

SCUOLA SUPERIORE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
SEDE DI ROMA

MASTER in COMUNICAZIONE, INFORMAZIONE E RAPPORTI CON I MEDIA

III EDIZIONE

4 MAGGIO 2006 – 25 GENNAIO 2007

“Toglietemi tutto ma non il mio bucatino all'amatriciana ”

**DALLA SANITÀ ALLA SALUTE:
CARATTERISTICHE, OBIETTIVI E STRUMENTI
DELLA COMUNICAZIONE**

DOTT.SSA FRANCESCA FURIOZZI

Roma marzo 2007

SOMMARIO

INTRODUZIONE	3
1 COMUNICAZIONE SANITARIA TRA MEDICO E PAZIENTE NELLA SOCIETÀ DELL'INFORMAZIONE	6
2 COMUNICAZIONE DELLA SANITÀ	8
2.1 Fonti normative	8
2.2 Caratteristiche della comunicazione della sanità	8
2.2.1 Emittente	8
2.2.2 La "Carta dei servizi sanitari"	10
2.2.3 Destinatari	10
2.2.4 Messaggio	12
2.2.5 Canali	13
2.2.6 <i>Feedback</i> e misurazione dell'efficacia	14
2.3 Una particolarità – La comunicazione della sanità per la sanità	15
3 COMUNICAZIONE DELLA SALUTE	16
3.1 Il concetto di salute	16
3.2 Sani per legge?	17
3.2.1 La tutela della salute nella legislazione italiana (ART.32)	18
3.3 Strumenti e strategie della comunicazione della salute	19
3.3.1 Salute e media	21
3.3.2 A ciascuno il suo: il rapporto media e destinatario	22
3.3.3 I media: alleati o nemici?	25
4 PROPOSTE OPERATIVE	26
BIBLIOGRAFIA	31

INTRODUZIONE

Questa tesi nasce da una provocazione lanciata nel corso del master dalla dr.ssa Marsocci durante la lezione sul diritto della comunicazione pubblica: *“Lo Stato, il Ministero della salute con le campagne di comunicazione possono dirmi cosa devo o non devo mangiare”* ? In qualità di comunicatore pubblico del Ministero della salute mi sono sentita in dovere di raccogliere la provocazione e di rispondere.

La mia risposta è presente nei concetti espressi e riassunti nel titolo stesso della tesi

“Toglietemi tutto ma non il mio bucatino all’amatriciana”

DALLA SANITÀ ALLA SALUTE:
CARATTERISTICHE, OBIETTIVI E STRUMENTI
DELLA COMUNICAZIONE

≈

...dalla sanità alla salute...

È mutato il significato della parola salute. Oggi, non si intende più solo “assenza della malattia” ma anche: prevenzione e promozione di una “cultura dello stare bene”, innovazione scientifico-tecnologica al servizio della persona, cura del corpo, “ben-essere” e qualità della vita.

Il dovere dello Stato verso il cittadino non si esaurisce nel garantire una adeguata assistenza sanitaria e l'erogazione di singole prestazioni ma implica anche azioni di prevenzione. La promozione della salute si realizza nei due ambiti, individuale e collettivo, intervenendo sui comportamenti soggettivi (ad esempio incoraggiando l'adozione da parte dei cittadini di corretti stili di vita) e, a livello di collettività, migliorando i contesti e le condizioni di vita rilevanti per la salute. La salute è prima di tutto informazione. Una corretta informazione può consentire al cittadino di migliorare la gestione della propria salute e di prevenire patologie importanti.

...caratteristiche, obiettivi e strumenti della comunicazione...

Nel processo di costruzione sociale e culturale della salute si fanno strada nuove e più specializzate modalità comunicative.

La comunicazione **sanitaria** tra medico e paziente, nota da sempre per il suo valore terapeutico, assume nuove fisionomie nella società dell'informazione. Infatti, la frequenza con cui nei media compare il tema della Salute e lo stesso uso (e l'abuso) del concetto di "ben-essere" come valore di riferimento per la vita, hanno importanti effetti sul cittadino che chiede al medico nuovi approcci e nuove risposte.

La comunicazione della **sanità**, cioè le informazioni su strutture e servizi, è un dovere verso il cittadino e garantisce l'accesso equo a prestazioni e cure. Attuata da tutte le strutture sanitarie sul territorio con le carte dei servizi, dovrebbe essere caratterizzata da chiarezza, comprensibilità, tempestività ed efficienza.

La comunicazione della **salute** è una leva strategica per la prevenzione e la promozione della salute. Sensibilizza il destinatario e modifica comportamenti, innescando circuiti virtuosi e costruendo una compartecipazione da parte dell'individuo al proprio stato di salute. Attivata potenzialmente da tutte le istituzioni sanitarie (centrali e periferiche) dovrebbe essere caratterizzata da: adeguatezza al target, coerenza, semplicità e toni non accusatori.

...“toglietemi tutto ma non il mio bucatino all'amatriciana”...

La frase, che volutamente ricorda il *claim* di una pubblicità molto nota è una metafora che gioca su più livelli semantici:

Il ruolo dei media

I media sono presenti nella vita quotidiana come linguaggi e parametri di riferimento. Rivestono un ruolo cruciale nella società attuale come costruttori di valori, di consumi e bisogni (talvolta falsi). Contemporaneamente rappresentano uno strumento straordinario a disposizione delle istituzioni per veicolare informazioni autorevoli, certificate ed accreditate sulla salute e per sensibilizzare il destinatario dei messaggi ad assumere comportamenti salutari.

La corretta alimentazione è difficile da digerire

A differenza delle campagne di comunicazione su AIDS, droghe, fumo ed abuso di alcol, dove l'intervento delle istituzioni è accettato e condiviso perché tocca valori e comportamenti comunemente considerati insalubri, quelle sulla corretta alimentazione sono, invece, viste come fastidiosa ingerenza. Infatti, sebbene le malattie dovute all'alimentazione errata uccidano ogni anno migliaia di persone, non si percepisce la gravità del problema e non si accetta che lo Stato dica quanto e cosa mangiare. Al punto che durante un master sulla comunicazione si discute se ciò sia legittimo o meno.

Il libero arbitrio del singolo

Il destinatario delle campagne di comunicazione sulla salute può accettare o meno il messaggio dell'emittente. Lo Stato non viola la libertà del cittadino ma stimola una sua compartecipazione volontaria al processo di costruzione della salute. Tutti,

acquisendo competenze e consapevolezza, attraverso l'alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) e l'*empowerment* che le istituzioni promuovono, possono in prima persona tutelare la propria salute.

Per tornare alla metafora del bucatino all'amatriciana, ognuno è libero di mangiare la pietanza che preferisce ma l'importante è che conosca gli effetti e le implicazioni della propria scelta.

Per rispondere alla provocazione iniziale: la salute, quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, è tutelato e sancito nella Costituzione italiana (art.32). Lo Stato ha l'obbligo di garantire l'effettività di tale diritto anche prevenendo i rischi e promuovendo la salute con interventi di comunicazione. Il cittadino, poi, è libero di scegliere se seguire o no i consigli e se modificare i propri comportamenti.

Infatti, se posizioniamo i destinatari della comunicazione in ambito sanitario su una ipotetica scala di libertà, vediamo:

- al grado di minore libertà il **paziente**, che nella malattia può solo in minima parte decidere se accettare le cure e quali (nei termini previsti dalla legge italiana)
- al grado intermedio l'**utente/cliente** del Servizio sanitario, che può muoversi tra le strutture meglio rispondenti alle sue esigenze di cura anche grazie alle informazioni e alle indicazioni della comunicazione della sanità
- al grado di maggiore libertà il **cittadino** fruitore delle campagne di comunicazione sulla salute.



1 COMUNICAZIONE SANITARIA tra medico e paziente nella società dell'informazione

Per comunicazione sanitaria si intende la comunicazione (verbale, para verbale e non verbale) attivata in un contesto particolare (scena di cura) e con uno scopo preciso (cura e guarigione) tra due soggetti caratterizzati da ruoli fortemente connotati: il medico e il paziente.

Della comunicazione medico/paziente, è importante sottolineare:

1. **l'aspetto terapeutico** - l'interazione comunicativa ed il contatto fisico favoriscono quella fiducia che è alla base del rapporto di affidamento medico/paziente e contribuiscono per oltre un terzo all'efficacia della terapia e della guarigione
2. **l'aspetto semiotico e socio-culturale** - tale comunicazione assume valenze "scientifiche", non solo perché si svolge in un contesto medico-scientifico, ma anche perché presuppone un passaggio di conoscenze scientifiche medico/malato e viceversa. E tale trasferimento implica tutte le problematiche tipiche dello scambio comunicativo esperto/non esperto.

Il rapporto comunicativo medico/paziente è stato spesso tematizzato come unidirezionale, centrato sullo specialista e come forma di dominio e controllo sociale da parte della medicina verso il soggetto di cura. Negli ultimi decenni, invece, tale rapporto si è trasformato e ridefinito. La nuova realtà dei mass media e i grandi cambiamenti normativi hanno posizionato l'incontro medico/paziente dentro uno scenario socio-culturale più ampio.

Ogni giorno, i processi mediatici di comunicazione scientifica informano, più o meno correttamente, le persone, cambiando la scena della cura ed il modo di rappresentarla. È senz'altro cruciale il fatto che i pazienti leggano riviste e periodici, guardino la televisione, navighino su Internet, sappiano di medicina oggi molto più di 30 anni fa. Ma è significativo soprattutto un altro fattore: il gigantesco (e scomposto) vociere mediatico è un brodo nel quale tutti quanti vivono e si muovono. Non basta, quindi, una nuova tematizzazione "paziente informato", perché, essendo ancorata allo schema **duale** classico della relazione medico/paziente, non spiegherebbe cosa davvero accade nella scena allargata della cura. In realtà, è mutata la forma della scena: è un **triangolo medico – paziente – media**.

I media sono una componente costitutiva e stabile della comunicazione medico/paziente, ne ridefiniscono i presupposti e l'universo simbolico con codici

differenti e nuovi. Quella tra medico/paziente diventa una **forma di comunicazione globale** che comprende anche una nutrita schiera di altri soggetti produttori di conoscenza. Il medico è una sorta di *snodo* comunicativo che guida il paziente fra i messaggi provenienti dai mass media, dalla cerchia di relazioni interpersonali e da altri specialisti.

Paradossalmente, la divulgazione medica aumenta il bisogno di un confronto. Il medico è chiamato a svolgere la funzione di coordinamento in un processo di sfilacciamento dei saperi, ad affrontare una pluralità di linguaggi e a farsi carico di diversi universi simbolici.

Per delineare questo nuovo ruolo, emergono tre modelli di rappresentazione dell'evento comunicativo medico/paziente:

- **Omeostatico** - il medico vive le nuove sfide e svolge un compito di ricucitura. Ristruttura i vari universi simbolici, per quanto sfilacciati
- **Meccanico** - il medico considera esterna la ricostruzione del meccanismo comunicativo, non sente di avere un ruolo nella ricostruzione degli universi simbolici. Si limita a erogare la prestazione
- **Involutivo** - il medico agisce con fatica dentro tale scena di cura considerata invivibile. Vede i media come un elemento di disturbo della diade.

I cambiamenti in atto, la divulgazione sanitaria, la convivenza di diversi immaginari di salute possono, inoltre, mettere in crisi la gerarchia e complicare il processo di attribuzione di fiducia al medico necessaria alla cura, anche perché il paziente difende le proprie aspettative, non solo in termini di conoscenze scientifiche ma anche di approcci culturali e sociali.

Nella comunicazione medico/paziente si crea il c.d. *paradosso comunicativo*: la gerarchia non è più a priori ma si fonda sull'accordo negoziale e si conquista attraverso l'interazione paritaria. Nasce, perciò, una gerarchia diversa da quella tradizionale. È legata alla necessità continua di auto-promuoversi, di proporsi ad un cliente dubbioso, di negoziare l'iter di cura.

2 COMUNICAZIONE DELLA SANITÀ

2.1 Fonti normative

La comunicazione della sanità nasce e si sviluppa a metà degli anni '90, a seguito di innovazioni legislative e procedurali che hanno interessato in generale tutta la pubblica amministrazione. Oltre alla legge n.241 del 1990 sul diritto di accesso ai procedimenti amministrativi, va ricordata la direttiva del Presidente del Consiglio del 27 gennaio 1994 (*Principi sull'erogazione dei servizi pubblici*) e il decreto legge n.163 del 1995, che obbliga gli enti a dotarsi di documenti definiti «carte dei servizi» e a monitorarne l'attuazione.

Al centro delle riforme normative vi sono concetti quali trasparenza, ascolto, partecipazione, necessità di valutare e correggere l'efficienza dei servizi offerti sulla base della soddisfazione espressa dagli utenti. Soprattutto con la legge n. 241/1990, l'accento è posto sulla necessità di facilitare il dialogo¹ tra gli enti che erogano servizi e i cittadini/utenti, semplificando e rendendo più chiare e trasparenti le procedure.

Un ulteriore passaggio importante è rappresentato dagli **URP - Uffici relazioni con il pubblico** (decreto legislativo 29/1993) che ogni ente deve istituire:

- per garantire l'accesso e la partecipazione agli atti amministrativi
- per rilevare i bisogni dell'utenza e la soddisfazione per il servizio

Nel nuovo panorama, la comunicazione pubblica diventa reale garanzia di qualità del servizio e della sua rispondenza ai bisogni dell'utenza. Consente all'utente di dialogare attivamente con l'ente, di esprimere valutazioni sul servizio ricevuto e di ottenere, sulla base di tali valutazioni, una modifica del servizio o un eventuale risarcimento.

2.2 Caratteristiche della comunicazione della sanità

2.2.1 Emittente

In Italia, l'assistenza sanitaria è garantita dal Servizio Sanitario Nazionale, cioè un sistema solidaristico ed universale così articolato:

- a) il Ministero della salute, organo centrale, fissa i criteri generali e i livelli delle prestazioni
- b) le Regioni e Aziende sanitarie, organi periferici, erogano i servizi sul territorio in modo capillare, secondo i diversi livelli di autonomia stabiliti dalla Costituzione.

¹ A tale scopo, le istituzioni sanitarie hanno predisposto strumenti come: questionari di valutazione dei servizi, numeri verdi, sportelli informativi o deputati alla raccolta di segnalazioni di disservizi

L'organo del Servizio sanitario più direttamente a contatto con l'utente è l'Azienda sanitaria locale. L'ASL aiuta il cittadino a nascere, crescere, vivere in salute, morire con dignità e senza dolore, in un rapporto continuo e necessario "dalla culla alla bara" (non solo in senso metaforico). Quando si parla di **comunicazione pubblica della sanità** ci si riferisce alla comunicazione posta in essere soprattutto da questo soggetto.

Nelle 195 ASL italiane, la comunicazione si è sviluppata in modo disomogeneo e diversificato (le aziende, ad esempio, hanno persino scelto un diverso nome per chiamarsi: ASL o azienda USL o AUSL). I motivi sono:

1. **economici e geografici** - esistono differenze profonde tra le Regioni a causa del territorio, delle risorse, del bacino di utenza e, di conseguenza, delle strutture, dei mezzi e modi di comunicare

2. strutturali ed organizzativi

- ◆ la comunicazione è legata alla diversa sensibilità delle singole amministrazioni regionali e spesso dei singoli direttori generali
- ◆ la comunicazione è ancora considerata più una spesa che una risorsa
- ◆ la gestione della comunicazione è spesso frutto dell'improvvisazione e della buona volontà del personale con scarsa formazione di base mentre dovrebbe essere affidata esclusivamente alle strutture individuate dalla legge 150/2000 e ai professionisti

Il contenimento della spesa sanitaria, le logiche aziendali e gli adempimenti normativi impegnano le ASL in processi di riorganizzazione dei servizi per renderli più vicini ed adeguati alle esigenze dei cittadini. Ogni Azienda deve ottimizzare le risorse, modernizzare le procedure per l'accesso ai servizi, razionalizzare la pratica clinica e amministrativa, migliorare in genere la qualità della prestazione e verificarla. In questo processo, la comunicazione istituzionale può contribuire e facilitare il rapporto sanità/cittadini avviando un circolo virtuoso. E', infatti, importante che i cittadini, ma anche gli stessi operatori, abbiano una conoscenza adeguata del "sistema sanità" e dei propri diritti e doveri per viverlo con maggiore beneficio.

Un'efficace comunicazione favorisce le scelte di salute e assistenza sanitaria più appropriate e rispettose dei diritti individuali e degli interessi della collettività, con un impatto positivo su qualità, accessibilità e costi dei servizi sanitari.

2.2.2 La “Carta dei servizi sanitari”

Strumento di comunicazione della sanità per eccellenza è la **Carta dei servizi sanitari**². Obbligatoria per legge, la Carta dei servizi è un patto *formalizzato* fra l'azienda sanitaria e i cittadini. I contenuti del patto sono le informazioni ai cittadini sui servizi forniti, gli standard di qualità offerti, le modalità di tutela e di partecipazione.

Tale patto bilaterale può funzionare solo se le aziende si impegnano e sono in grado di aprire un canale di reale comunicazione con gli utenti. Un patto, infatti, non esiste se non è effettivamente conosciuto, accettato e condiviso da entrambi i contraenti. La Carta dei servizi è uno strumento comunicativo che ha valore ed efficacia solo se i cittadini ne sono a conoscenza, possono comprenderne i contenuti e comunicarne il feedback. In poche parole, possono utilizzarla. La comunicazione costituisce quindi una componente irrinunciabile della Carta dei servizi.

2.2.3 Destinatari

I destinatari dell'informazione e comunicazione della sanità sono soggetti che vivono una situazione particolarmente delicata: **sono ammalati**, hanno bisogno di attenzione e di aiuto. Ciò rende particolarmente delicata e importante la qualità dell'informazione, della comunicazione e dei contenuti della Carta dei Servizi.

Occorre tenere conto dei bisogni dei destinatari e del contesto in cui ricevono la comunicazione. In funzione delle tipologie di utenti cambiano: il fabbisogno informativo, le modalità ed il momento della comunicazione. In particolare, è necessario conoscere: quale preciso rapporto hanno con il SSN, quali sono i punti di sofferenza di questo rapporto, quali sono le loro aspettative di comunicazione, quali sono i canali più efficaci per raggiungerli, ecc.

I destinatari, in base a queste variabili, possono essere così segmentati:

1. sulla **loro natura** - cioè le grandi fasce di destinatari (cittadini, utenti, associazioni, istituzioni e dipendenti – tabella 1)
2. sulle **modalità di utenza** – cioè solo gli utilizzatori effettivi dei servizi, classificati in base al modo in cui fruiscono del servizio e al loro "bisogno informativo" (pazienti ricoverati, in attesa di accertamenti diagnostici, cronici, ecc. - tabella 2)

² La legge 11 luglio 1995, n. 273, prevede l'adozione, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, anche operanti in regime di concessione o mediante convenzione, di proprie "Carte dei servizi". Il DPCM del 19 maggio 1995 (G.U. del 31 maggio 1995, supplemento n.65) definisce uno schema di riferimento per il settore sanitario

Tabella 1 - Classificazione dei destinatari in base alla loro tipologia e natura

DESTINATARI	INFORMAZIONI RILEVANTI	MODALITÀ DI COMUNICAZIONE
Cittadini (in genere)	Informazioni sui punti di accesso e di informazione, prenotazione e pagamento ticket, sugli standard di qualità e sulle modalità di reclamo	Avviene attraverso la Carta dei servizi come "patto" generale con i cittadini
Utenti/clienti	Informazioni particolarmente mirate in funzione del bisogno informativo possibilmente aggiuntive rispetto a quelle dovute	Avviene all'atto dell'accesso o dell'accoglienza; richiede una distribuzione mirata per contenuti e per strumenti
Associazioni di utenti	Informazioni mirate in funzione della finalità dell'associazione	Avviene attraverso relazioni, protocolli, conferenza dei servizi
Istituzioni pubbliche	Informazioni dettagliate e particolareggiate, anche con l'uso di termini tecnici	Avviene in occasione di rapporti istituzionali o attraverso eventi ad hoc
Dipendenti	Informazioni sui programmi, sulla struttura e sull'organizzazione	Avviene attraverso modalità di comunicazione interna (newsletter, conferenze di organizzazione, ecc.)

Tabella 2 - Classificazione degli utenti in relazione alle "modalità di utenza"

UTENTI / CLIENTI	BISOGNI INFORMATIVI	MODALITÀ DI COMUNICAZIONE
Paziente ricoverato	Accoglienza, consenso informato, indagini per comfort ospedaliero, registro ricoveri	All'interno della struttura
Paziente in attesa di accertamenti diagnostici	Centri di prenotazione, ambulatori e presidi, modalità di fruizione e costi delle prestazioni, tempi di attesa per visite ed accertamenti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ negli studi dei medici di famiglia ▪ nelle farmacie ▪ nei presidi
Paziente cronico	Affezione alla struttura, trasporti, periodicità, diete, vita comunitaria in ospedale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ all'interno della struttura ▪ attraverso le Associazioni che rappresentano le patologie
Cittadini ai quali è rivolta la prevenzione	Motivo e ricadute della prevenzione, presentazione dei progetti, modi, tempi, orari, scadenze	<p>Mediante manifesti</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ nei punti di informazione collettiva ▪ nei distretti sanitari ▪ nelle farmacie ▪ nelle scuole ▪ nelle sedi circoscrizionali
Cittadini coinvolti a causa di adempimenti legati all'attività lavorativa	Leggi, scadenze, tempi, luoghi, orari, normative di riferimento, documenti da presentare, iter burocratico da seguire, possibili sanzioni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nelle sedi delle Associazioni di categoria ▪ nelle sedi amministrative territoriali

2.2.4 Messaggio

Gli obiettivi della comunicazione della sanità sono: informare in modo puntuale e preciso gli utenti e rendere utilizzabili e leggibili i dati contenuti nella Carta dei Servizi, così da far diventare vero e attivo il patto con l'utenza.

Per realizzare una comunicazione efficace e realmente fruibile è necessario confezionare il messaggio in modo adeguato:

1. segmentando i destinatari secondo il loro bisogno di informazione
2. elaborando messaggi differenziati (uno stesso messaggio può essere diversificato in rapporto ai destinatari)
3. prestando particolare attenzione al *contenuto* e al *linguaggio*

Contenuto

Il messaggio può essere formulato da semplice a complesso a seconda dei bisogni comunicativi del destinatario e della necessità delle informazioni nel momento in cui si manifesta il rapporto fra il cittadino e l'Azienda. Ad esempio, la Carta può assumere la forma di un manuale per gli operatori dello sportello o per i medici, la forma di un manifesto per gli utenti di un servizio, la forma di "istruzioni per l'uso" per gli anziani, ecc.

Linguaggio

Il messaggio deve essere efficace, cioè in grado di essere decodificato, compreso ed assimilato dal ricevente. Quindi è importante non solo scegliere e selezionare correttamente i contenuti da trasmettere, ma anche organizzarli in modo adeguato, semplice e facilmente memorizzabile. È importante definire correttamente il messaggio in funzione delle caratteristiche del destinatario medio. Va formulato tenendo conto sia del formato del messaggio (durata, estensione, sequenze), sia dei caratteri di scrittura, sia del giusto dosaggio di immagini parole e numeri, sia degli eventuali colori impiegati, ecc.

In sintesi, si devono seguire i suggerimenti della *Guida alla redazione dei documenti amministrativi* e della *Guida all'impaginazione dei documenti amministrativi* contenuti nel *Codice di stile* (1997) risultato del progetto "Semplificazione del linguaggio amministrativo" del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Tabella - Punto di contatto con l'utenza e caratteristiche del messaggio

PUNTO DI CONTATTO CON L'UTENZA	CARATTERISTICHE DEL MESSAGGIO
<p><i>Punti di accesso iniziale</i></p> <p>Sportelli e uffici amministrativi, medico di famiglia, pronto soccorso</p>	<p><i>Messaggio essenziale</i></p> <p>con indicazioni su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizzazione dell'Azienda - numeri di telefono - indirizzi - diritti e impegni fondamentali
<p><i>Punti di fruizione delle prestazioni</i></p> <p>Ambulatori, consultori, servizi di salute mentale, uffici del dipartimento di prevenzione, accettazione ospedaliera</p>	<p><i>Messaggio fortemente definito e specifico</i></p> <p>con indicazione su:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modalità di accesso alle prestazioni - costi, tempi di attesa - standard - regole e impegni
<p><i>Punti di degenza</i></p>	<p><i>Messaggio altamente definito</i></p> <p>in cui l'informazione e la comunicazione sono legate alle necessità concrete di chi fruisce del servizio</p>

2.2.5 Canali

Nella comunicazione della sanità e, in particolare, della Carta dei servizi, la scelta del canale di comunicazione idoneo è fondamentale per raggiungere le diverse tipologie di utenti e le loro organizzazioni.

E' utile distinguere tra:

- la comunicazione mediata da un mezzo (vedi paragrafo 3.3.2)
- la comunicazione interpersonale

Considerare la comunicazione diretta tra il personale della struttura e l'utente come un canale comunicativo non è un fatto scontato. Invece, l'interazione con il personale è una modalità importante di comunicazione e contemporaneamente una componente della qualità del servizio. Questo vuol dire che una particolare attenzione deve essere dedicata allo sviluppo delle capacità relazionali del personale a continuo contatto con gli utenti (sportellisti, infermieri, centralinisti, ecc.). Particolarmente importante è la comunicazione dei medici di medicina generale, dei medici specialisti, dei farmacisti, ecc. che, con competenza ed alta specializzazione, raggiunge un'utenza vasta.

2.2.6 Feedback e misurazione dell'efficacia

L'informazione di ritorno e l'ascolto sono importanti perché permettono a chi comunica di verificare se il messaggio è stato recepito e quale è stata la sua efficacia. Verificare l'efficacia non è una prassi abituale e scontata. Spesso le amministrazioni pubbliche si limitano all'informazione a una sola via e non si preoccupano di appurare se il messaggio è stato compreso o se è in sintonia con i bisogni informativi degli utenti.

L'ascolto assume un valore maggiore nel caso della comunicazione della sanità e, in particolare, della Carta dei servizi, proprio per la sua natura di patto condiviso da entrambi i contraenti. Il patto, infatti, può essere effettivo se i cittadini ne conoscono i contenuti e contribuiscono a definirli (informazione, verifica degli standard, indagini di soddisfazione, conferenza dei servizi, ecc.).

In sintesi, ecco gli elementi chiave da considerare quando si progetta una efficace comunicazione della sanità.

Tabella - Errori da evitare e suggerimenti nella comunicazione della sanità

ELEMENTI	ERRORI DA EVITARE	SUGGERIMENTI
OBIETTIVI	Logica dell'adempimento formale: Considerare la realizzazione e la diffusione della Carta dei servizi solo come un obbligo di legge a cui ottemperare	Logica del "patto tra Azienda e utenza": Considerare la pubblicizzazione della Carta dei servizi come il modo con cui il patto viene conosciuto e condiviso
EMITTENTE	Logica "orientata all'interno": Assumere la struttura dell'Azienda (servizi, organigramma, ecc.) come riferimento centrale della comunicazione	Logica orientata all'utente: Non partire dalle caratteristiche interne ma dalle esigenze dei destinatari
RICEVENTE	Logica della comunicazione di massa: Considerare i cittadini come un'unità indifferenziata culturalmente	Logica della comunicazione personalizzata: Segmentare i diversi interlocutori della comunicazione sulla Carta
CANALE	Logica formale: Considerare comunicazione solo ciò che avviene formalmente per iscritto	Logica sostanziale: Tenere presente che la comunicazione avviene in numerosi punti, attraverso diversi soggetti intermedi e tramite una molteplicità di strumenti
MESSAGGIO	Comunicazione per gli addetti ai lavori Formulare i messaggi in base alla cultura e al lessico interni all'Azienda	Comunicazione a misura del destinatario: Adattare il messaggio a esigenze, capacità di comprensione e tempo a disposizione dei destinatari e al tipo di mezzo scelto per comunicare
ASCOLTO	Logica autoreferenziale: Informazione a una sola via	Ascoltare: - per verificare la soddisfazione degli utenti rispetto alle prestazioni e ai servizi offerti - per definire i bisogni di informazione e per verificare la comprensione del messaggio

2.3 Una particolarità – La comunicazione della sanità per la sanità

Fermo restando la componente interattiva e bidirezionale, la comunicazione della sanità è in larga parte informazione sui servizi presenti nella singola struttura e sulle modalità di fruizione delle prestazioni. Un settore a parte è, invece, **la comunicazione della sanità per promuovere un uso responsabile e corretto della sanità**. È sempre la struttura sanitaria che comunica con il suo utente ma con obiettivi diversi.

- ◆ L'istituzione ha il diritto di richiamare il cittadino ai suoi doveri nei confronti della collettività

In Italia, molti dei problemi economici ed organizzativi del Servizio sanitario nazionale sono causati da un eccessivo e inadeguato consumo di farmaci, un uso improprio dei servizi e da modalità non corrette di accesso alle prestazioni. Si rendono così necessarie campagne di comunicazione finalizzate non a informare il cittadino bensì a modificare comportamenti.

Ad esempio, si possono citare le campagne di comunicazione per ridurre i tempi delle liste di attesa, volte a sensibilizzare l'utente a disdire gli appuntamenti prenotati per le visite specialistiche, oppure le campagne per un corretto accesso ai centri di pronto soccorso.

- ◆ L'istituzione ha il dovere di comunicare al cittadino i suoi diritti

Tanti episodi di cattiva sanità sono possibili anche perché l'utente non è correttamente informato dei propri diritti, delle modalità dei reclami, dell'esistenza di un patto vincolante chiamato "Carta dei servizi". La Carta dei servizi, spesso, se divulgata, è comunicata solo "perché così dice la normativa", e non perché è utile per il cittadino. Invece, comunicare in modo adeguato ed efficace la Carta è connesso alla scommessa comunicativa stabilita con l'introduzione della carta stessa ed è implicito nel patto formale posto in essere.

3 COMUNICAZIONE DELLA SALUTE

3.1 Il concetto di salute

Oggi, quando si parla di salute, non ci si muove solo in ambito biologico.

Non ci si riferisce più solo al concetto di “assenza della malattia” ma anche alla prevenzione e alla promozione di una “cultura dello stare bene”, all’innovazione scientifico-tecnologica al servizio della persona, alla cura del corpo, al “ben-essere”, alla qualità della vita.

Nel 1948 l’OMS (Organizzazione mondiale della sanità) definiva la salute³ quale stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. Nell’ottica medico-sociale moderna, la salute rappresenta **un equilibrio influenzabile, sia positivamente sia negativamente, da parte delle condizioni di vita**. La salute è un “bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale” che vede nelle “persone stesse la maggiore risorsa”. È uno stato di equilibrio tra fattori dannosi e fattori benefici. Si ottiene quando gli individui sviluppano e mobilitano al meglio le proprie risorse, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e materiali).

Quando si parla di salute pubblica⁴ ci si riferisce alle azioni⁵ realizzate dalle istituzioni pubbliche, allo scopo di evitare l’insorgenza di malattie e di promuovere la salute, che sono, nel rispetto del singolo, estese all’intera popolazione o a gruppi specifici.

La promozione della salute, in particolare, si occupa dei fattori **potenzialmente modificabili**:

- ◆ i fattori determinanti della salute⁶ o condizioni di vita, attraverso misure e norme tese a modificare le condizioni economiche e ambientali in modo che incidano positivamente sulla salute dell’individuo e della popolazione.

³ "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità." (OMS, 1948)

⁴ "La salute pubblica è un concetto socio-politico volto al miglioramento della salute, al prolungamento della vita e al miglioramento della qualità di vita di intere popolazioni, attraverso la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e altre forme di interventi sanitari."(OMS, 1998)

⁵ Il documento di riferimento per gli interventi di salute pubblica è rappresentato dalla "**Carta di Ottawa**" basata sul programma "La Salute per tutti" dell’OMS. (Prima Conferenza Internazionale per la promozione della salute – Ottawa, Canada 1986).

⁶ "La gamma di fattori personali, socioeconomici e ambientali che determinano lo stato di salute delle singole persone o delle popolazioni." (OMS, 1998)

- ◆ gli stili di vita⁷, mediante interventi e attività volti a rafforzare le conoscenze e le capacità individuali su comportamenti di vita benefici per la salute, incluso il ricorso ai servizi sanitari

Tutte le azioni svolte in questa direzione rientrano nel concetto di educazione alla salute⁸ cioè un processo dinamico che consente a tutte le persone di accrescere la propria autodeterminazione sulla salute allo scopo di rafforzarla.

Empowerment (ossia l'acquisizione di una maggiore autorevolezza sulla salute) e la partecipazione sono fondamentali soprattutto con gli stili di vita. Gli stili di vita contemplano tutti i settori della vita quotidiana: comportamento al consumo, stile di comunicazione, alimentazione, approccio con le emozioni, ecc. Si tratta di azioni quotidiane confermate, al riparo da mutamenti, in quanto infondono fiducia e sicurezza, e radicate in valori, norme, forme d'espressione e rituali interattivi comunemente condivisi.

3.2 Sani per legge?

La tutela della salute e la sanità pubblica trascendono il livello nazionale e si radicano nell'Unione Europea, nelle Organizzazioni intergovernative (OCSE Organizzazione per lo Sviluppo e la cooperazione economica, Consiglio d'Europa) e internazionali (OMS) e nella cooperazione bilaterale con altri Stati. È soprattutto in tali ambiti che si definiscono e si aggiornano in modo sistematico gli obiettivi di salute e le strategie posti in essere dai Governi nazionali.

Secondo l'OMS, il godimento dello standard di salute più elevato possibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano e **ciascun Governo deve essere responsabile della salute del proprio popolo**. Le azioni in materia di sanità pubblica devono mirare al raggiungimento del bene comune sempre nel totale rispetto della persona umana e dei suoi diritti inviolabili.

Gli stili di vita non corretti sono al centro degli interventi concertati dall'OMS e dalle autorità sanitarie dei Paesi ricchi⁹ principalmente per due motivi:

⁷ "Lo stile di vita consiste in un modo di vivere impostato secondo modelli di comportamento identificabili, che sono frutto dell'azione reciproca delle caratteristiche proprie di un individuo, delle interazioni sociali con le condizioni di vita di carattere socio-economico e ambientale." (OMS, 1998)

⁸ "L'educazione alla salute comprende le opportunità di apprendimento costruite consapevolmente che coinvolgono alcune forme di comunicazione, ideate per conoscere meglio la salute, per migliorare le cognizioni, e per sviluppare quelle capacità di vita che contribuiscono alla salute del singolo e della comunità." (OMS, 1998)

- ◆ alcune malattie (e la morte) si possono in parte prevenire grazie a sane abitudini quotidiane, lo Stato ha innanzitutto il compito di informare il cittadino dei pericoli che corre e poi di aiutarlo a cambiare anche attraverso servizi e strutture di sostegno
- ◆ la malattia cronica (e la morte) è un costo elevato per lo Stato e la collettività in termini di spesa sanitaria e farmaceutica, di mancato lavoro, di assistenza medica, lo Stato pertanto può e deve intervenire sui costi pubblici.

Ciò non significa criminalizzare chi si ammala come cagione primaria del suo male e, per di più, come nemico della società cui sottrae denari, ma significa far capire l'importanza ed il valore del comportamento che ciascuno pone in essere.

3.2.1 La tutela della salute nella legislazione italiana (ART.32)

L'articolo 32 della Costituzione Italiana afferma che *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*.

Il diritto alla salute va inquadrato nella categoria dei diritti inviolabili (art.2 Costituzione) e va considerato quale diritto soggettivo perfetto, tutelabile direttamente di fronte al giudice ordinario. Costituisce, pertanto, un autonomo e primario diritto fondamentale della persona umana, qualificabile non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo, primario ed assoluto. Il diritto alla salute, tuttavia, non si esaurisce in un diritto soggettivo inviolabile: esso, infatti, costituisce al contempo anche un interesse della collettività, come espressamente riferisce la formula costituzionale laddove lo qualifica come "fondamentale diritto dell'individuo" e come "interesse della collettività". La Costituzione italiana tutela la salute, quindi, secondo due aspetti, quello del diritto e quello dell'interesse, distinti ma coordinati.

Lo "stato di salute" non riguarda solo il singolo ma si riflette sulla collettività, per cui la relativa tutela non si esaurisce solo in situazioni attive di pretesa ma implica e comprende il dovere di non ledere né porre a rischio la salute altrui con il proprio comportamento. Il diritto alla salute si configura, più in generale, come valore costituzionale supremo in quanto riconducibile all'integrità psico-fisica della persona

⁹ *Nei paesi ricchi, le malattie croniche e cardiovascolari, favorite dagli stili di vita non sani e non corretti, sono la terza causa di morte della popolazione.*

e non considerato solo quale diritto sociale a prestazioni sanitarie. Proprio la sua singolare connotazione induce ad invocarne la necessaria tutela nella più ampia misura possibile ed entro i limiti segnati dall'esigenza di una concomitante tutela di altri interessi.

Nelle linee guida definite dall'OMS, sono indicate le due vie principali a disposizione dei governi e degli Enti territoriali (quali le Regioni e Comuni) per promuovere la salute e contrastare stili di vita non salutari:

- ◆ norme e tributi invasivi da parte dello stato (tasse, aumenti, divieti)
- ◆ campagne di comunicazione istituzionali

In Italia, la strada seguita è principalmente la seconda, quella delle campagne di informazione e sensibilizzazione, sebbene siano state prese alcune misure di natura normativa (legge di tutela dei non fumatori, avvertenze sui pacchetti di sigarette, imposta sul tabacco).

Il Ministero della salute, promotore di importanti campagne di comunicazione sugli stili di vita corretti¹⁰, così delinea il ruolo della comunicazione istituzionale per gli interventi di promozione della salute nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

*“Indispensabile per l’ottenimento di risultati positivi in queste aree di attività è la capacità di saper gestire la comunicazione istituzionale: nonostante si siano sviluppate esperienze positive e di eccellenza, nel prossimo futuro dovrà maggiormente diffondersi in tutte le strutture del sistema sanitario la consapevolezza dell’importanza strategica di tali azioni e dovrà crescere parallelamente la capacità professionale nell’attuare le strategie comunicative. Pur essendo evidente che tutte le tematiche sopra trattate (obiettivi di salute ndr) necessitano di interventi di comunicazione strutturati, si ritiene che possano risultare di particolare valore le strategie comunicative per alcuni argomenti in cui **l’azione informativa, ai fini di modifiche comportamentali, è prevalente rispetto ad altri strumenti di azione**”.*

3.3 Strumenti e strategie della comunicazione della salute

Nel caso della comunicazione della salute è più che mai forte il valore semantico della parola comunicare = “*communis agere*” mettere in comune, agire in comune. È

¹⁰ Conferenza “Stili di vita salutari – educazione, informazione e comunicazione” Milano 3-4 settembre 2003 Semestre di Presidenza italiana dell’Unione Europea

fondamentale l'elemento della relazione che si crea tra emittente e destinatario, in particolare del feedback che si vuole ottenere.

La comunicazione della salute è un vero e proprio processo educativo di costruzione sociale e culturale della salute (*marketing per la salute*). L'atto comunicativo ha il compito di cambiare la percezione del rapporto salute-malattia, di incidere sui comportamenti e di modificarli.

Comunicare la salute, al di là dell'informazione scientifica, della sua correttezza e dei valori a essa connessi, significa toccare tutto un complesso sistema di relazioni che devono contribuire, nella prassi quotidiana, a promuovere e salvaguardare la "buona vita" del cittadino.

È un processo complesso che deve rapportarsi a variabili diverse e richiede da parte dell'istituzione cura ed attenzione. Ovviamente non è lo spirito paternalistico o accusatorio che può sortire un effetto positivo, rischia anzi di suscitare una reazione completamente opposta. I cittadini vanno considerati come interlocutori validi con cui allacciare una *partnership*, che permetta di condividere le decisioni: io-istituzione, che rappresento la scienza e la società, ti offro tutte le informazioni che ti servono per la tua salute, ma sarai tu a decidere. Dove il "tu" può essere il singolo o un gruppo identificato di individui.

Si tratta di rendere il cittadino **responsabile** cioè "consapevole delle conseguenze della propria condotta" e **non colpevole**.

Determinante, in tal senso, è la presa di consapevolezza che la malattia non è una variabile indipendente (mi ammalo perché sono sfortunato, era scritto negli astri, ecc.) ma è, entro certi limiti, dipendente. Se mi astengo da alcuni comportamenti e, all'opposto, ne seguo altri – alimentazione corretta, attività fisica, cura del corpo, ecc. - posso tutelare la salute. La salute deve assurgere a valore da perseguire con intelligenza e determinazione durante tutte le fasi della vita secondo un approccio di stampo olistico e non un'attenzione fobica o ipocondriaca. La sua tutela è una pratica quotidiana, che orienta le scelte di consumo e della quale occuparsi sempre, non solo quando è minacciata.

Il coinvolgimento del cittadino-utente, nel processo che punta a rafforzare la sua autonomia decisionale, deve basarsi su efficaci campagne informative, mirate al cambiamento di stili di vita non conformi alla salute. I comportamenti e stili di vita salutari - corretta alimentazione, adeguata attività motoria, lotta al tabacco e all'abuso di alcool - non solo vanno promossi presso i gruppi a rischio, ma vanno

diffusi a tutta la popolazione (sesso, età e gruppo sociale). Per raggiungere con maggiori probabilità di successo i destinatari è richiesta una grossa capacità comunicativa, l'adozione di linguaggi comuni e comprensibili da tutti. È auspicabile che le istituzioni pubbliche:

- coinvolgano **figure dei mediatori** e quanti hanno il ruolo per influire ed orientare le scelte (come onde concentriche)
- usino le potenzialità dei **media** e delle nuove tecnologie

Infatti, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il rapporto tra media e promozione della salute è molto stretto. I messaggi sulla salute veicolati dai media (attraverso interviste, notiziari, pubblicità, spettacoli, ecc.) sono ricevuti, mediati, capiti e, con maggiori probabilità, adottati dagli individui; mentre le informazioni diramate dalle autorità sanitarie hanno minore incisività. Per questo l'OMS suggerisce come elemento di forza una alleanza tra i professionisti della Sanità pubblica e quelli dell'informazione per ripensare insieme le strategie di promozione della salute.

3.3.1 Salute e media

La circolazione delle informazioni sulla salute nei media ha raggiunto livelli molto elevati. Una maggiore scolarizzazione da un lato, il moltiplicarsi dei media (specie i *new media*) dall'altro, hanno contribuito a delineare lo scenario attuale, dove offerta e domanda si rincorrono e si stimolano reciprocamente.

I temi legati alla salute, considerati sempre più strategici, sono proposti in modo continuo e pervasivo dai media. In Italia, se ne parla in radio, su quotidiani e periodici¹¹, in televisione con trasmissioni ad hoc e con spazi ritagliati all'interno di "programmi contenitore" dedicati al benessere, alle diete e al fitness ma anche a temi più specifici (la prevenzione, gli accertamenti diagnostici, le scoperte della ricerca).

Non sempre, però, le informazioni sulla salute veicolate dai media sono realmente utili al cittadino: sono poco aggiornate, a volte troppo complesse e non sempre immediatamente comprensibili, "sensazionali" ed enfatizzate secondo i meccanismi di *newsmaking*, cioè di costruzione della notizia, tipico dei media.

Contemporaneamente, l'affollamento può produrre una sorta di "rumore di fondo" che rischia di mettere in difficoltà i cittadini, di fornire una enorme quantità di notizie che,

¹¹ Rilevazione Audipress 2006, i periodici sulla salute sono al quinto posto con oltre 1 milione 390 mila copie

specialmente nel caso di persone con meno titoli di studio o anziani, possono confondere le idee piuttosto che accompagnare un reale processo di acquisizione di conoscenza e di responsabilizzazione.

3.3.2 A ciascuno il suo: il rapporto media e destinatario

Quando l'istituzione elabora strategie comunicative in ambito sanitario deve sapere come si comportano i destinatari rispetto all'offerta dei media ed intercettare le migliori condizioni per far arrivare il messaggio.

Oggi la comunicazione dell'*healthcare* è diventata un processo bi-direzionale in cui i cittadini si stanno gradualmente trasformando da target a soggetti attivi, anzi pro-attivi della relazione, desiderosi di procurarsi le informazioni sfruttando tutti i canali a loro disposizione (un approccio questo ben descritto dall'espressione anglosassone "*the news you can use*").

Secondo l'indagine realizzata dal Censis nel 2006¹² per conto del Forum della Ricerca Biomedica, **quando si parla di salute c'è la tendenza diffusa a prestare sempre attenzione**, sia che si tratti di notizie che giungono dai media, sia che si tratti di conversazioni o informazioni che arrivano da familiari, amici e conoscenti (il c.d. sistema di riferimento "laico"). La maggioranza degli italiani (il 53,4%) ritiene utile procurarsi più informazioni possibili per decidere autonomamente della propria salute, pur sottolineando i rischi e la confusione che possono derivare da un eccesso di informazioni non mediate dal medico.

Internet, secondo il CENSIS, è il medium privilegiato per raccogliere informazioni sulla salute. Infatti, mentre diminuisce, pur rimanendo centrale, la figura del medico di famiglia (per il 65,8% nel 2006 contro il 71,6% del 2003), crescono la televisione (per il 43,2% nel 2006, contro il 22,8% del 2003) e Internet, che avanza in modo significativo (fonte primaria per il 13,1% nel 2006, contro il 2,8% del 2003 e consultato anche per temi del "benessere allargato"). Internet è, tuttavia, la fonte informativa dove il titolo di studio esercita un peso importante e il divario culturale può essere discriminante. È citato dal 23,1% dei laureati, contro il 6% con licenza media e l'1,3% dei senza titolo di studio o con licenza elementare.

¹² Ad un campione di 1000 italiani, rappresentativo della popolazione residente, è stato somministrato un questionario strutturato con l'obiettivo di indagare opinioni, orientamenti, esperienze e valutazioni sull'informazione sanitaria

E', quindi, particolarmente importante che per la comunicazione di pubblica utilità, si scelgano strumenti:

1. usuali per il destinatario
2. adeguati alla formulazione del messaggio
3. vantaggiosi sotto il profilo del "costo/contatto utile"

(cioè del rapporto tra il costo richiesto per veicolare il messaggio attraverso un dato mezzo e il numero di persone utili contattate dal mezzo stesso - non tutte le persone contattate dal mezzo sono quelle che si intendono contattare con una data comunicazione). Questa misura unitaria consente di comparare economicamente i vari mezzi o canali a disposizione.

Tabella - Principali strumenti di comunicazione e loro caratteristiche

STRUMENTI DI COMUNICAZIONE	CARATTERISTICHE
Convegni	Strumenti molto impegnativi e costosi, di alta utilità per definire convergenze con le associazioni e con gruppi di cittadini, ottimi per pubblicizzare e confrontare i nuovi progetti e le iniziative aziendali specifiche per il territorio; da valutare la presenza e la interlocutorietà con le amministrazioni locali
Depliant	Strumento agile, poco costoso, di facile consultazione, ma anche di facile smarrimento e a volte poco considerato dal destinatario, buono per gli eventi, le manifestazioni, per gli orari degli ambulatori, per le regole degli ospedali
Eventi, fiere	Strumenti buoni per la partecipazione di molti cittadini che hanno pochi rapporti con le strutture sanitarie, veicoli appropriati per la prevenzione e per pubblicizzare gli interventi a favore dell'ambiente, della popolazione scolastica e di alcune patologie specifiche
Internet	Strumento di medio costo in forte crescita specie come fonte di approvvigionamento di notizie sulla salute, grandi potenzialità e capacità di penetrazione. Interattivo e bidirezionale . Non accessibile a tutti a causa del <i>digital divide</i>
Libro/opuscolo	Strumento di medio costo, di difficile distribuzione, poco maneggevole, buono per la consultazione presso le strutture e per la consultazione da parte degli operatori, che per la comunicazione massiccia al cittadino, che corre il rischio di non trovare proprio l'informazione che cerca
Manifesti	Costo moderato, esiguità del messaggio che possono contenere, buoni per veicolare e pubblicizzare messaggi più complessi e luoghi dove ottenerli, buoni per le campagne di sensibilizzazione e di educazione
Radio	Strumento storicamente radicato nel territorio, anche attraverso le emittenti locali. Comunicazione calda, con costi molto contenuti. Buono per la divulgazione di programmi di educazione alla salute e per rubriche riguardanti il colloquio con i cittadini
Rubriche su quotidiani	Strumento gratuito o a rimborso, buono per avviare una corrispondenza sui temi sanitari e sulle leggi o per diffondere informazioni con stile giornalistico, pubblicizzare nuovi servizi, campagne di prevenzione e di educazione alla salute; ampia diffusività del messaggio soprattutto se si tratta di giornali locali, spesso anche molto interessati a tale collaborazione
Televideo	Strumento di difficile consultazione da parte delle persone anziane, di elevati costi di aggiornamento e di canone, ma con buona immediatezza nel messaggio e con modalità di autoricerca che vedono il destinatario come parte del processo informativo
Tv	Strumento relativamente costoso. Di facile fruizione e penetrazione specie per gli anziani. Buono per la divulgazione di programmi di educazione alla salute e per rubriche riguardanti il colloquio con i cittadini. Molto utilizzato specie con spazi redazionali, rubriche

3.3.3 I media: alleati o nemici?

Il coinvolgimento dei mezzi di informazione da parte delle istituzioni risulta a volte difficoltoso. La prevenzione e la promozione della salute non trovano la dovuta diffusione, poiché in alcuni casi vanno a colpire direttamente proprio quei comportamenti individuali e sociali generati dal mondo dei media e strettamente connessi a forti interessi economici.

Nel caso delle campagne di comunicazione sugli stili di vita, infatti, ci troviamo di fronte ad una realtà particolarmente complessa. Gli stili di vita non salutari quali abuso di alcol, consumo di tabacco, alimentazione non corretta, scarsa attività fisica sono legati ai valori trasmessi dalla società e veicolati dai media stessi.

In Europa la maggior parte delle campagne pubblicitarie ha come protagoniste le merendine. In Italia, il 69% dei bambini mangia cibi di cui ricorda lo spot, l'81% chiede ai genitori prodotti di marche specifiche e il 70% delle pubblicità trasmesse durante i programmi per bambini ha come soggetti prodotti ricchi di grassi, zucchero e sodio, contro il 2% di frutta e ortaggi.

In Gran Bretagna, il governo ha vietato la pubblicità per snack, merendine e patatine in tutti i programmi e canali televisivi rivolti ai più piccoli (le agenzie di pubblicità hanno denunciato una perdita netta di 388 milioni di euro). In altri Paesi, invece, la materia è affidata ai codici di autoregolamentazione delle imprese. E le stesse aziende, specie le multinazionali, a fronte delle pressioni delle campagne di comunicazione e del fatto che sconfiggere i grassi in eccesso dei giovani europei, sempre più grassottelli e sedentari sia ormai una priorità¹³ di tutti i Governi, si sono dovute adeguare modificando le proprie strategie comunicative.

Mcdonald ha introdotto frutta e yogurth nei menù e informazioni nutrizionali sul *packaging* dei prodotti, *Masterfoods* (*Mars* e *Snickers*) si impegna a non fare più pubblicità ai ragazzi under 12, *Kraft* si è posta il limite dei 6 anni per la maggior parte dei suoi prodotti e 11 anni per succhi di frutta e crackers. In Italia, Ferrero ha sospeso gli spot nei programmi dedicati ai più piccoli e dirottato la comunicazione verso il consumo di dolci associati all'attività fisica. Barilla sostiene il programma di alimentazione nelle scuole medie "1,2,3 ginnastica per te", fa comunicazione alimentare direttamente sulla confezione del prodotto e ogni tre anni rivede la composizione degli ingredienti di biscotti e merende.

¹³ classifica OMS dei ragazzi con problemi patologici di peso: greci 11,4%, portoghesi 11,3%, spagnoli 10.4%, italiani 6.5%, inglesi 5,8% e francesi 3,8%

4 PROPOSTE OPERATIVE

La comunicazione della salute presenta molti punti critici, poiché il suo destinatario è plurimo e diversificato, i contenuti ed i messaggi sono delicati, incidono spesso sui valori personali e, anziché attenuare, possono aumentare il divario sociale e non essere compresi da chi ha un livello di istruzione più basso.

Pertanto un'adeguata gestione della comunicazione istituzionale è indispensabile per ottenere risultati positivi nella prevenzione e nella promozione della salute. Soprattutto, è necessario, in termini di efficacia ed efficienza, elaborare una strategia di comunicazione condivisa, coerente e congruente da parte di tutte le istituzioni sanitarie coinvolte. Il cittadino ha bisogno di percepire dalla ASL, dalla Regione, dal Ministero della salute e dalle associazioni lo stesso unico messaggio. La nuova sfida della comunicazione della salute è la RETE. Non solo in funzione delle comuni attività di prevenzione ma anche e soprattutto in vista di **una più efficace e sintonica comunicazione istituzionale**.

In piena sintonia, peraltro, con il nuovo rapporto tra Stato e Regioni determinato dalla modifica del Titolo V della Costituzione, si tratta di strutturare un percorso culturale e metodologico con:

- messaggi condivisi e, soprattutto, coerenti tra livello centrale, regionale e locale
- un coordinamento strategico per ottenere un risparmio economico e una maggiore efficacia comunicativa

Un valido esempio di un simile approccio è il modello adottato dal Ministero della salute per le campagne di comunicazione sulla donazione del sangue e degli organi. Il Ministero, organo centrale, si è posto come coordinatore del progetto e promotore di un tavolo di lavoro comune insieme alle associazioni del settore più rappresentative. Le associazioni, conosciute e radicate nel territorio, hanno poi portato avanti in modo capillare le singole iniziative all'insegna di un unico logo ombrello appositamente creato. La bontà del modello operativo, e del risparmio economico, si è potuta testare nei risultati post campagna. Entrambe le campagne di sensibilizzazione hanno registrato un significativo incremento delle donazioni (sebbene il fabbisogno sia ancora lontano da soddisfare)

Nella direzione della condivisione e della rete, si colloca anche il recente documento di indirizzo per la comunicazione in ambito sanitario¹⁴ della **Associazione italiana comunicazione pubblica**.

Il testo promuove un raccordo tra le programmazioni a livello nazionale ed europeo e le attività delle Aziende sanitarie locali. È una linea di indirizzo per comunicare correttamente ed efficacemente la **sanità** e la **salute** all'insegna di una più ampia costruzione sociale della salute, in cui agiscono enti, istituzioni, cittadini e terzo settore. Di seguito sono sintetizzati i principali temi di cui il documento si fa promotore:

il ruolo della comunicazione

- *La comunicazione per la salute è uno strumento strategico e innovativo che, utilizzato propriamente, consente di mettersi in rete con gli altri attori sociali per costruire strategie integrate ed efficaci nel migliorare la salute della popolazione, andando ad agire su tutti i suoi determinanti. L'obiettivo è il miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita grazie al contributo dei diversi settori della società. In questo percorso di promozione della salute individuale e collettiva la comunicazione funge da "catalizzatore" per un'azione intersettoriale di *advocacy* a sostegno di un ambiente economico - sociale favorevole alla salute.*
- *La comunicazione pubblica promuove la responsabilità sociale in quanto indirizza le Istituzioni, il Terzo Settore e le Aziende profit verso i valori della coesione sociale e dello sviluppo sostenibile. Il confronto con le esperienze nazionali e internazionali più significative può aiutare ad approfondire il tema e ad individuare percorsi e azioni efficaci.*
- *La comunicazione pubblica sostiene l'empowerment del cittadino. Adeguate strategie di comunicazione, anche potenziate attraverso una pianificazione di marketing sociale, possono contribuire a ridurre le barriere ambientali, culturali e socioeconomiche che ostacolano la conoscenza e l'adozione consapevole di comportamenti favorevoli alla salute.*
- *La comunicazione pubblica deve prestare attenzione alla fasce di popolazione più vulnerabili. Diversi studi mostrano come le persone più vulnerabili dal punto di vista socioeconomico abbiano anche un peggiore stato di salute (diseguaglianze socioeconomiche di salute). In tale ambito, comunicare, conoscendo e inserendo*

¹⁴ *presentato nell'ambito del convegno "Prevenzione e promozione della salute: il ruolo strategico della comunicazione pubblica" - Salone della comunicazione pubblica COMPA - Bologna 8 novembre 2006*

nelle strategie il tema dei soggetti deboli in termini di capitale economico, sociale e culturale, può favorire una maggiore uguaglianza di salute tra i cittadini.

- *Nella comunicazione volta a promuovere comportamenti salutari, occorre porsi il problema del registro moralistico e dei toni colpevolizzanti, per cominciare a riflettere sui differenti contesti socioculturali nei quali i messaggi sono diffusi. Da questo punto di vista il coinvolgimento dei destinatari nel processo di elaborazione dei testi può consentire di condividere significati e azioni, aumentando efficacia e reciproca comprensione.*

- *La comunicazione pubblica sostiene scelte consapevoli e aumenta la fiducia dei cittadini verso i servizi sanitari. Occorre chiarire il rapporto tra le reali potenzialità della medicina e dei servizi sanitari e le attese dei cittadini: la diffusione di informazioni complete e “oneste” su benefici e rischi (di uno screening, di un intervento o di una terapia...), secondo i principi dell’evidenza scientifica, mette il paziente in grado di esercitare la propria autonomia di scelta ed è alla base di una relazione trasparente e fondata sulla reciproca fiducia. La percezione di credibilità e affidabilità della fonte è una condizione fondamentale per l’efficacia della comunicazione pubblica.*

- *Favorire la comunicazione interna per integrare le competenze. Il bisogno di integrare le competenze dei comunicatori pubblici in sanità con i saperi medico-scientifici è il presupposto per divulgare informazioni corrette e allo stesso tempo chiare e comprensibili per i cittadini.*

- *È necessario effettuare verifiche sulla comunicazione, attraverso la ricerca di modalità di valutazione appropriate allo specifico contesto. La ricerca e l’utilizzo di indicatori e strumenti adeguati rientra nell’ambito di una pratica seria e responsabile della propria professione.*

- *La comunicazione è una risorsa e non va considerata solo come un fattore di spesa. Quanto sopra esposto evidenzia le grandi opportunità della comunicazione pubblica nel settore sanitario, quale strumento imprescindibile per il raggiungimento dei valori e degli obiettivi propri del nostro Servizio Sanitario Nazionale.*

il coordinamento

- *Uno studio comparativo europeo. Al fine di approfondire e sviluppare la comunicazione sanitaria e creare una specifica cultura, si avvierà uno studio comparativo delle attività di comunicazione sanitaria nell’Unione Europea, in*

collaborazione con la Federazione Europea delle Associazioni di Comunicazione Pubblica (FEACP).

- *Le Regioni, oltre a definire le linee generali per l'organizzazione dei servizi di comunicazione aziendali, devono coordinare le campagne di comunicazione regionale o di vasta area. L'Assessorato alla Sanità e i Servizi di Comunicazione delle amministrazioni regionali, nel rispetto dell'autonomia aziendale, devono avere un ruolo di coordinamento strategico e stimolo per la realizzazione di campagne regionali.*
- *Si richiedono spazi per un intervento consultivo presso le Regioni da parte delle Delegazioni dell'Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale, in fase di modifica o formazione di leggi sulla comunicazione in sanità. In seguito alla modifica del Titolo V della parte II della Costituzione (introdotta dalla legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001), la tutela della salute è diventata materia di legislazione concorrente, così come la comunicazione, per cui "spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato". Secondo questo principio sarà compito delle Regioni definire le linee d'indirizzo per la struttura e l'organizzazione dei servizi preposti alla comunicazione per la salute nelle Aziende Sanitarie.*

organizzazione, strutture e professionalità

- *Per fornire una corretta informazione con contenuti appropriati è necessario un'adeguata organizzazione delle strutture di comunicazione. La comunicazione pubblica è un'attività specifica, necessita di appropriata specializzazione ed è regolamentata per legge. Nel rispetto dell'autonomia regionale prevista dalla modifica del Titolo V della parte II della Costituzione, tutte le Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere devono possedere strutture di comunicazione/informazione conformi alla legge 150/2000. Nell'attesa dell'emanazione dei profili professionali previsti dalla legge, le strutture di comunicazione inoltre devono avere almeno il livello di Unità Operativa autonoma (struttura dirigenziale che può prendere il nome di Servizio). In alcuni casi, qualora l'articolazione delle strutture di comunicazione presenti all'interno dell'Azienda lo richieda, si rende opportuna la creazione di una Struttura complessa o di un vero e proprio Dipartimento a cui afferiscono più Strutture Complesse (Uffici Stampa, URP, analoghe strutture) e che ne coordini le attività.*

- *Il posizionamento ad un livello elevato nella struttura organizzativa aziendale.* Le strutture di comunicazione all'interno delle Aziende Sanitarie sono: URP, Ufficio Stampa, nonché analoghe strutture, quali ad esempio Educazione alla Salute, Sportello per la Prevenzione ed altre che si occupano di comunicazione per specifici settori aziendali. La struttura di coordinamento ("Sistema Comunicazione") che ne integra le funzioni, deve avere natura amministrativa, posizionarsi in staff della Direzione Generale ed essere diretta da un Dirigente con la professionalità prevista dalla legge 150/2000. Per favorire la trasparenza e la chiarezza sull'organizzazione aziendale, sarebbe opportuno rendere omogenee le denominazioni dei servizi di comunicazione, almeno in ambito regionale.
- *Professionalità, risorse umane e materiali adeguate alle funzioni.* L'estensione dell'azienda, la conformazione del territorio a cui fa riferimento e il bacino d'utenza influenzano la dimensione dei Servizi di comunicazione ed il numero di operatori che vi svolgono attività. Come indicazione generale, sarebbe opportuno istituire un URP per ogni Presidio Ospedaliero e Distretto sanitario, riuniti all'interno di un "Coordinamento URP aziendale". Ogni URP deve essere dotato di un numero di operatori sufficiente a garantire le coperture orarie previste dalle norme, con adeguati turni di lavoro. Ogni Ufficio Stampa deve essere diretto da giornalisti iscritti all'Ordine.
- *Il personale che opera nelle strutture di comunicazione senza avere la formazione prevista ai sensi della legge 150/2000 deve essere considerato ad esaurimento.* Il personale dei Servizi di comunicazione e informazione deve possedere adeguate competenze e deve essere considerato di alta specializzazione. Per tali motivi deve possedere la specifica formazione prevista dalla legge 150/2000.

Bibliografia

“Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari” Ministero della salute, 2006

“*Gaining Health*” - La strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche , Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, 2006

“Piano sanitario nazionale 2006-2008” Ministero della salute

“Piano nazionale della prevenzione 2005-2007” Centro controllo malattie del Ministero della salute

“Piano sanitario nazionale 2003-2005” Ministero della salute

“Stili di vita salutari – educazione, informazione e prevenzione” Sintesi del rapporto predisposto dalla task force del Ministero della salute in preparazione del semestre di presidenza italiana – Milano 3-4 settembre 2003

“Sociologia della salute” (a cura di M. Bucchi e F. Neresini), 2001 Carocci

“Valutazione dello stato di attuazione della carta dei servizi sanitari” Ministero della salute, 2005

“Teorie e tecniche della comunicazione pubblica” a cura di S. Rolando, 2003 Etas Lab

“La domanda di salute in Italia” CENSIS, 2006

Spunti sul web

www.ministerosalute.it

www.ccm.ministerosalute.it

www.compubblica.it