relazionali tra medici e pazienti, le condizioni di incontro, i contenuti informativi e i linguaggi utilizzati. Ad esempio, un approccio utile per avvicinare le donne afroamericane a basso status socioeconomico agli screening sembra essere il dialogo intergenerazionale (Katz e al. 2015), oltre alle strategie di comunicazione che prevedono l'adeguatezza culturale e il coinvolgimento delle destinatarie (Tan e al. 2019). Per minimizzare la stigmatizzazione sociale legata alle malattie e alle pratiche di cura si suggeriscono, invece, strategie di comunicazione integrate (Omondi Aduda, Mkhize 2014) che tengano conto delle specificità delle identità sempre più diversificate e plurali (Grego et al. 2020).

“Una pratica medica che non tenga conto delle modalità di socializzazione femminile compromette anche le iniziative di prevenzione” (Perez, 2020: 294), così come ignorare il diverso approccio degli uomini alla propria condizione. La stessa definizione di “salute maschile” non è un concetto uniforme, al quale riferirsi dando per scontato che tra gli uomini ci sia lo stesso grado di consapevolezza o le stesse priorità di salute (Ventresca 2022).

Per questo, l'approccio olistico porta a considerare insieme alla dimensione di genere, le variabili ambientali, demografiche e culturali (Capua 2020). Solo intersecando quindi i vari assi dell'identità (etnia, genere, orientamento sessuale, disabilità, caratteristiche socio-demografiche), è possibile rintracciare le esperienze specifiche di marginalizzazione e privilegio (Taylor 2019), i fattori di uguaglianza e di diversità.

Spesso le decisioni sanitarie e le esperienze di cura si trovano a fronteggiare proprio queste situazioni caratterizzate dalla sovrapposizione di diverse forme di discriminazione o svantaggio che richiedono un'analisi intersezionale per essere comprese e affrontate. Questo compito spetta anche alla comunicazione sociale della salute ed è su questo aspetto che lo studio qui presentato vuole fornire il suo contributo.

3. LA RICERCA

3.1 Metodologia della ricerca sociale

Le riflessioni che proponiamo in questo lavoro sono frutto di un percorso di ricerca legato a un progetto PNRR, volto ad indagare le campagne di comunicazione della salute.

La ricerca si basa sulla raccolta di materiali relativi a campagne sociali di comunicazione sulla salute. La selezione dei materiali di indagine si è focalizzata sulle campagne istituzionali dedicate agli screening oncologici e ai vaccini, da gennaio 2000 a marzo 2023. Il dataset, realizzato ad hoc per il progetto, raccoglie 719 materiali relativi a 223 campagne di comunicazione reperite attraverso il web nel corso dell'anno 2023. Una prima ricerca è stata condotta sui siti istituzionali delle Regioni italiane, dell'Istituto Superiore di Sanità, del Ministero della salute e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità². Quando la ricerca effettuata sui siti web non ha permesso di reperire materiale sufficiente per l'analisi, si sono indagate anche le pagine istituzionali di Facebook, Instagram, Twitter. Ciascun materiale reperito è stato scaricato dalla piattaforma di origine, archiviato e riclassificato secondo alcune variabili di interesse stabilite dal team di ricerca a partire dalla letteratura esistente. L'analisi del contenuto dei materiali raccolti si è concentrata inizialmente sui linguaggi, il registro e la funzione narrativa utilizzati nelle campagne di comunicazione, passando poi a considerare ulteriori variabili come i protagonisti della campagna, il setting, i colori prevalenti e i destinatari del messaggio. Sono stati presi in considerazione anche alcuni video e podcast, per i quali sono stati analizzati anche aspetti relativi alla voce narrante e alla durata. Nel corso dell'analisi sono emersi (non quindi indagati a priori) alcuni aspetti rilevanti in termini di disuguaglianze di genere, che saranno approfonditi in questo contributo. Per organizzare al meglio l'analisi, è stato costruito un dataset in cui ogni riga corrisponde a un materiale e ogni colonna a una informazione esplicativa e riclassificata sul materiale.

3.2 *Il contesto italiano*

Al fine di leggere meglio i risultati dell'analisi dei materiali raccolti per la ricerca, è importante ed interessante osservare alcuni dati di contesto. Per l'anno 2023, in Italia, sono state stimate 395.000 nuove diagnosi di tumore, 18.400 in più rispetto al 2020 (Aiom et al., 2024³). Delle nuove diagnosi nel 2023, 208.000 hanno riguardato uomini e 187.000 donne, rispettivamente il 52,7% e il 47,3%. Il tumore con la più alta frequenza di diagnosi nel 2023 è stato il carcinoma della mammella (55.900), seguito da quello del colon-retto (50.500), del polmone (43.800), della prostata (41.100) e della vescica (29.700). Si stima che nei prossimi venti anni il numero assoluto annuo di nuove diagnosi oncologiche in Italia aumenterà, in media, dell'1,3% per anno negli uomini e dello 0,6% per anno nelle donne. Nell'arco temporale 2007-2019 sono inoltre stimate 268.471 morti per tumore evitate in Italia rispetto al numero atteso nel 2003-2006 proprio grazie alle diagnosi precoci e agli screening. Il tumore maschile più frequente è quello della prostata, che, con 41.100 nuovi casi nel 2023, rappresenta il 19,8% di tutti i tumori maschili. Il secondo tumore più frequente tra gli uomini italiani è quello al polmone (14,3% dei tumori maschili) seguito dal colon-retto (12,9%) e dalla vescica (11,4%). Per le donne italiane continua a essere di gran lunga il tumore più frequente quello alla mammella, che rappresenta il 30,0% di tutti i tumori femminili. Il tumore del colonretto rappresenta il 12,7% dei tumori femminili, seguito dal tumore al polmone (7,4% dei tumori femminili) e all'endometrio (5,5%). La copertura degli screening a livello nazionale nel 2023 è del 85,9% per lo screening mammografico (con un range dal 101,6% al Nord al 58,3% al Sud), del

² In alcuni casi i materiali sono stati reperiti sul sito o sulla pagina social di un determinato ente pur essendo stati creati da altri soggetti (ad esempio leghe anti-tumori o altri enti istituzionali). In quei casi si è comunque registrato il materiale tra quelli dell'ente dove è stato trovato.

³ Aiom et al. (2024), *I numeri del cancro in Italia 2023*, <https://www.aiom.it/Inps-numeri-del-cancro-in-italia/>

88,3% per lo screening cervicale (dal 129,6% al Centro al 68,8% al Sud) e del 79,4% per lo screening coloretale (dal 100% al Centro al 43,7% al Sud).

La partecipazione dei cittadini, essenziale per garantire l'efficacia del programma, è influenzata sia dall'efficienza del percorso sanitario, sia dalla consapevolezza del proprio stato di benessere, del vissuto personale e del contesto socio-culturale. Nonostante studi recenti ne abbiano valutato la fattibilità e il rapporto costo-beneficio, lo screening per il cancro del polmone non è ancora praticato in Italia, né incluso tra gli screening oncologici offerti dal Sistema Sanitario Nazionale. Oltre alla capacità responsiva del servizio sanitario, l'efficacia degli screening dipende dalla partecipazione dei cittadini, influenzata dall'efficienza del sistema sanitario, ma anche dalla consapevolezza individuale e culturale.

Lo screening cervicale ha mostrato un andamento diverso rispetto agli altri: dal 39% pre-pandemia, è sceso al 23% nel 2020, salendo al 35% nel 2021 e al 41% nel 2022. Questo andamento è sicuramente condizionato anche da una significativa componente opportunistica⁴ nella prevenzione del tumore del collo dell'utero.

Spostandosi dagli screening oncologici al tema delle vaccinazioni, vediamo che per il papilloma virus (HPV), i dati ufficiali più recenti disponibili sono quelli del Ministero della Salute⁵, aggiornati al 31/12/2021, che evidenziano un 32,22% di copertura per le femmine e del 26,75% per i maschi⁶. Rispetto agli stessi 2020, nelle stesse fasce di età, si osserva un incremento dell'1,9% per le ragazze che compiono 12 anni nell'anno di rilevazione e un decremento del 5,13% per quelle che compiono 13 anni nello stesso periodo. La copertura per ciclo completo nella coorte delle quindicenni⁷, utilizzata dall'OMS come riferimento nelle sue statistiche, è del 70,55%, in aumento rispetto al dato relativo alla stessa fascia di età rilevato l'anno precedente (63,84%). Il dato è comunque ben al di sotto dell'obiettivo del 95% previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale. Sicuramente il calo delle vaccinazioni HPV è legato anche agli effetti della pandemia Covid-19, mitigati in parte nel 2021.

3.3. *Analisi delle campagne*

Il dataset costruito per la ricerca comprende 719 materiali, di cui 338 (pari al 47%) sono indirizzati al genere femminile⁸. Tra questi, 128 riguardano i vaccini, 206 gli screening e 4 la salute delle donne (giornate di sensibilizzazione generica verso la salute della donna). I materiali inerenti ai vaccini indirizzati ad un pubblico femminile costituiscono il 28,3% dei materiali totali sui vaccini, mentre i materiali inerenti agli screening indirizzati al genere femminile costituiscono ben il 79,8% della totalità dei materiali sugli screening raccolti. Il 38,1% dei materiali analizzati riguarda questioni di tipo ginecologico riconducibile a quella che abbiamo definito “*bikini view*” (Capua 2020).

⁴ Per prevenzione opportunistica si intende un intervento di prevenzione sanitaria che non rientra in programmi strutturati e organizzati a livello nazionale o regionale, ma che è invece realizzato su iniziativa personale del paziente o del medico. Questo tipo di prevenzione è più diffusa per il tumore del collo dell'utero, che viene monitorato anche da ginecologi privati su iniziativa del paziente o in semplici visite di routine.

⁵ https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=6049#:~:text=Dati%20coperture%20vaccinali%20anti%2DHPV&text=Rispetto%20alla%20rilevazione%20del%202020,anni%20nell'anno%20di%20rilevazione.

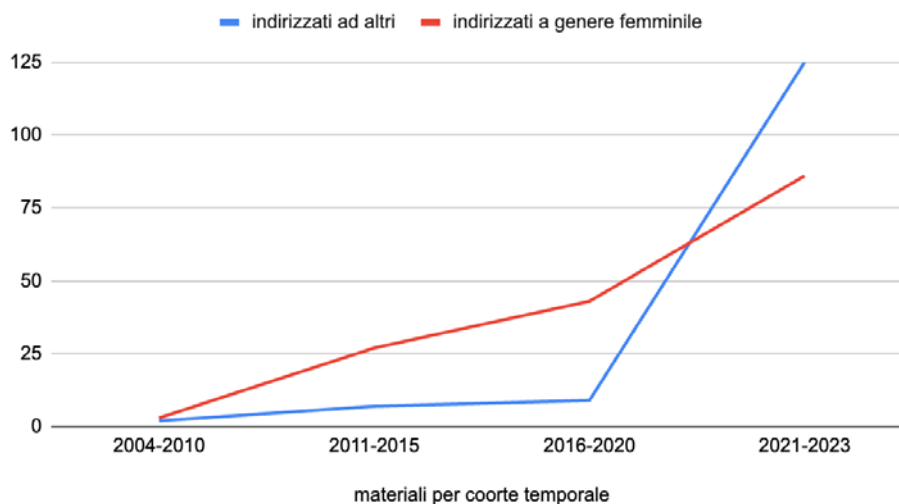
⁶ Coorte dei nati nel 2009.

⁷ Coorte del 2005 nel 2021, che compiono 16 anni nell'anno di rilevazione.

⁸ Per individuare i contenuti indirizzati al genere femminile si è operata una riclassificazione che tenesse conto sia del destinatario della campagna sia dell'argomento della campagna.

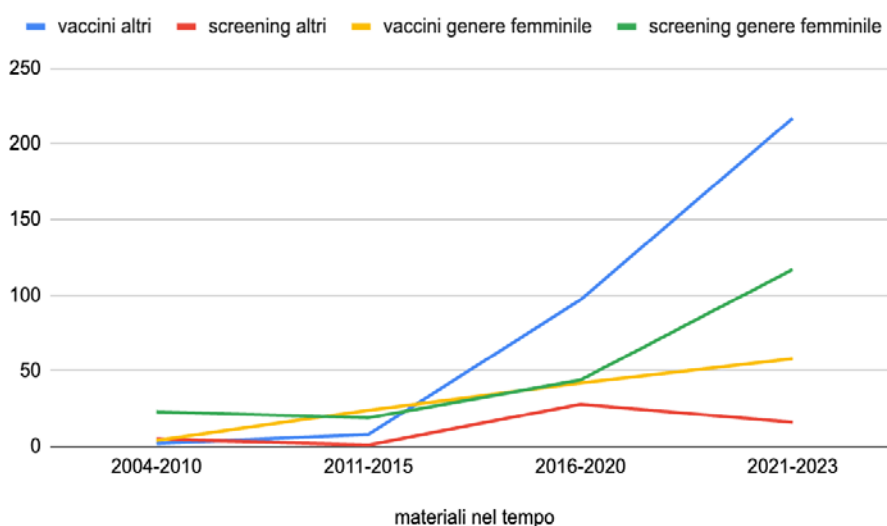
Il grafico successivo mostra il numero di materiali reperiti per coorte temporale (dal 2004 al 2023) suddiviso per materiali indirizzati al genere femminile e materiali indirizzati ad altri o alla popolazione generale. Come si può notare, per tutti il numero di materiali cresce nel tempo, anche per effetto del metodo di ricerca (online) e per la difficoltà di reperire materiali più vecchi perché non più presenti su web o realizzati esclusivamente in forma cartacea. Tuttavia, l'incremento dei materiali indirizzati ad un pubblico femminile si ha maggiormente già a partire dal 2011, mentre gli altri crescono numericamente in maniera più importante già solo dopo il 2020. E' interessante notare che relativamente all'arco temporale tra il 2004 e il 2016 sono stati raccolti più materiali indirizzati al genere femminile che materiali indirizzati ad altri o alla popolazione generale.

Numero di materiali per coorte temporale



Analizzando in senso longitudinale i materiali suddivisi per macrotema e genere di riferimento, notiamo che le campagne vaccinali indirizzate ad altri ed alla popolazione in generale sono cresciute numericamente in maniera importante dalla pandemia Covid-19 in poi, mentre le campagne vaccinali indirizzate al genere femminile non sono cresciute con la stessa forza. Di contro, il numero di materiali relativi agli screening e indirizzati al genere femminile hanno avuto una crescita più incisiva rispetto alle campagne di screening indirizzate ad altri o alla popolazione generale, che dal 2020 sono addirittura diminuite. L'effetto della crescita dei materiali indirizzati ad altri o alla popolazione generale dal 2020 in poi è legato quindi al solo macrotema della vaccinazione.

Materiali nel tempo per macrotema e genere di riferimento



3.3.2 I protagonisti e il setting delle campagne

Nel 17,25% dei materiali indirizzati al genere femminile non sono presenti attori protagonisti. Si tratta quindi di materiale informativo o divulgativo che riporta dati o slogan attraverso grafici, tabelle e testo. In generale, i materiali che non fanno uso di protagonisti, ma solo di testo e dati sono in proporzione meno tra quelli indirizzati al genere femminile rispetto a quelli indirizzati ad altri o alla popolazione generale (16,41%). Nel rivolgersi alle donne si preferiscono numeri, tabelle o grafici invece di attori protagonisti.

Esclusi i materiali che non presentano persone, nel 71,5% dei materiali restanti indirizzati al genere femminile utilizzano una protagonista di genere femminile; nel 21,03% dei casi un gruppo misto; nel 5,1% un attore maschile; nel 2,3% un personaggio di genere neutro, come una sagoma stilizzata o un personaggio immaginario dal genere non identificabile. C'è quindi una tendenza a parlare alle donne attraverso altre donne.

Nei materiali non indirizzati al genere femminile, viene scelto un gruppo misto nel 62,7% dei casi, un protagonista maschile nel 20,5% dei casi, una protagonista di genere femminile nel 12,5% dei casi e un personaggio di genere neutro nel 4,1% dei casi. Per parlare a tutti, quindi, se si opta per un solo attore protagonista e non un gruppo, il genere più utilizzato è quello maschile.

Dal punto di vista dell'abbigliamento dei protagonisti, nei materiali indirizzati al genere femminile prevale l'informalità⁹. Hanno infatti un abbigliamento informale il 74,1% dei protagonisti, contro il 62,6% dei protagonisti dei materiali indirizzati ad altri. Invece, se nelle campagne indirizzate ad altri troviamo il 21,2% di protagonisti con abbigliamento medico, questi sono presenti solo nel 16,4% dei materiali indirizzati al genere femminile.

Il setting predominante nelle campagne indirizzate al genere femminile è quello medico/ospedaliero, utilizzato nel 49,0% dei materiali indirizzati al genere femminile contro il 30,0% di quelli indirizzati ad altri. Rispetto ai materiali indirizzati ad altri troviamo una predominanza anche del setting familiare/domestico, usato nel 31,7% dei materiali contro 19,3%.

⁹ Intendiamo per "abbigliamento informale" uno stile casual che non rimandi né ad una specifica professione, né ad uno stile formale, come giacca e cravatta o tailleur.

E' interessante notare che i materiali in cui il colore rosa è utilizzato come colore predominante sono al 79,5% indirizzati al genere femminile e che il 23,0% dei materiali indirizzati alla popolazione femminile in cui è possibile individuare un colore predominante utilizzano il rosa. Il rosa sembra quindi essere il colore più associato, come da stereotipo, al genere femminile e alle questioni sanitarie legate alle donne.

3.3.3 *Funzione narrativa, linguaggio e registro narrativo*

Un aspetto importante preso in considerazione nello studio dei materiali è quello della funzione narrativa, riclassificata dal team di ricerca in quattro categorie: suggerire, descrivere, spiegare, coinvolgere e rendicontare. Nei materiali indirizzati al genere femminile si tende più a coinvolgere rispetto ai materiali indirizzati ad altri o alla popolazione generale (17,4% contro 8,2%). La funzione narrativa prevalente è comunque quella del suggerire, come nei materiali indirizzati ad altri o alla popolazione generale, anche se con un'incidenza inferiore (44,0% contro 49,5%). Sembra quindi che si preferisca tentare un coinvolgimento più forte nei materiali indirizzati alle sole donne.

Rispetto al linguaggio utilizzato nelle campagne, sono state individuate cinque categorie: paternalistico, informativo, rassicurante, fear arousing appeal e polemico.

Nei materiali indirizzati al genere femminile si nota una maggiore propensione all'uso di un linguaggio informativo rispetto ai materiali indirizzati ad altri o alla popolazione generale (24,3% contro 17,7%). Il linguaggio più utilizzato è quello rassicurante, anche se in modo proporzionalmente minore rispetto a quello dei materiali indirizzati ad altri o alla popolazione generale (71,8% contro 76,1%). Le donne sembrano essere viste come soggetti che necessitano di essere informate rispetto ad altri.

Per il registro narrativo sono state identificate tre diverse categorie: sensibilizzare, educare ed informare. Nei materiali indirizzati al genere femminile si utilizza in maniera molto più frequente un registro narrativo volto a sensibilizzare rispetto ai materiali indirizzati ad altri o alla popolazione generale (80,6% contro 77,4%).

4. CHE GENERE DI PREVENZIONE?

Sollecitate dallo studio condotto e dalle considerazioni che rintracciamo in letteratura o che scaturiscono da dati di contesto, avanziamo qui di seguito alcune riflessioni conclusive, nell'intento di problematizzare il rapporto tra campagne sociali e differenze di genere nella comunicazione della salute.

Nel corso dell'analisi sono emersi alcuni aspetti estremamente rilevanti in termini di disuguaglianze. Innanzitutto, andando ad esplorare nel dettaglio i temi, si nota una netta prevalenza di campagne sociali che riguardano la salute dell'apparato riproduttivo femminile. Spiccano in tal senso le comunicazioni riguardanti la vaccinazione per l'HPV, gli screening ginecologici - tumore alla cervice e pap test, tumore al seno e mammografia - e solo dopo quelle più indirizzate alla popolazione generale, ad esempio per il vaccino anti-influenzale o contro il Covid-19. Un primo dato interessante è quindi che una parte consistente (circa il 38%) dei materiali raccolti riguarda questioni di carattere ginecologico, riconducibili a quella che è stata definita "bikini view" (Capua 2020).

Non c'è un'analoga attenzione nel genere maschile. E' importante sottolineare che nel campione analizzato non è stata rintracciata alcuna campagna indirizzata unicamente agli uomini, nonostante esistano screening specifici legati a questioni esclusivamente maschili che meritano di essere comunicati, come ad esempio per il tumore alla prostata o ai testicoli; per altro, l'assenza di una comunicazione mirata è ancora più preoccupante a fronte delle stime: nei prossimi venti anni, infatti, il numero assoluto annuo di nuove diagnosi oncologiche in Italia è destinato ad aumentare, in media, dell'1,3% per anno negli uomini e dello 0,6% per anno nelle donne.

Inoltre, dai dati ufficiali emerge che il tumore maschile più frequente è quello della prostata, che, con 41.100 nuovi casi nel 2023, rappresenta il 19,8% di tutti i tumori maschili¹⁰, ma che non trova spazio in nessuna campagna di comunicazione.

I materiali di comunicazione sul tumore del colon retto che abbiamo analizzato sono indirizzati all'intera popolazione e costituiscono il 14,0% dei materiali complessivamente considerati, anche se il tumore del colon retto è il secondo tumore più diagnosticato in Italia nel 2023, con 50.500 nuove diagnosi (Ibidem, 2024). Anche in questo caso, ben 12 campagne sul tema del tumore del colonretto sono indirizzate alle sole donne. Per contro, risultano assenti materiali sullo screening per il cancro del polmone, nonostante la sua incidenza e la valutazione positiva dell'efficacia di tale pratica.

In sintesi, non sembra raggiunto l'obiettivo posto dalla "sex and gender medicine", ovvero partire dalle differenze in entrambi i sessi per realizzare un'uguaglianza in medicina. Le campagne analizzate sembrano spesso arenarsi nelle differenze di genere piuttosto che utilizzarle come "push botton" verso la parità, generando un ulteriore divario e/o squilibrio almeno nella comunicazione sociale della salute.

La frattura che dunque pare emergere dai dati riguarda in primo luogo la mancata corrispondenza tra varietà delle patologie oncologiche nella popolazione e la loro presenza tra le tematiche comunicate nelle campagne; una asimmetria e uno sbilanciamento che rischia di vanificare il significato e gli obiettivi stessi della comunicazione sociale, che tenderà a concentrarsi solo su un range abbastanza circoscritto di issues e non faciliterà la promozione di comportamenti preventivi per temi comunque molto importanti e urgenti da trattare.

Entrando poi nello specifico delle strategie comunicative adottate, la lettura trasversale dei dati raccolti ci consente di avanzare alcune considerazioni, sia nel caso delle vaccinazioni, sia in relazione agli screening oncologici.

Un numero significativo di materiali informativi sui vaccini usa come protagonisti un gruppo misto per genere, il che potrebbe essere segno di un approccio universale alla promozione della vaccinazione, mirato a sottolineare l'importanza dei vaccini per tutti, indipendentemente dal genere. Non si riscontra però una rappresentazione capace di tenere in considerazione più appartenenze, presenti dentro uno stesso genere, come età, etnia, appartenenza religiosa o altro. "Oggi la crisi rende possibile una nuova consapevolezza per le donne, le classi svantaggiate, le persone di colore, le minoranze sessuali, per tutti coloro che si trovano al margine e che rappresentano una maggioranza emergente", (Corradi, 2017, p.2). Per questo, è necessario un approccio intersezionale da parte della comunicazione sociale e della salute, che sia capace non solo di colmare il gap di genere ma anche di superare le visioni discriminanti, cisnormative e abiliste, ad esempio.

¹⁰ Aiom et al. (2024), *I numeri del cancro in Italia 2023*, <https://www.aiom.it/Inps-numeri-del-cancro-in-italia/>

Nelle campagne di screening, laddove il genere dei protagonisti della campagna è specificato e non sono utilizzati personaggi stilizzati dal genere neutro e non identificabile, è presente un unico personaggio oppure più personaggi con lo stesso genere, non gruppi misti. La maggior parte dei materiali presenta protagoniste di genere femminile, e questo potrebbe indicare la natura degli screening come servizi rivolti a una specifica popolazione - femminile, appunto - con l'intento di rilevare precocemente l'insorgenza di patologie. Potrebbe anche riflettere sia la specificità di alcune condizioni sanitarie, sia la volontà di sottolineare il ruolo delle donne nella promozione della salute familiare e comunitaria. Inoltre, si evidenzia la tendenza a scegliere una donna per parlare alle donne. Potremmo dunque dire che dallo studio condotto la donna non ha più bisogno di "vestirsi" da uomo per essere curata, e che, anzi, a indossare il camice nelle locandine sono proprio le donne.

Allo stesso tempo, però, la narrazione del femminile che emerge dai materiali raccolti continua ad essere connessa alla visione della donna come soggetto da preservare, ma anche, talvolta, come soggetto fragile, bisognoso di essere informato o appellandosi al suo senso di responsabilità nel doversi informare. Lo si rintraccia nei materiali raccolti e indirizzati alla popolazione di genere femminile, dove emerge un uso prevalente di un linguaggio informativo rispetto ai materiali indirizzati ad altri o alla popolazione generale. Inoltre, nella comunicazione verso le donne si predilige un setting di tipo medico-ospedaliero che tende ad accentuare l'approccio medicalizzato alla salute della donna.

Dunque, se da un lato emerge un'ampia articolazione delle modalità narrative della salute - testi, immagini, grafici, icone, video, etc. - incrementata soprattutto dopo l'emergenza pandemica e confermata da precedenti ricerche (Solito, Materassi 2021), dall'altra si tendono a riprodurre letture stereotipate del genere, senza particolare attenzione a quei fattori determinanti sociali e culturali che, come abbiamo visto, contribuiscono alla definizione dei comportamenti verso la salute. Una seconda frattura che dunque la ricerca sembra mettere in evidenza è tra ciò che emerge dalla letteratura e le pratiche comunicative effettivamente adottate negli ultimi 20 anni. Se negli studi è forte il richiamo all'esigenza di articolare il più possibile i linguaggi e le strategie comunicative per farsi carico di tutte quelle determinanti intersezionali del genere, nella realtà le campagne tendono ad appiattire e a banalizzare tali differenze.

Un ultimo aspetto che ci preme sottolineare è l'evidente spartiacque segnato dall'emergenza pandemica. Analizzando longitudinalmente i materiali suddivisi per macrotema e genere di riferimento, infatti, si osserva un trend interessante. Le campagne vaccinali rivolte alla popolazione generale e ad altri gruppi sono aumentate notevolmente a partire dalla pandemia di Covid-19. Questo incremento è riconducibile alla necessità urgente di promuovere la vaccinazione contro il virus SARS-CoV-2, che ha portato a una maggiore produzione di materiali informativi e campagne di sensibilizzazione rivolte a un ampio pubblico e non solo legate alla stagionalità dell'influenza. Tuttavia, le campagne vaccinali destinate specificamente al genere femminile non hanno registrato un aumento altrettanto marcato.

Tendenza inversa nella prevenzione oncologica: il numero delle campagne indirizzate al genere femminile ha mostrato una crescita più incisiva rispetto alle campagne di screening rivolte ad altri gruppi o alla popolazione generale. Al contrario, le campagne di screening rivolte alla popolazione in generale sono diminuite dal 2020, evidenziando una riduzione dell'attenzione verso tali issues.

Questo risultato sottolinea da un lato l'impatto della pandemia di Covid-19 sulle priorità della sanità pubblica e sulla distribuzione delle risorse informative, evidentemente attratte in misura maggiore dai programmi vaccinali, ma evidenzia al contempo come il Covid abbia ulteriormente lasciato in ombra quelle tipologie di tumore con una elevata incidenza, sia nella popolazione maschile, che femminile.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Marmot M. (2007), *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*, in “The Lancet”, 370, 9593, 1153-1163.
- Bernocchi R., Contri A., Rea A. (2018), *Comunicazione sociale e media digitali*, Roma: Carocci
- Carme V. L. (2008), *La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad* in “Congreso Sare de Emakunde. Innovar para la Igualdad”.
- Capua I. (2020), *Salute circolare-Nuova edizione: Una rivoluzione necessaria*, Milano: EGEA spa
- Capparucci S., Pietrosanti (2024), *Persone con disabilità per deficit neuro-cognitivi e cancro: quale percorso terapeutico nella pratica clinica*, in 16° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, Roma: FAVAO
- Corradi L. (2017). *Specchio delle sue brame. Analisi socio-politica della pubblicità: genere, classe, razza, età ed eterosessismo* (pp. 1-224). Ediesse.
- Courtenay W. (2011), *Dying to be men: Psychosocial, environmental, and biobehavioural directions in promoting the health of men and boys*, Londra: Routledge
- Cucco E., Pagani R., Pasquali M. (2005), *Primo Rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*, Roma: RAI-ERI
- Cucco E., Pagani R., Pasquali M., Soggia A., (2011), *Secondo Rapporto sulla comunicazione sociale in Italia*, Roma: Carocci
- Donadio R., Marchisio C. (2010), *Adesione ai programmi di screening ed incidenza di tumori femminili nelle donne con disabilità motoria*, in “Family & community health”, 29(1), 35S-43S.
- Downie R.S. Fyfe, C. Tannahill (1996), *Health promotion: models and values*, Oxford: Oxford Medical Publications
- Dumas A., Robitaille, J. Jette, S. L. (2014), *Lifestyle as a choice of necessity: Young women, health and obesity*, in “Social Theory & Health”, 12, 138-158.
- Elliott C., Greenberg, J. (2022), *Communication and Health. Media, Marketing and Risk*, Singapore: Palgrave Macmillan
- Faccioli F. (2000), *Comunicazione pubblica e cultura del servizio. Modelli, attori, percorsi*, Roma: Carocci
- Fattori G. (2020), *Non solo saponette. Manuale di marketing sociale per la salute e per l'ambiente*, Perugia: Cultura e salute editore
- Feinberg Y., Pereira J. A., Quach S., Kwong J. C., Crowcroft N. S., Wilson S. E., *Understanding public perceptions of the HPV vaccination based on online comments to Canadian news articles. Public Health Agency of Canada/Canadian Institutes of Health Research Influenza Research Network (PCIRN) Program Delivery and Evaluation Group. (2015)*, in “PloS one”, 10(6), e0129587.
- Gadotti G. (2001), *La comunicazione sociale. Soggetti, strumenti e linguaggi*, Milano: Arcipelago edizioni
- Grandi R. (2001), *La comunicazione pubblica. Teorie, casi, profili normativi*, Roma: Carocci
- Grego S., Pasotti E., Moccetti T., Maggioni A. P. (2020). *Sex and gender medicine: Il principio della medicina di genere*, in “Giornale Italiano di Cardiologia”, 21, 602-606.
- Griglié E., & Romeo, G. (2021). *Per soli uomini: il maschilismo dei dati, dalla ricerca scientifica al design*. Torino: Codice edizioni
- Hannawa A.F., García-Jiménez L., Candrian C., Rossmann C., Schulz P.J. (2015), *Identifying the field of Health Communication*, in “Journal of Health Communication: International Perspectives”, 1-10.
- Ingresso M. (2001), *Comunicare la salute*, Milano: Franco Angeli

- Krahn G. L., Hammond L., Turner A. (2006). *A cascade of disparities: health and health care access for people with intellectual disabilities* in “Mental retardation and developmental disabilities research reviews”, 12(1), 70-82.
- Lalli P. (2008), *Comunicazione sociale: tracce di un itinerario*, in Bertolo C., Comunicazioni sociali, Padova: CLEUP
- Lovari A. (2017), *Social media e comunicazione della salute. Profili istituzionali e pratiche digitali*, Milano: Guerini scientifica
- Lovari A., Ducci G. (2022), *Comunicazione Pubblica. Istituzioni, pratiche, piattaforme*, Milano: Mondadori Università
- Mancini P. (1996), *Manuale di comunicazione pubblica*, Roma-Bari: Laterza
- Miller L. R., Marks C., Becker J. B., Hurn P. D., Chen W. J., Woodruff T., Clayton J. A. (2017), *Considering sex as a biological variable in preclinical research*, in “The FASEB Journal”, 31, 29.
- Perez C. C. (2020), *Invisibili*, Torino: Giulio Einaudi Editore
- Rubinelli S., Camerini L., Schulz P.J. (2010), *Comunicazione e salute*, Milano: Apogeo
- Salmi M. (2017). *Medicina di genere: È legge in Italia*, in “Journal of Sex-and Gender-Specific Medicine”, 3, 89-91.
- Simplan S. C. (2017). *Feminist disability studies as methodology: life-writing and the abled/disabled binary*, in “Feminist Review”, 115, 46-60.
- Materassi L. & Solito L. (2021), *If a picture is not worth a thousand words. Digital infographics use during the Covid-19 pandemic crisis*, in “Sociologia della comunicazione”, (2021/61).
- Sumerau J.E., Cragun D. (2016), *Frames of reference: applying sociology in interdisciplinary medical settings*, in “Journal of Applied Social Sciences”, 10, 113-118.
- Tyler C. V., Schramm S, Karafa M., Tang A. S., Jain A. (2010). *Electronic health record analysis of the primary care of adults with intellectual and other developmental disabilities*, in “Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities”, 7, 204-210.
- WHO (1948), *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the International Health Conference*, New York, 19-22 June 1946.
- Wisdom J. P., McGee M. G., Horner-Johnson W., Michael Y. L., Adams E., Berlin M. (2010). *Health disparities between women with and without disabilities: a review of the research*, in “Social work in public health”, 25(3-4), 368-386.