

Sintesi dell'intervento della Dott.ssa Carla Collicelli

Nel mio intervento cercherò di soffermarmi soprattutto su alcuni aspetti che riguardano la valutazione della comunicazione per la salute, che è l'argomento di questa sessione del convegno.

Desidero però premettere alcune precisazioni su questioni di carattere più generale anche perché, come è emerso dalle relazioni precedenti, è impossibile fare una buona valutazione se non si tiene conto dei criteri e degli obiettivi della progettazione della comunicazione, quindi dei contenuti e degli aspetti strategici che stanno a monte.

Il rapporto tra salute e comunicazione nel passato è stato decisamente problematico: a volte è stato conflittuale, a volte ci sono stati grandi silenzi su tematiche che invece andavano comunicate, a volte ci sono state comunicazioni eccessive. Oggi quindi ci troviamo di fronte alla necessità di un riequilibrio soprattutto nell'ambito della comunicazione attraverso i mass media e nel rapporto con i soggetti che producono all'interno del settore, tendendo (almeno questo è il mio punto di vista) a una linea di autoregolazione.

Un altro aspetto di sfondo è che, quando parliamo di comunicazione in sanità, ci riferiamo almeno a tre ambiti: la comunicazione di massa, la comunicazione sistemica (intendendo quella che si relaziona a tutti gli *stakeholders* e i soggetti del sistema) e la comunicazione interpersonale (quella che mette in gioco in maniera specifica il destinatario e quindi crea una relazione, uno scambio).

Dal punto di vista della programmazione della comunicazione, se vogliamo puntare a effettuare anche la valutazione, dobbiamo ricordarci di fare tre cose:

1. bisogna tenere conto dell'esigenza di legittimazione dell'intervento e quindi non si può intervenire bene senza conoscere i bisogni da cui partiamo;
2. dobbiamo tener conto dell'efficacia dei nostri interventi e quindi già a monte della progettazione dobbiamo fare un marketing conoscitivo rispetto agli obiettivi che staranno alla base delle analisi di efficacia;
3. non dobbiamo dimenticarci che c'è il problema dell'equilibrio economico, quindi del rapporto costi/benefici.

Va tenuto anche presente che ci muoviamo in un ambito ricchissimo di spunti, canali e messaggi comunicativi. A tal proposito, in una delle ultime indagini che abbiamo svolto (l'abbiamo presentata qualche mese fa) sull'accesso e l'utilizzo di informazioni sanitarie da parte degli italiani, sono stati registrati i seguenti risultati: un calo del ruolo del Medico del Medicina Generale (66%), che ha ancora un ruolo preminente anche se decisamente inferiore a quello di qualche anno fa; una tenuta di quello che possiamo chiamare "sistema di riferimento laico" (familiari, amici, farmacisti);

un aumento di impatto dei canali tecnologici (radio e televisione sono al 43%), ma anche un incremento molto significativo di Internet che, partendo da una base minima, oggi ha raggiunto il 13%; buona è la posizione per i quotidiani con gli inserti salute.

Per quanto riguarda la comunicazione pubblica e istituzionale, i recenti Piani Sanitari, in particolare gli ultimi due, hanno permesso un cambio di impostazione e un salto in avanti decisamente significativo, perché hanno sancito per la prima volta in modo ufficiale la necessità di: una comunicazione istituzionale sia a livello ministeriale che a livello territoriale, la creazione di banche dati comunicanti con le Regioni per avere una base informativa comune, l'interattività e l'ascolto e il monitoraggio della qualità dell'informazione sulla salute e sulla sanità. Ciò non significa che tutto questo sia stato anche realizzato.

La programmazione recente nel nostro Paese ha puntualizzato quali debbano essere alcune priorità all'interno della comunicazione, come per esempio: diffondere messaggi positivi, puntare alle patologie dimenticate, porre al centro le esigenze sociosanitarie, potenziare le reti di collegamento interistituzionale e di eccellenza, formare e coinvolgere gli operatori.

Per quanto riguarda il tema specifico della valutazione, parlerò principalmente di un caso recente che ho seguito personalmente: quello delle campagne condotte dal Ministero della Salute a partire dal 2002 a favore degli stili di vita relative a: la riduzione del consumo di grassi, l'aumento dei vegetali, il contenimento del consumo di alcol, il controllo dei prodotti alimentari industriali, l'attività fisica e la riduzione del fumo.

Nel 2003 su questi temi che si affacciavano proprio in quel periodo alla programmazione nazionale, si è realizzato in Italia un convegno di un certo rilievo internazionale che ha visto la presenza di delegazioni di tutti i Paesi europei, nuovi e vecchi. In preparazione di quell'incontro che si è tenuto il 3-4 settembre 2003 a Milano, era stata realizzata anche un'analisi tramite un questionario postale con i suddetti Paesi per cercare di capire fino a che punto queste tematiche - e nello specifico l'informazione e la comunicazione - entrassero nelle loro strategie. Per quanto riguarda l'informazione, nei Paesi membri all'epoca dell'Unione Europea, è stata rilevata una forte presenza nelle strategie nazionali di attività informative; vi era inoltre una media presenza, ma di peso comunque interessante, anche nei Paesi candidati. Entità minori registravano altri filoni dell'intervento preventivo a largo spettro, cioè quello educativo attraverso le strutture di formazione e quello delle politiche fiscali, agricole, commerciali e tecnologiche.

Valutare l'impatto della comunicazione ormai è acquisito come punto fondamentale delle politiche nazionali; molto meno è stato fatto per rendere operativo questo obiettivo. In documenti prodotti in altri contesti, ad esempio in Canada, gli obiettivi d'impatto di una buona comunicazione sono

estremamente ampi; forse proprio questa ampiezza e complessità dell'approccio rendono la questione particolarmente difficile da affrontare e ancora limitata ad alcuni aspetti di carattere iniziale nella pratica. Quando infatti si comincia a ragionare dell'attenzione agli *outcome* a medio, breve e lungo termine - e quindi dell'introduzione, accanto agli studi su *outcome* a lungo termine, di studi che si focalizzano anche agli altri livelli di *outcome* - ci rendiamo conto di quanto una buona valutazione sia estremamente complessa; non si possono poi dimenticare il ruolo di esperti delle varie discipline, le metanalisi, i criteri di sintesi e anche l'analisi delle condizioni di contesto. L'oggetto della misurazione inoltre non è forse ancora definito chiaramente, perché si parla spesso in maniera imprecisa di valutazione e misurazione dell'impatto, dei risultati, della copertura, dell'efficienza, dei processi, della dimensione etica stessa della comunicazione. Ciascuno di questi aspetti meriterebbe una trattazione e un dispiegamento di strumenti e metodologie specifici; tutto ciò diventa ancora più complesso se teniamo conto che può essere sviluppato in chiave prospettica, retrospettiva o contemporanea; ci possono infatti essere approcci e metodiche che affrontano ciascuno di questi punti su comunicazioni già effettuate, in corso o che stiamo progettando.

Il monitoraggio attraverso indicatori - quindi la concreta applicazione di procedure formalizzate di valutazione in Europa - ha una diffusione ufficialmente molto ampia, stando ai dati raccolti nel convegno sopra citato. Quando però si va guardare al di sotto delle etichette, dei titoli e dei programmi messi in atto, ci si rende conto che nella realtà le azioni realizzate hanno ancora una certa esilità, una certa debolezza strutturale, nonostante esistano programmi di valutazione e monitoraggio a livello internazionale che dovrebbero fornire spunti e supporti sia dal punto di vista degli strumenti che dal punto di vista dei contenuti; questi però spesso rimangono delle scatole le cui parti interne sono ancora decisamente deboli.

Torniamo alle campagne del Ministero della Salute. Gli obiettivi comunicativi riguardavano l'alimentazione, il moto fisico, il fumo soprattutto per quanto riguarda la prevenzione nei giovani e i rischi del fumo passivo; questi sono i punti enucleati a partire da quelli prima elencati e sui quali si è deciso di lavorare in maniera più concreta.

Come abbiamo impostato al Censis un'analisi valutativa che il Ministero della Salute ci aveva chiesto?

Abbiamo pensato di lavorare su: gli aspetti di contesto (quindi gli stili di vita a livello nazionale e locale), una verifica quantitativa sull'impatto a livello nazionale della comunicazione effettuata, una verifica qualitativa su dieci diversi distretti socio-sanitari, la qualità percepita e la qualità intrinseca. Abbiamo quindi tentato, pur nella modestia e nella ristrettezza delle possibilità che erano a nostra disposizione in quell'occasione, di usare diversi tasti della complessa tastiera delle metodologie

della valutazione. Le indagini che abbiamo effettuato sono due: una si è conclusa nel 2003, l'altra si è agganciata negli anni successivi e si è conclusa lo scorso anno.

Presento rapidamente alcuni aspetti tratti da queste valutazioni. Per quanto riguarda gli stili di vita, si è verificato in termini estremamente generali una forte adesione all'opzione salutista a tutti i livelli in Italia e una crescita della responsabilizzazione individuale, nonostante la presenza ancora oggi di comportamenti a rischio. Per esempio, si è registrato nel corso degli ultimi anni un'interessante discesa del numero dei fumatori dal 27,7% del 2003 al 24,7% del 2006; una riduzione si era avuta già nella fase precedente all'introduzione della legge sul fumo nei locali pubblici, che ha fatto la sua parte nel periodo più recente.

Da un punto di vista più generale, si può dire che l'Italia, come molti altri contesti in questo periodo, vive una fase di eclettismo "fai da te" rispetto agli stili di vita, cioè se ne percepisce l'importanza, ma si ricorre a interventi, consumi e soluzioni estremamente variegati e spesso non coerenti tra loro. Il tema della coerenza quindi emergeva come estremamente problematico.

Rispetto all'analisi di impatto quantitativo a livello nazionale, in entrambe le indagini sono emersi i seguenti dati: un ricordo delle campagne sul fumo da parte dell'80% degli intervistati e del 60% per l'alimentazione; una valutazione dell'utilità da parte del 78%; una maggior reminiscenza dei canali RAI rispetto a quelli Mediaset, MTV e La7 nella fase delle campagne televisive; un meccanismo di "onda", cioè una sorta di diffusione a macchia d'olio dei contenuti delle campagne, anche negli ambienti e tra le persone che non ne avevano avuto percezione diretta; una dichiarazione di modifica dei comportamenti che ha riguardato il 6-7% degli intervistati per il fumo e percentuali variabili tra il 2 e il 23% per l'alimentazione e il moto. Naturalmente non tutti quelli che avevano detto che avrebbero cambiato i comportamenti li avevano poi effettivamente cambiati, ma certamente è un indicatore che riscuote un certo interesse.

L'indagine sull'impatto qualitativo ha cercato di capire come nelle dieci aree territoriali selezionate, ci fossero intrecci degni di nota tra le campagne diffuse e i comportamenti relativi al settore specifico degli stili di vita. Si tratta di una metodologia che dà frutti molto interessanti, perché ci permette di entrare nelle culture locali della salute e dello stile di vita, facendo diversi spaccati di una situazione che spesso viene considerata in termini estremamente generici a livello nazionale.

Per quanto riguarda l'obiettivo metodologico della qualità percepita, sono stati effettuati focus group con specifici gruppi di persone obese, di fumatori, di bevitori di alcol, di giovani, di anziani. Abbiamo cercato di estrapolare risultati relativi alla percezione della qualità dei messaggi ricevuti e anche l'opzione rispetto ad altre eventuali campagne; ad esempio, rispetto al fumo si criticavano messaggi eccessivamente crudi mentre emergeva la necessità di indicazioni su supporti per smettere di fumare.

Per quanto riguarda la qualità intrinseca, la metodologia utilizzata è stata quella del coinvolgimento di esperti di comunicazione che hanno effettuato un'analisi del contenuto delle campagne, dandone quindi una valutazione di carattere tecnico-scientifico. Alcuni dei risultati più interessanti sono stati: una valutazione positiva rispetto agli elementi dell'equilibrio, della varietà, della comprensibilità e dell'emotività; critiche rispetto alla carente relazionalità delle campagne e in alcuni casi a quello che è stato chiamato il "boomerang ansiogeno".

In conclusione ne abbiamo tratto due elementi: il rischio delle diseguaglianze attraverso campagne troppo generiche e il pericolo della intrusività rispetto ai vissuti individuali impongono degli approcci il più possibile bidirezionale e un'ottica di ascolto che delle campagne del tipo di quelle di cui sto parlando difficilmente possono realizzare. Per arrivare a una buona valutazione, occorrerebbe invece partire con un adeguato piano di comunicazione; questo significa: studiare le esigenze informative e comunicative, interpretare le caratteristiche della domanda di salute, mettere a fuoco le lacune, coinvolgere tutti gli *stakeholders* e creare possibilmente un osservatorio permanente sulla qualità dei servizi. Tale osservatorio dovrebbe: coinvolgere in primis le istituzioni deputate, prevedere un coordinamento sia orizzontale che verticale, lavorare anche con altri soggetti del sistema sociale attraverso banche-dati adeguate, realizzare successivi monitoraggi dei comportamenti che discendono dai messaggi di comunicazione, della domanda e dell'impatto della comunicazione stessa.