



S.I.Pe.M

tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica

COMITATO EDITORIALE

Pietro Gallo - Presidente SIPeM

Cesare Scandellari - Direttore scientifico

COMITATO SCIENTIFICO

DIRETTORE RESPONSABILE

Walter Martiny

COORDINAMENTO EDITORIALE E REDAZIONE

Alessandra Papa

IMPAGINAZIONE

Kino - Torino

STAMPA

CDM Servizio grafico S.r.l. - Torino

DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE

Centro Scientifico Editore s.r.l.

via Borgone 57

10139 Torino

Tel. 011 3853656

Fax 011 3853244

cse@cse.it

www.cse.it

Maria Grazia Albano

Paola Anzilotti

Paola Binetti

Giacomo Delvecchio

Patrizia De Mennato

Antonio Gaddi

Tiziana Gandini

Lorenza Garrino

Antonella Lotti

Carlo Maganza

Enrico Malinverno

Sandra Morano

Alvisa Palese

Giuseppe Parisi

Franca Parizzi

Giovanni Renga

Luciano Vettore

Lucia Zannini

Gli ABBONAMENTI e i NUMERI ARRETRATI vanno richiesti a:

Centro Scientifico Editore, uff. ABBONAMENTI

via Borgone 57 - 10139 Torino

TUTOR è pubblicata quadrimestralmente. La rivista sarà inviata ai soci

SIPeM in regola con la quota d'iscrizione per l'anno corrente e a coloro che abbiano

già pagato l'abbonamento annuale alle seguenti condizioni:

- Quota annua d'iscrizione alla SIPeM comprensiva dell'abbonamento a TUTOR: 60€
(per soci con meno di 40 anni: 40€); soci sostenitori: 110€
- Istituzioni: 80€
- Solo abbonamento annuo a TUTOR: 45€
- Numeri singoli o arretrati: 25€
- Abbonamento annuo per l'estero: 72€

Pagamento con un versamento su CCP n. 40117152 intestato a: Centro Scientifico Editore s.r.l.,
via Borgone 57, 10139 Torino.

A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72 n. 633 e del DM 09/04/93, il pagamento dell'IVA,
assolta dall'Editore sugli abbonamenti o sui singoli numeri, è compreso nel prezzo di vendita.

Pertanto non verrà in alcun caso rilasciata fattura.

© Centro Scientifico Editore S.r.l.

Tutti i diritti di proprietà letteraria e artistica sono riservati compreso quello di traduzione.

I manoscritti e le fotografie, anche se non pubblicati, non si restituiscono. È vietata la riproduzione anche
parziale (fotocopie, microfilm ecc.) senza speciale autorizzazione dell'Editore.

In attesa di registrazione presso il Tribunale di Torino.



La comunicazione bioetica

Claudio Pensieri

Consulente sanitario e responsabile Area ricerca e formazione della Young at Work communication, membro S.I.Pe.M. giovani

RIASSUNTO

Tra le varie forme di comunicazione che hanno luogo nel contesto sanitario, la comunicazione bioetica è, ultimamente, al centro dell'attenzione.

Per comunicazione bioetica si intende quella comunicazione che viene effettuata secondo principi etici tenendo la persona nel vero centro di interesse. Si occupa del paziente, dall'ingresso in ospedale alla sua uscita, in un'ottica di etica e moralità, rispettando la dignità della persona ed evitandogli la sofferenza comunicativa.

La comunicazione bioetica viene qui intesa nella sua forma più ampia (relazionale: comunicazione interpersonale, visiva: segnaletica verticale e orizzontale, telematica: siti web W3C, mass mediatica: attenta alla disinformazione manipolatoria dei mass media ecc.).

Parole chiave: comunicazione, mass media, comunicazione visiva, comunicazione interpersonale, sofferenza comunicativa.

SUMMARY

Among the various forms of communication that take place in the healthcare system, one is becoming very important. The "Bioethics Communication".

It is the communication that takes place in an ethical light, it has "person" in the real center of her interests. It deals about the patient in hospital, from his entering to his exit, with ethics and morality, respecting the dignity of person and avoiding the so called "communicative suffering". The Bioethics Communication is here understood in its broadest form (relational: interpersonal communication, visual: vertical and horizontal signs, telematics: W3C web sites, mass-media: the careful manipulative dis/information of mass-media, etc..).

Keywords: communication, mass media, visual communication, interpersonal communication, communicative suffering.

PREMESSA

Nel 2008 l'Italia si è guadagnata il 16° posto (con 640 punti su 1000) fra i sistemi sanitari di 31 paesi europei studiati dall'Euro Health Consumer Index^a (EHCI), l'indice dei consumatori basato su un sondaggio annuale sulla sanità europea, effettuato "dalla parte del consumatore".

I Paesi Bassi erano in testa alla classifica con 839 punti, seguiti da Danimarca (che vince il Diabetes Index 2008), Austria (che aveva vinto nell'EHCI 2007), Lussemburgo e Svezia.

Eppure secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Italia sarebbe al secondo posto al mondo.

In verità, entrambe le classifiche vanno lette con attenzione per non cadere in facili e semplicistiche riflessioni sulla "malasanità" in Italia^b.

La valutazione dell'Euro Index considera un parziale punto di vista dei "consumatori", i quali imputano al sistema sanitario difetti di organizzazione, liste d'attesa, difficoltà di comunicazione tecnica, diritti negati ai malati e non considerano invece la quantità e la qualità delle cure né tantomeno il rapporto interpersonale o la comunicazione aziendale interna o esterna.

Di contro, l'indagine dell'OMS era basata su dati generali (la vita media, la mortalità infantile ecc.) importantissimi certo, ma non del tutto ascrivibili alla qualità del sistema sanitario.

Il problema principale sembra quindi essere il seguente: il sistema sanitario eroga dei servizi di alta qualità professionale ma essi non sono percepiti come tali dai fruitori.

Bisogna tenere presente che la qualità percepita dal paziente e dai suoi familiari è sempre una qualità di stampo globale [1] che include un mix di fattori relazionali, clinico-assistenziali, tecnico-organizzativi e informativi comunicativi.

COMUNICAZIONE BIOETICA

In Italia sta emergendo con più chiarezza un fenomeno sempre più allarmante, l'utilizzo della comunicazione come mezzo manipolatorio per gli interessi di pochi e non della società.

Il fenomeno è particolarmente rilevante per i temi sensibili come quelli legati alla salute e, particolarmente, al dolore, alla sofferenza, al vivere e al morire.

Tale manipolazione finisce ad esempio per costruire un consenso sociale sull'eutanasia, partendo da informazioni erronee, se non false oppure molto emotive, facendo quindi leva su motivazioni emotive e non cognitive.

Queste affermazioni risultano confermate da un'analisi approfondita dei vari programmi televisivi andati in onda nella serata dedicata al lutto per la morte di Eluana Englaro, dalla cui analisi si evidenziano alcune peculiarità della comunicazione umana. Ad esempio nell'edizione straordinaria del Tg 4 del 09/02/2009, il conduttore ha esordito con uno stile comunicativo "propiziatario" molto basato sul canale rappresentativo cenestesico e volto a suscitare e condividere uno stato emotivo, piuttosto che una riflessione cognitiva, mentre la trasmissione *L'infedele* ha aperto con una fredda razionalità, citando il nu-

^a Di seguito gli indicatori utilizzati nella ricerca condotta dalla Health Consumer Powerhouse, suddivisi in sei aree: Diritti e informazione dei pazienti; e-sanità; Tempi di attesa per il trattamento; Risultati; Gamma e ambito dei servizi forniti e Farmaci: 1.1. Patients' Rights-based healthcare law, 1.2. Patient Org's in decisions, 1.3. No-fault malpractice insurance, 1.4. Right to second opinion, 1.5. Access to own medical record, 1.6. Register of legit doctors, 1.7. Web or 24-7 telephone HC info, 1.8. Cross-border care information, 2.1. Provider catalogue with quality ranking, 2.2. Electronic Patient Record penetration, 2.3. e-transfer of medical data, 2.4. e-prescriptions, 3.1. Family doctor same day access, 3.2. Direct access to specialist, 3.3. Major non-acute operations waiting time, 3.4. Cancer therapy waiting time, 3.5. MRI examination waiting time, 4.1. Heart infarct mortality, 4.2. Infant deaths, 4.3. Cancer 5-year survival, 4.4. Avoidable deaths, 4.5. MRSA infections, 4.6. Relative decline of suicide rate, 4.7. % of diabetes patients with high HbA1c levels, 5.1. Cataract operations, age adjusted, 5.2. Infant 4-disease vaccination, 5.3. Kidney transplants, 5.4. Dental care affordability, 5.5. Mammography reach, 5.6. Informal payments to doctors, 6.1. Rx

subsidy %, 6.2. Layman-adapted pharmacopeia, 6.3. New cancer drugs deployment speed, 6.4. Access to new drugs (time to subsidy).

^b Di seguito le domande poste al campione: Can patients get compensation without the assistance of the judicial system in proving that medical staff made mistakes? Is national HC legislation explicitly expressed in terms of Patients' rights? Right to second opinion (Description: For a non-trivial condition without having to pay extra) Can patients in your country readily get access to, and read, their own medical records? Information which can help a patient take decisions of the nature: "After consulting the service, I will take a paracetamol and wait and see" or "I will hurry to the A&E department of the nearest hospital". Cross border care information (Description: Lack of information stated as a reason for not seeking medical treatment abroad). Percentage of GP practices using computer for storage of individual patient diagnosis data, % of practices using electronic networks for prescriptions to pharmacies, Can patients in your country see a specialist without first having to gain a referral from a primary care doctor?

mero di giorni (“6232 giorni dopo quel 18 gennaio del 1992”) in cui Eluana versava in quelle condizioni.

Analizzando i dati relativi agli ascolti registrati dalle varie reti televisive, appare che *Il Grande Fratello* ha registrato il boom di ascolti arrivando a toccare ben 7.920.000 telespettatori e il 31,78% di share (record stagionale e tra i più alti di tutte le edizioni).

Per informare gli italiani sulla vicenda Englaro, Rai 1 ha ritenuto di dover sopprimere la puntata prevista della fiction *Il bene e il male* e mandare in onda uno speciale in diretta di *Porta a Porta*, dopo il consueto appuntamento di *Affari Tuoi* posticipato di 15 minuti rispetto al solito. Il risultato non ha premiato né la rete né il suo conduttore che ha ottenuto 4.302.000 telespettatori con il 17,31% di share: praticamente lo stesso dato della fiction, mentre la rete televisiva *La 7* – che ha mantenuto la programmazione con *L'infedele* centrato sull'argomento della serata – è stata seguita in media da 824.000 spettatori con uno share di 3,10%. Rete 4 ha esordito con una edizione straordinaria, registrando uno share di 4,58% (Tab. I).

Ma il dato interessante viene proprio dal confronto con le decisioni di visione degli utenti per fasce d'età: il quinto appuntamento con il reality *Il Grande Fratello* ha ottenuto picchi superiori ai 10 milioni di telespettatori (10.127.000 spettatori alle 21:48) e del 47% di share (46,98% alle 23:54). Con altissimi risultati nel pubblico più giovane: il programma, infatti, ha superato il 48% di share tra gli spettatori con età compresa tra 15-24 (48,46%) e ha raggiunto quasi il 42% nel target 25-34 (41,74%).

Nella trasmissione televisiva *TV Talk* in onda su Rai 3 il 14/02/2009 il prof. G. Simonelli ha fatto una riflessione particolare, affermando che “I talk-show

non aggiungono nulla e non celebrano il lutto”; alcuni giovani universitari hanno poi fatto presente che la notizia era “la morte di Eluana” e tutto ciò che veniva detto nei talk show non aggiungeva nulla alla notizia, poiché era tutto già stato sentito nelle settimane precedenti e non rimanevano che “parole vuote”.

Va anche detto, per amore della verità, che lo scenario della manipolazione in ambito biomedico, non può certo indurre a concludere sbrigativamente che tutto l'apparato mediatico si muova in tale deprecabile direzione.

Ma è evidente che nell'informazione contemporanea il titolo di un giornale che strilla dati in prima pagina ha un effetto determinante su larga parte dell'opinione pubblica mentre una smentita di quei dati non susciterà di certo lo stesso interesse e non verrà ricordato quanto il precedente, tanto più che, molto raramente, viene pubblicato in prima pagina.

In effetti, il problema nel mondo dell'informazione massmediatica è che *bad news is good news*; si omettono informazioni, si costruiscono sondaggi ad hoc, si manipolano e si distorcono eventi o fatti con il solo scopo di vendere più copie, avere più share ecc. Di seguito riportiamo alcune delle tecniche maggiormente utilizzate a questo fine dall'industria massmediatica:

- **Confronto con il peggior:** è una tecnica largamente utilizzata nel campo del business e delle negoziazioni economiche. Consiste nel proporre esempi che “guidano” verso la scelta migliore del committente; ad esempio, un datore di lavoro potrebbe dire al suo collaboratore che può decidere se tornare a lavorare di sabato mattina per tutta la mattinata o se vuole fare solo due

TABELLA I. RILEVAZIONI AUDITEL DEL 09/02/2009

	Rai 1 <i>Porta a Porta</i>	Rai 2 <i>X Factor</i>	Rai 3 <i>Chi l'ha visto</i>	Canale 5 <i>Grande Fratello</i>	Italia 1 <i>Deja Vu</i>	Rete 4 <i>TG 4 ed. straordinaria</i>	La 7 <i>L'infedele</i>
Ora inizio	21:28:33	21:14:37	21:13:13	21:26:31	21:14:03	20:51:41	21:10:00
Ora fine	24:06:51	24:30:17	23:11:10	24:06:58	23:37:28	23:04:49	23:49:55
Spettatori	4.302.000	2.901.000	2.041.000	7.920.000	3.701.000	1.325.000	824.000
Share	17,31%	12,25%	7,16%	31,78%	13,43%	4,58%	3,10%

ore di straordinari venerdì pomeriggio. Naturalmente la seconda proposta confrontata con la peggiore (tornare a lavorare di sabato mattina) appare più accettabile. Lo stesso viene fatto in bioetica: l'idea di abortire appare accettabile se confrontata con un possibile futuro in cui i genitori devono vivere in ristrettezza economica, in cui i genitori non hanno sicurezza nel loro rapporto (non sono sposati) oppure si è troppo giovani e quindi si vuole vivere la propria vita ecc.

- **Per gradi o “continuità”:** spesso un piccolo passo appare accettabile oggi, senza considerare che domani non si torna facilmente indietro. Si esaltano quindi miti sentenze di tribunali per sensibilizzare la pubblica opinione con lo scopo di arrivare domani a richieste di legge che sembrino già accettate dai cittadini anche se in realtà non lo sono.
- **Campo affermativo:** si utilizzano (soprattutto nelle interviste, nei reportage, negli articoli pubblicati sulla stampa nazionale e nei talk show) i *truismi*, cioè frasi vere e verificabili alle quali le persone non possono non essere d'accordo e che quindi creano un “campo affermativo”, mentre alla fine, si introducono affermazioni non del tutto verificabili ma che appaiono anch'esse vere, venendo proposte dopo aver creato un campo affermativo.
- **La leva dell'emotività:** si esaltano gli aspetti emotivi delle singole situazioni, che in genere sono di dolore e sofferenza e si prospettano alternative che emotivamente sembrano valide per supplire a quella richiesta emotiva, bypassando gli aspetti cognitivi delle situazioni. Si fa leva sulla “morte pietosa” sul dolore della famiglia, piuttosto di chiedersi se sia la cosa giusta da fare in base a ragionamenti e argomentazioni cognitive e emotive (da notare il fatto che ragionamento e emozione sono due cose che dovrebbero andare di pari passo: un ragionamento non può essere solo *razionale* ma deve includere anche gli aspetti *emotivi delle situazioni* tanto quanto un ragionamento *emotivo* deve riportare un *aspetto razionale e cognitivo*).
- **Utilizzo di predicati:** in questo senso si scelgono le parole “migliori” per portare avanti le proprie idee: ad esempio i sostenitori dell'idea che la PEG sia una terapia, diranno che si tratta di “alimentazione *forzata*” mentre gli oppositori diranno che si tratta di “alimentazione *assistita*”, ricordando che ogni parola ha un valore *descrittivo* e uno *valutativo*. Se si propone la frase “Tizio ha rubato la penna a Caio” il valore descrittivo è che Tizio ha “preso” una penna, il valutativo è che Tizio ha commesso un reato; se invece si dice “Tizio ha preso in prestito la penna da Caio” allora l'azione sarà la stessa di prima, “il prendere”, mentre il significato valutativo sarà positivo. La neutralità richiederebbe l'utilizzo di predicati valutativamente “neutri” o di predicati sensoriali (visivo, auditivo e cenestesico).
- **Il dilemma:** spesso le persone vengono portate a scegliere tra due cose. Soprattutto nel *coaching* ma anche nella vita di tutti i giorni, si usa dire “Se hai due possibilità di scelta sei davanti a un *dilemma*, se ne hai almeno tre, sei davanti ad una *scelta*”. Le persone dovrebbero sempre avere una possibilità di scelta piuttosto che essere poste di fronte a un dilemma. Invece sembra che la disposizione comunicativa attuale sia proprio all'opposto, ed ecco allora che ci si domanda “è meglio un medico buono o uno bravo?”, ma che dilemma... buono e bravo dovrebbero rientrare nella stessa categoria! La PEG è obbligatoria per tutti o no? Sono dualismi che mettono in crisi le libere facoltà cognitive delle persone.
- **L'utilizzo delle negazioni:** il cervello umano non distingue le negazioni: se qualcuno dice di non pensare a un elefante viola, tutti dovranno pensare all'eventualità di incontrare un elefante viola. L'utilizzo delle negazioni e delle doppie negazioni è uno strumento molto sottile ma molto potente nella linguistica; differente è dire: “Non crede forse che la persona stia soffrendo o no?”, dal dire: “Lei non pensa che la persona stia soffrendo?”, dal dire: “Secondo lei la persona sta soffrendo?”.
- **Utilizzo di presupposti linguistici.** A questo proposito appare particolarmente interessante la chiusura della trasmissione *Striscia la notizia* del 09/02/2009 durante la quale il presentatore televisivo ha utilizzato le parole: “La povera Eluana, ha finito di soffrire” utilizzando vari presupposti: 1) Che fosse “**povera**”, relativamente alla “di-

gnità” della persona e alla sua situazione quando invece la “dignità” dovrebbe essere un concetto che va oltre la situazione fisica; o, meglio, l’essere umano dovrebbe avere “dignità” in quanto essere umano e non avere “meno dignità” in quanto malato o fisicamente disabile; 2) Che “**ha finito di soffrire**”: il presupposto linguistico qui presente è che, la persona, “stia soffrendo” o “abbia sofferto”, ma nessun metodo scientifico ci può far sapere se effettivamente abbia sofferto oppure no. Tutte queste piccole frasi, che mettono dei presupposti sbagliati o non neutrali, hanno un effetto devastante nel pubblico, proprio perché non vengono contestati a livello conscio, dato che sono presupposti, passando quindi subito a livello inconscio.

Sembra proprio che attualmente siano i mass media a guidare le opinioni e le discussioni. Ma in campi come la sanità, la bioetica, il biodiritto e tutto ciò che ha a che fare con la salute e la vita delle persone dovrebbero esserci maggiori comunicazioni trasparenti o quantomeno bilanciate, tra i sostenitori delle varie posizioni.

LA COMUNICAZIONE PUBBLICA IN SANITÀ

La comunicazione pubblica in sanità ha avuto uno sviluppo più lento e tardivo che in altri rami dell’economia. Una delle prime fasi di implementazione è stata infatti rappresentata dall’istituzione degli URP a metà degli anni Novanta (D.L. sul pubblico impiego n. 29/1993). A livello nazionale, il contesto appare inoltre disomogeneo anche a causa delle differenze d’organizzazione tra i vari Servizi Sanitari Regionali.

Questa situazione si ripercuote sulla comunicazione pubblica, in quanto il territorio e la tipologia d’utenza condizionano strutture, mezzi e modi di “fare comunicazione”.

Nell’azienda sanitaria si può individuare una duplice connotazione della comunicazione pubblica. Si tratta di processi comunicativi distinti, ma con profonde aree d’integrazione e di sinergia:

1. **Comunicazione sanitaria**, incentrata principalmente sui servizi e sulle prestazioni in tutti i

livelli dell’assistenza: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. In questo ambito è possibile: sviluppare attività che consentano la partecipazione dei cittadini ai processi decisionali e alla valutazione dei servizi; garantire l’autonomia di scelta; favorire la cultura dell’appropriatezza. La facilitazione dell’accesso, altro elemento necessario a garantire la salute e il benessere dei cittadini, rientra negli impegni di comunicazione dell’azienda verso la collettività. All’interno della comunicazione sanitaria ha particolare rilievo la comunicazione di crisi ed emergenza come strumento che permette di controllare le situazioni di allarme improvviso per la salute, al fine di dare una risposta corretta ed equilibrata alle richieste dei media e dei cittadini;

2. **Comunicazione per la salute**, elemento costitutivo e leva strategica delle politiche di promozione della salute, secondo le indicazioni del Piano sanitario nazionale 2003-2005 e delle Linee generali del Piano sanitario nazionale 2006-2008. Nella comunicazione per la salute i protagonisti sono i diversi settori della società – enti, istituzioni, associazioni del terzo settore e cittadini – interlocutori attivi e consapevoli di un percorso di “costruzione sociale della salute” che trova nella partecipazione e nella condivisione di obiettivi, strategie e attività i suoi punti di forza. Gli ambiti d’intervento riguardano tutti i fattori che influiscono sulla salute – i cosiddetti “determinanti di salute” – e che possono schematicamente essere distinti in: ambientali, sociali, economici, relativi agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol ecc.) e all’accesso ai servizi, non solo sanitari, ma anche sociali, scolastici, ricreativi e di trasporto.

Dal punto di vista economico, esperienze di altri paesi hanno dimostrato che la comunicazione va considerata non tanto una spesa, quanto una risorsa per contribuire a migliorare la salute.

La comunicazione pubblica nelle aziende sanitarie assume infatti un ruolo strategico nel favorire l’accesso e l’utilizzo appropriato dei servizi, nonché l’adozione di comportamenti volti alla tutela e al miglioramento della salute individuale e collettiva. In questo processo, la comunicazione pubblica deve pre-

stare particolare attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili e agli effetti sulla salute generati dalle diseguaglianze socioeconomiche.

Per citare alcuni esempi, attività volte a favorire un consumo appropriato di prestazioni sanitarie possono contribuire a una gestione più efficiente delle risorse; gestire i siti internet secondo i criteri dell'accessibilità e dell'usabilità, consentendo agli utenti di acquisire autonomamente informazioni o di effettuare prenotazioni direttamente on-line, può favorire una migliore allocazione delle risorse.

Progettare e realizzare campagne istituzionali su temi di salute (ad esempio, per la lotta al fumo e all'obesità) rivolte a tutti i potenziali destinatari, senza tener conto del criterio della segmentazione oppure senza effettuare le dovute verifiche e valutazioni dei risultati, può contribuire ad aumentare le diseguaglianze socioeconomiche tra chi ha accesso a corrette informazioni e servizi appropriati e chi, invece, continua a rimanerne escluso. Attraverso un'attenta definizione dei destinatari, un adeguato posizionamento e l'utilizzo di strategie integrate, è possibile professionalizzare e trasformare queste attività in un reale servizio ai cittadini, sfruttando a pieno tutte le potenzialità della comunicazione [2].

Gli attori della comunicazione sanitaria sono molteplici e non possono essere confinati alla comunicazione medico-paziente. La comunicazione per la salute è, infatti, divenuta un elemento costitutivo e leva strategica delle politiche di promozione della salute, in particolare grazie alle indicazioni del Piano sanitario nazionale 2003-2005 e delle Linee generali del Piano sanitario nazionale 2006-2008. In questo contesto si identificano i protagonisti della comunicazione i diversi settori della società (enti, istituzioni, associazioni del terzo settore e cittadini), tutti "interlocutori attivi e consapevoli di un percorso di costruzione sociale della salute che trova nella partecipazione e nella condivisione di obiettivi, strategie e attività i suoi punti di forza" come enunciato dall'Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale.

Per sviluppare la comunicazione pubblica in modo unitario e coerente, essa deve avvalersi delle strutture come Ufficio di Relazioni con il Pubblico, Ufficio stampa e analoghe strutture secondo le indicazioni della legge 150/2000.

La comunicazione sulla salute è un processo estremamente articolato che può essere definito come "il complesso delle strategie di costruzione e diffusione di messaggi che riguardano la salute dei singoli e delle collettività". I campi di applicazione di tale disciplina spaziano quindi dal rapporto diretto fra operatore e paziente all'educazione e alla organizzazione sanitaria, alla pubblicità e al marketing su prodotti o servizi di aziende pubbliche o private fino alla comunicazione di massa.

PEDAGOGIA COMUNICATIVA

La comunicazione è alla base dell'interazione con gli altri e si lega strettamente alla pedagogia, in quanto promozione dell'educazione permanente. Pertanto, lo sviluppo delle capacità comunicative può avvenire in un percorso pedagogico e di counseling che considera vivo e reale l'aspetto relazionale con gli altri.

La società è in rapida e crescente trasformazione, nell'era del villaggio globale, si può entrare in contatto con il resto del mondo in un attimo e si dispone dei mezzi per accostarsi a innumerevoli realtà linguistiche, sociali e culturali, dunque, non si può più parlare di multiculturalità, ma di interculturalità come fenomeno naturale della nostra realtà sociale. La pedagogia ha il compito di adeguarsi alla società che cambia e insieme alla comunicazione supportano la scuola in questo compito delicato ma affascinante. La pedagogia, pur affondando le sue radici nell'Antica Grecia, è divenuta scienza a metà del 1800 e a oggi essa si occupa dell'educazione, ovvero dell'attuazione concreta dei modelli pedagogici. Il pedagogista è l'esperto dell'educazione, come processo trasversale all'intera esistenza umana, un percorso che permette di "crescere" durante l'intero arco della vita. Il pedagogista è un "formatore" che esplica la sua azione tramite l'educazione e la formazione. Oggi il pedagogista è un professionista di formazione pluridisciplinare e il suo ruolo si adegua alle esigenze della società che cambia, promuovendo percorsi di empowerment, ovvero di potenziamento, di crescita costante, progressiva e consapevole delle capacità, delle potenzialità degli esseri umani, insieme allo sviluppo dell'autonomia e assunzione di responsabilità. Quindi appare tanto più importante una "pedagogia

sanitaria” intesa come educazione del medico e del professionista sanitario a largo spettro (dalle capacità tecniche operative della medicina alle capacità emotive/comunicative) e come educazione del cittadino per tutelare il suo diritto a decidere e l’effettiva consapevolezza delle implicazioni di ogni decisione, ma tutto ciò può avvenire “solo” se questa missione deriva anche dall’alto delle organizzazioni e delle strutture sanitarie.

Infatti è inutile che il medico autonomamente si istruisca [3] sulle migliori tecniche di comunicazione quando l’utente si presenta alla sua porta dopo aver “vagato” all’interno dell’ospedale per più di un’ora, a causa delle inefficienti segnaletiche verticali e orizzontali, provando quel tipico stato interno di smarrimento che rende ancor più difficile la comunicazione.

OBIETTIVI

La Young at Work communication, sovvenzionata dalla Associazione Nazionale fra le Banche Popolari, sta svolgendo una ricerca sulla comunicazione sanitaria persuasiva messa in atto dalle strutture sanitarie dal titolo: *Il paziente: numero o persona? Valori d’impresa e responsabilità sociale*.

L’attuale progetto di ricerca ha come centro strategico di riferimento il miglioramento della qualità della vita dei cittadini a partire dalle problematiche specifiche che sorgono in ambito sanitario, molto spesso legate a una comunicazione inadeguata o distorta e, comunque, non soddisfacente nelle strutture sanitarie. Per questo, la ricerca intende affrontare in modo innovativo e secondo criteri di tipo aziendale l’analisi delle principali modalità di comunicazione che caratterizzano la vita dei pazienti, dei medici, degli infermieri e degli amministratori nei principali ospedali romani.

L’intera ricerca ha valore soprattutto sotto il profilo metodologico perché permette di evidenziare due fattori che, pur essendo presenti a livello intuitivo, non sempre sono adeguatamente documentati e quindi non riescono a incidere efficacemente nel migliorare la qualità in sanità.

Si tratta, da un lato, della esperienza soggettiva di “sofferenza comunicativa” del paziente e dei suoi familiari, che contribuisce in modo significativo ad

aggravare lo stato complessivo di malattia del paziente, con un effetto di contagio familiare che aumenta lo stress e il disagio dell’intero nucleo familiare. Dall’altro, si tratta di quella disponibilità virtuosa a curare la qualità comunicativa dei rapporti con i pazienti, dal loro ingresso alla loro dimissione, ovvero il cosiddetto “tasso di propensione alla comunicazione” che fa apparire gli ospedali più o meno umani.

Si può soffrire di cattiva comunicazione e invece si può contribuire a “curare” le persone attraverso una buona comunicazione: questo è il vero nodo che affronta la ricerca.

I dati raccolti durante l’attività di ricerca, saranno resi disponibili alla singola Direzione generale e/o sanitaria di riferimento che hanno accettato lo svolgimento della ricerca nella loro struttura, accompagnati da una relazione analitica. L’obiettivo infatti è fornire informazioni utili per poter permettere loro di migliorare almeno i livelli essenziali della comunicazione.

Incrociando i dati relativi alle cause di disagio e sofferenza “comunicativa” con quelli relativi al disagio del personale sanitario, si formuleranno delle ipotesi di lavoro mirate al cambiamento vantaggioso della comunicazione. Potranno prendere il via alcuni seminari sperimentali, volti a ridurre gli errori sistematici e a innescare un processo di miglioramento continuo della qualità comunicativa attraverso livelli di crescente consapevolezza del proprio stile comunicativo nel personale (empowerment) e nell’azienda nel suo complesso.

MATERIALE E METODI

Per compiere questo case study si è fatto ricorso ad un piano di “campionamento multistadio”, che viene generalmente inserito tra i campioni probabilistici, poiché la sua corretta costruzione offre sufficienti garanzie di attendibilità sui risultati [4]. Si definisce “multistadio” un campione individuato sulla base di scelte e procedure successive, che passano appunto per più stadi o fasi.

Partendo dallo studio dell’universo noto della regione Lazio, attraverso il campionamento multistadio si è giunti alla definizione del campione rappresentativo.

A seguito dei 5 stadi di campionamento utilizzati, risulta che le strutture sanitarie selezionate a partecipare alla ricerca sono:

1. Policlinico A. GEMELLI E C.I.C. – cod. I20905
2. Az. Osp. Univ. Policlinico Tor Vergata – cod. I20920
3. Ospedale S. Eugenio – cod. I20066
4. Ospedale fatebenefratelli (Calibita-Isola Tiberina) – cod. I20072
5. Osp. C.T.O. Andrea Alesini – cod. I20058
6. Istituti Fisioterapici Ospitalieri – cod. I20908
7. Policl. Univ. Campus bio medico – cod. I20915

La ricerca prevede l'analisi della comunicazione messa in atto dalla struttura sanitaria nei confronti del fruitore dei suoi servizi. Il punto di vista scelto per l'analisi delle criticità di comunicazione, è quello applicato per le aziende produttrici di beni o erogazione di servizi, valutando sotto questo aspetto i livelli essenziali di comunicazione della struttura sanitaria nella loro forma classica di comunicazione telematica, locale, relazionale e di confine.

In questo senso, per fruitore non s'intende solamente il paziente, bensì tutti coloro che entrano in contatto con l'azienda sanitaria: visitatori, parenti, studenti, personale medico sanitario, fornitori, relatori, conferenzieri ecc. L'oggetto di questa attività di ricerca è investigare le principali forme di *comunicazione persuasiva* necessarie al fine di scoprire eventuali linee guida per una comunicazione essenziale ed efficiente. Il progetto di ricerca prevede quindi l'analisi di 6 fattori portanti della comunicazione aziendale:

1. Lo studio della **comunicazione telematica**, in particolare lo sviluppo dei siti web in termini di efficacia ed efficienza della comunicazione tramite un *questionario quantitativo*.
2. Lo studio del **brand ospedaliero (BAhV^c)**, introducendo un nuovo modello in ambito sanitario, derivato dal **"BAV"^d** tramite *strumenti quali-quantitativi*.

3. Lo studio della **comunicazione visiva locale**, in particolare la comunicazione strategica e strutturale, che va dalle linee cromatiche alle indicazioni dei reparti, alla visibilità e leggibilità dei badge del personale medico sanitario tramite una *scheda di analisi strutturale* della location.
4. Lo studio della **percezione interna** delle problematiche reali affrontate giornalmente dal personale medico sanitario nei confronti della comunicazione con i fruitori tramite i *focus group*.
5. Lo studio dell'attenzione riposta dalla struttura sanitaria verso i **reclami** e le **lamentele** dei fruitori e alla ricerca di qualità della struttura, tramite un *questionario quantitativo* somministrato all'Urp o alla struttura che ne fa le veci.
6. Lo studio dell'**approccio alla comunicazione** dei direttori Urp tramite un'*intervista qualitativa*.

ANALISI DEI DATI

Attualmente la ricerca è in corso, ma la prima parte dell'analisi ha messo in evidenza che nessun sito internet esaminato è risultato "ad accessibilità totale o W3C", questo è l'esempio di quanto venga sottovalutata in sanità la comunicazione, oppure venga presa in considerazione ma poi in concretezza, non venga affidata a dei professionisti della comunicazione.

Poiché la sanità si rivolge a un target di persone molto eterogeneo, come ipovedenti, persone con problemi di udito o persone diversamente abili, i siti implementati dovrebbero mettere in atto una comunicazione chiara e da tutti fruibile, invece per motivi di budget o di scelte politiche delle strutture, viene effettuata in forme diverse dal W3C che, purtroppo, risultano accessibili spesso, solo a persone in buona condizione sensoriale.

È incredibile che, nel XXI secolo, in cui tre quarti delle comunicazioni viaggiano su internet, ci sia ancora qualcuno che non cerca di avvicinare lo stru-

^c Il modello del *Brand Hospital Analysis Valuator (BHAV)* è stato ingegnato, creato e testato dalla Young at Work communication, www.yatw.it, Sede di Roma: via Sergio Forti, 37 - 00144 Roma; Sede di Milano: via Enrico Caviglia, 3A - 20139 Milano. Tel. +39 06 508 39 95 r.a., Fax +39 06 233 240 457.

^d Il BrandAsset® Valuator ideato dalla Young&Rubicam (multinazionale leader nella comunicazione) e utilizzato dal 1998 in collaborazione con l'Istituto Gallup-Doxa, attraverso 56 regole serve a misurare e valutare la notorietà di un brand per intervenire sul suo futuro. È il più vasto database di marche al mondo.

mento informatico/telematico ai bisogni/esigenze dell'utente.

Ricordiamo infatti che fino al 2007 la W3C (World Wide Web Consortium) indicò una serie di "punti di controllo" tramite i quali si poteva rendere un sito ad "accessibilità totale", attraverso una scala di accessibilità che comprendeva una certificazione "A", "AA" e "AAA" che era il massimo dell'eccellenza dell'accessibilità.

Ma dal 1° gennaio 2007, la classificazione "A", "AA" e "AAA" non esiste più, è stata infatti trasformata in una dicotomia: "accessibile" o "non accessibile".

Da quella data infatti, tutti i browser interpretano lo standard css2.x come foglio di stile delle pagine e questo, permettendo un controllo totale su forme, colori e posizione degli oggetti all'interno di un documento, ha fatto sì che l'accessibilità sia il più completa possibile.

Fino al dicembre 2006 le pagine accessibili venivano scritte in formato HTML 4.01 che inglobava layout e contenuti. Questo comportava un lavoro enorme per rendere la pagina conforme alle regole W3C che puntava tutto sul contenuto. In parole povere una pagina per essere accessibile doveva avere lo stesso grado di comprensione sia che contenesse vari contenuti grafici sia che fosse spoglia di contenuti.

L'XHTML insieme al CSS2 invece danno questa possibilità. Sono attualmente in corso le analisi delle "location" e dei "focus group" svolti, mentre si stanno analizzando i dati per l'estrapolazione delle Power Grid per l'analisi del BHAV.

Una comunicazione etica (che tenga presente il "valore" e la "dignità" della singola persona) porta soprattutto un guadagno economico in termini di efficienza dell'organizzazione, del sistema e dei servizi è positivamente incalcolabile (almeno finché non ci siano studi approfonditi sull'impatto economico della comunicazione efficace, svolta da professionisti della comunicazione).

Mentre la comunicazione bioetica, che ha il suo centro di attenzione sulla "persona", lancia un appello alla sanità italiana affinché, dall'alto, essa intervenga in maniera efficace ed efficiente, facendo mettere in atto tutte quelle forme di comunicazioni "utili" e anche "necessarie" affinché l'utente raggiunga almeno il livello minimo per sentirsi "persona" piuttosto che "numero".

CONCLUSIONI

La percezione della malattia diventa sempre più legata alla sfera del virtuale: da una parte è vissuta attraverso i media e dall'altra è vissuta come probabile, come malattia possibile, che ci fa pensare prima di essere.

M.T. Russo scrive che mentre la malattia *virtuale* è pubblicizzata dai media, la malattia autentica, quella *vera*, resta un fatto privato, che non trova accoglienza nella rete dei rapporti professionali, impostati sulla logica della competitività e dell'efficienza, che non consentono di elaborarla in modo profondo. Accade così che nei rapporti professionali la malattia non ha spazio per essere ospitata e comunicata, mentre in quelli familiari non ha spazio per essere elaborata. Il peso psicologico della malattia aumenta, perché la si vede sotto l'aspetto dell'inabilità e della perdita; ne risulta aggravato anche il peso morale, in quanto essa appare esclusivamente come un limite alla propria libertà di volere e di potere, un evento sgradevole che è descritto come un *fatto*, ma che resta non compreso nel suo *significato* [5].

In un'ottica piacevolmente bioetica [6] ricordiamo che *l'io personale* è "irriducibile" cioè, la "persona", non è riducibile a cifre, numeri, atomi, cellule e neuroni [7] quindi, anche la società deve avere come riferimento ultimo la persona umana nella sua totalità.

Poiché l'uomo in generale, e tanto più il paziente in quanto persona, è capace:

- di riflessione su di sé;
- di autodeterminazione;
- di cogliere il senso delle cose;
- di dare senso alle sue espressioni e al suo linguaggio cosciente.

Tutti gli ospedali intervistati hanno dichiarato che uno dei loro punti di forza è la "centralità della persona", quindi, fortunatamente, il concetto della centralità del paziente è finalmente diventato una costante, ma a oggi, in realtà, dovrebbe essere il punto di partenza dell'istituzione e non l'obiettivo da raggiungere.

Dalle analisi parziali degli ospedali campionati sembra poi che la dichiarazione precedente non sia rispettata nella pratica comunicativa, ecco allora che dalle schede di analisi delle location emerge che alcuni ospedali hanno delle segnaletiche verticali che

portano in posti diversi da quelli descritti, strisce cromatiche orizzontali che finiscono contro i muri, siti web non W3C ecc., una serie di sprechi di denaro che si riflettono sulla visibilità e sul brand dell'intera struttura sanitaria.

Si può quindi certamente affermare che la comunicazione è stata sempre enfatizzata nella teoria, ma pochi ospedali l'hanno fatto nella pratica, altri ospedali non hanno una chiara e utile comunicazione visiva, ciò porta il paziente a trovarsi in difficoltà nel cercare un servizio piuttosto che un altro o a perdersi all'interno dei padiglioni, per poi arrivare stremato alla visita.

Alla comunicazione visiva si affianca anche quella interna-organizzativa per cui in un ospedale dove c'è un alto tasso di cambiamento del luogo fisico dei reparti e dei servizi, gli stessi impiegati si trovano a dover "cercare" le persone che prima lavoravano in un'ala e poi in un'altra, ma la centralità della persona è proprio su questi punti che si vede, spesso si pensa ai tagli da fare, e troppo poco si pensa a come investire correttamente i pochi soldi che ci sono, naturalmente, a poco serve un corso di comunicazione efficace fatto ai medici se ogni paziente che arriva loro è stremato e arrabbiato perché ha impiegato un'ora per riuscire a trovarlo o perché ha dovuto chiedere a 5 persone, o perché lo hanno consigliato male su dove dirigersi.

Da un altro punto di vista, invece, i corsi di comunicazione efficace possono essere molto utili per gestire queste situazioni "difficili", inoltre sono sempre di più i medici che ne fanno richiesta, non tanto per imparare a negoziare la scelta terapeutica con il paziente quanto per rendersi più abili nello spiegare i propri motivi e le proprie scelte in modo tale da rendere comprensibile e condivisibile al paziente la scelta terapeutica e stabilire la così detta alleanza terapeutica.

Tenendo presente che la comunicazione in tutte le sue forme (visiva, strutturale, interpersonale, web ecc.) non rappresenta una panacea ai problemi reali della sanità italiana è pur vero che essa può contribuire a migliorare e arginare alcuni sprechi di denaro delle strutture sanitarie.

Si auspica dunque una presa di coscienza da parte delle strutture sanitarie, che agiscano in due modi paralleli ma non sostitutivi:

1. dando importanza alla comunicazione, anche nelle sue forme materiali e per tutti i tipi di fruitori, dai pazienti ai parenti, dalle persone sane alle persone con disabilità, tramite tools comunicativi essenziali, quali la segnaletica (verticale, orizzontale, strisce cromatiche), siti web (ad accessibilità totale), questionari qualitativi ecc.
2. dando importanza alla comunicazione interpersonale pratica, con corsi che promuovano strumenti pratici e non solo teorici.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Binetti P, Tartaglini D. *Organizzazione e Salute*. Roma: Società Editrice Universo, 2008.
- [2] Associazione Italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale, *Documento di indirizzo sulla Comunicazione Pubblica in Sanità*, Bologna, 8 Novembre 2006.
- [3] Cipolla C, Giarelli G, Altieri L. *Valutare la qualità in sanità*. Milano: FrancoAngeli, 2002.
- [4] Guala C. *Metodi della ricerca sociale*. Roma: Carocci, 2000.
- [5] Russo MT. *Corpo, salute, cura*. Soveria Mannelli (CZ): Rubbettino, 2004.
- [6] Sgreccia E. *Manuale di Bioetica vol. I*. Roma: Vita e Pensiero, 2007.
- [7] Changeux JP. *L'homme neuronal*. Paris: Fayard, 1983 [trad. it. *L'uomo neuronale*. Milano: Feltrinelli, 1983].

SITOGRAFIA

- www.yatw.it
www.poslazio.it
http://www.abmedica.it/2008/07/la_comunicazione_in_sanita_ver.html
<http://comunicati-stampa.versiliainrete.com/2009/02/ascolti-tv-di-lunedì-9-febbraio-2009-grande-fratello-record-a-8-milioni-e-32-di-share-4-per-porta-a-porta-su-eluana-in-leggero-calo-x-factor/>
<http://www.tvblog.it/post/12579/ascolti-tv-di-lunedì-9-febbraio-2009-grande-fratello-record-a-8-milioni-di-tele spettatori-4-per-porta-a-porta-su-eluana>
http://it.wikipedia.org/wiki/Tv_Talk
<http://www.tvtalk.rai.it/>

Indirizzo per la corrispondenza

Claudio Pensieri
 Via Padre G.A. Filippini, 142
 00144 Roma
 Tel.: 339 7279049
 c.pensieri@libero.it

Formazione in medicina

Collana curata dalla Società Italiana di Pedagogia Medica

Una nuova collana composta da brevi monografie.
Una cassetta degli attrezzi per chiunque voglia approfondire i temi della formazione in medicina.
Una riflessione completa e organica sui principi e sui metodi didattici a disposizione delle facoltà mediche e delle loro scuole.

Novità

Maria Grazia Albano

Educazione Terapeutica del Paziente.

Riflessioni, modelli e ricerca

Le maggiori difficoltà nella cura di pazienti con patologie croniche sono legate alla motivazione.

È possibile stimolare un paziente a modificare i suoi comportamenti in modo costante nel tempo? Se sì, in che modo?

L'Educazione Terapeutica del Paziente (ETP) è un'attività, riconosciuta dall'OMS, il cui obiettivo è proprio quello di mettere in grado il paziente, e le famiglie, di curarsi, di prevenire le complicanze evitabili e di mantenere e migliorare la qualità di vita.

Il volume, scritto da esperti e professionisti nel campo dell'ETP, tratta alcuni dei temi di riflessione più attuale in questo settore, e risponde ai quesiti più frequenti.

Che cosa distingue l'educazione medica dall'educazione del paziente? Che cos'è e come si attua la valutazione in ETP?

Fino a oggi questi argomenti sono stati scarsamente approfonditi e, considerata la loro rilevanza sul piano teorico e applicativo, in futuro saranno di certo oggetto d'attenzione da parte dei professionisti della sanità. Il volume illustra gli sviluppi della ricerca sull'ETP nei diversi campi specialistici della medicina. È importante, in effetti, rilevare il crescente interesse verso l'ETP in settori che, sino a poco tempo fa, non avevano ancora messo in atto programmi di educazione terapeutica. Le patologie croniche, come diabete, scompenso cardiaco, alterazioni della coagulazione, necessitano infatti, in aggiunta ai normali interventi, la partecipazione attiva e consapevole della persona nella cura della propria malattia. Il testo presenta le più recenti raccomandazioni ufficiali per la realizzazione di programmi di ETP sviluppate in Francia da l'Haute Autorité de Santé. Propone, inoltre, alcuni modelli di applicazione di questa pratica nei contesti dell'ospedale e della medicina specialistica in Italia.

Il volume, di agile formato, si rivolge agli operatori sanitari, agli specialisti, a studenti di medicina e delle varie specialità.

MARIA GRAZIA ALBANO è professore associato in Didattica della medicina presso l'Università degli Studi di Foggia, e "chercheur associée" del Laboratoire de Pédagogie de la Santé, Université Paris XIII.



Franco Blezza

Pedagogia della prevenzione

Il compito della medicina è perseguire la salute dell'uomo nel senso più ampio e pieno del termine. In questo senso, la prevenzione è chiamata a un ruolo sempre più impegnativo. Fare il medico o l'infermiere oggi non è più solo una questione di conoscenze tecniche, ma è l'espressione di un complesso di saperi. Arduo e impegnativo è quindi il compito di chi deve provvedere alla formazione del personale medico e sanitario. In questo volume, i pedagogisti accademici più impegnati sul versante sociale e professionale delineano le basi della pedagogia della prevenzione, con particolare riguardo alla formazione delle figure professionali con laurea non a ciclo unico. Il lettore si può orientare in un percorso suddiviso per differenti risorse pedagogiche, ognuna delle quali offre altrettanti strumenti professionali: il colloquio clinico, l'apprendimento trasformativi degli stili di vita, l'aiuto pedagogico nel contesto familiare, la prevenzione come assunzione di responsabilità. Ricco di esemplificazioni, permette ai professionisti della sanità di operare pedagogicamente per la prevenzione. Una risorsa per gli insegnamenti pedagogici presenti in tutti i corsi di laurea e di laurea specialistica/magistrale non a ciclo unico della sanità.

FRANCO BLEZZA è ordinario di Pedagogia generale e sociale presso la Facoltà di Scienze sociali dell'Università di Chieti, che ha concorso a fondare.

Caratteristiche editoriali

Brossura cucita 13x21

Pagine: 160

Prezzo: 19 euro

ISBN: 978-88-7640-828-1

Promozione e distribuzione

PDE



Centro Scientifico Editore
Via Borgone, 57
10139 Torino
Tel. 011 385.36.56
Fax 011 385.32.44
cse@cse.it