

Sintesi dell'intervento del Dott. Claudio Tortone e Dott. Massimo Marighella

Dott. Claudio Tortone:

Sono contento di essere presente al convegno "Prevenzione e promozione della salute: il ruolo strategico della comunicazione pubblica". La relazione sarà presentata insieme al Dott. Marighella, con un'azione corale.

DORS non si occupa di comunicazione, né di marketing sociale (almeno per il momento), bensì di interventi di educazione e di promozione della salute; a tal proposito, la nostra attività è lavorare con gli operatori dei servizi (es. della scuola, gli Assessori), cercando di dare qualità e di tratteggiare disegni di valutazione per analizzare l'impatto degli interventi. Il nostro "bernoccolo" è quindi la valutazione.

Sono qui a nome del gruppo numeroso di persone che a DORS nel tempo si sono occupate di comunicazione ai vari livelli. La presentazione è "condita" dal nostro mestiere di essere dei promotori/facilitatori di *capacity building*. Vedremo successivamente cosa significa "capacity building".

Nel nostro lavoro, ci ispiriamo alla carta di Ottawa aggiornata con la carta di Bangkok (l'abbiamo tradotta e resa disponibile sul sito perché siamo un centro di documentazione che fa disseminazione). L'aspetto interessante è che la comunicazione è centrale in questi processi di cambiamento. Il glossario sulla promozione della salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità presenta questa definizione (ovviamente in inglese):

"la comunicazione è una strategia chiave per fornire informazioni alla popolazione sui temi della salute e per mantenerli in primo piano nelle agende pubbliche".

Teniamo presente la parola "informazione"; "alla popolazione" indica i destinatari, i target finali, ma la questione delle agende pubbliche e di chi le gestisce è interessante, perché il target è molto più popoloso di quello che di solito pensiamo.

"... la comunicazione sta divenendo sempre più un importante fattore per dare maggiore *empowerment* alle singole persone e alle comunità".

Nell'ultimo incontro di formazione che ho fatto mi hanno dato una bellissima definizione: *empowerment* è "arricchimento", cioè "arricchire le persone perché sappiano prendere decisioni".

Informare o comunicare? Quando parliamo di comunicazione, dobbiamo metterci d'accordo e decidere per quale delle seguenti scuole optare:

1. “dare forma” e quindi “trasmettere a/ragguagliare qualcuno procurandogli notizie, informazioni, dati ...”,
2. “mettere in comune” (dal latino “communis”).

Nell'un caso o nell'altro cambiano i modelli teorici, di disegno, operativi e i sistemi di valutazione. Se comunicare è una relazione (propendo più per la seconda scuola che include la prima), la relazione è il territorio, lo spazio della contrattazione, dove un oggetto non è dato e non viene spostato da A a B automaticamente. Ciò che si contratta è il significato di quanto è veicolato nella comunicazione ma anche il ruolo e la credibilità dei soggetti coinvolti; è questo un aspetto molto delicato su cui dobbiamo riflettere. Significa, infatti, che la relazione è un luogo di conflitti; l'importante è non sommare i conflitti distruttivi a quelli creativi, perché la creatività è l'elemento che dà più forza nella comunicazione. È anche luogo di scontro e di incontro di interessi, ma interessi di chi? A questo proposito cito Vittorio Curzel (“La comunicazione pubblica e il marketing sociale per la promozione della salute”). C'è una transizione nei modelli della Pubblica Amministrazione, di cui bisogna tener conto nella comunicazione, perché siamo stadiati a livelli diversi secondo i modelli organizzativi in cui ci troviamo:

- il livello del paziente-assistito è stato prodotto dal modello burocratico-istituzionale. La parola d'ordine se fossi un medico clinico - e non uno di sanità pubblica - sarebbe *compliance*;
- l'utente-cliente è la sfida di questi ultimi anni delle *Aziende Sanitarie*. L'utente paga le tasse, per cui bisogna rilevarne la soddisfazione e tenerne conto per cambiare i servizi sanitari. La logica del modello è “economico-aziendale”; la parola chiave è *concordance*: la grande differenza è sull'alleanza terapeutica e in questo caso, nelle relazioni, i clinici sono molto più avanti di chi si occupa di prevenzione, sia dal punto di vista teorico, sia nelle linee operative;
- la nuova sfida, quella attuale, è relativa al cittadino competente. In questo ambito l'Emilia-Romagna ci ha insegnato parecchio. Il modello che sta alle spalle è “responsabile-partecipativo”: la corresponsabilità (*accountability*) è centrale rispetto ai processi di gestione e di cambiamento. Questo significa che, in rapporto al classico modello della comunicazione il cittadino ha un ruolo attivo: è un interlocutore.

Chi sono i portatori di interesse? È un punto importante, perché come facciamo a misurare l'impatto della comunicazione se non sappiamo segmentare bene il target? Ho cercato di disegnare tre grandi categorie di portatori d'interesse:

1. il cittadino (ciascuno di noi);
2. il politico amministratore, che può decidere molto per la salute. A tal proposito, i Piani per la salute raccontano la difficoltà di coinvolgere i decisori locali;
3. gli opinion leader, come i dirigenti del volontariato, i giornalisti, ecc.

Questo cosa vuol dire? Ricordo il recente *Paracelsus Day* di Ferrara di Marco Ingrosso, dove parte importante della giornata di formazione è stata la riflessione sulla "health literacy", che significa "alfabetizzare alla salute": il cittadino non solo viene edotto dal buon educatore allo stile di vita sano, ma gli si danno anche strumenti, competenze e saperi culturali affinché, quando ha un bisogno di salute (es. un sintomo di malattia), sappia dove andare, a chi chiedere e, una volta arrivato, mettersi in relazione di "governance" (la terza parola dei modelli di responsabilità) con l'infermiere, con il medico e con l'organizzazione sanitaria. Questo vuol dire costruire un cittadino competente, arricchito, "empowerizzato".

Per quanto riguarda le strategie di comunicazione, bisogna considerare:

1. l'individuo come singolo;
2. gli operatori sanitari (guardo con gli occhi della sanità, settore da cui provengo);
3. le reti (gli individui fra loro fanno reti formali, informali, protocollate o di clima organizzativo e comunitario);
4. la comunità nel suo insieme, con le sue strutture organizzate (la scuola, l'ente locale, il volontariato, ecc.) e le reti informali (primarie, secondarie e sociologiche).

Questo consente di definire meglio con chi sto parlando quando faccio il promotore della salute. All'interno di questo schema si collocano le parole relative alla "comunicazione" e alla "promozione della salute". Ci sono termini della sanità, come "counselling", "sportello del CUP", "URP"; per l'organizzazione, c'è la "formazione", i "modelli organizzativi", la "comunicazione interna". Ad esempio, in Piemonte, ci sono tre belle esperienze (di cui due non più attive), in cui il Dipartimento di Prevenzione fa salute per sé, fa *workplace health promotion* per i propri operatori, perché se non ci prendiamo cura della nostra salute, come possiamo essere coerenti all'esterno? Le esperienze sono descritte in Prosa online nel sito di DORS. Quando la sanità si rivolge all'esterno, agli enti organizzati, ci sono: "l'ufficio stampa", "la conferenza dei servizi", "le politiche di concertazione", i "Piani per la salute", i "Piani di Zona" (in Piemonte dovrebbero forse partire i "Profili e Piani per la salute" sulla scia dei Piani per la salute dell'Emilia-Romagna). Dall'altra parte, se guardiamo al cittadino nelle sue reti formali e informali, allora si fanno l'educazione

sanitaria dentro la “prevenzione e promozione della salute”, il “marketing sociale” e le “campagne sui media”.

Questo mi porta a pensare che dovremmo fare più sistema tra chi si occupa di comunicazione nell'azienda, rispetto alla costruzione di coerenze e congruenze organizzative. A questo proposito Maggi ha scritto molto sulle congruenze organizzative, su come dobbiamo organizzare per processi, per problemi, per bisogni e per profilo di cura anche l'attività di comunicazione, perché si interseca con i profili assistenziali. Questo cosa vuol dire? Quando si vuole comunicare, di solito si vuole comunicare qualcosa di nuovo e quando si comunica qualcosa di nuovo, ci comportiamo tutti secondo una curva gaussiana: da un lato c'è chi si disinteressa totalmente di quello ciò che viene detto (resistenti); dall'altro c'è chi sta già attuando il comportamento che viene comunicato, si pensa di doverlo trattare bene perché impari, ma in realtà sarà lui ad insegnare (anticipatori). Questo crea una zona legata alla resistenza: è difficile cambiare dei comportamenti e valutare dei cambiamenti nei comportamenti.

Quale back-ground formativo abbiamo noi operatori della sanità rispetto alla comunicazione? Quanto investimento formativo e organizzativo diamo per creare una comunicazione congruente, che sia abilitante e rinforzante rispetto al cambiamento di comportamenti organizzativi? La stessa distribuzione gaussiana si osserva quando si introduce l'*evidence-based prevention* nel Dipartimento di Prevenzione: ci sarà lo “zoccolo duro” a cui non interessa (resistenti), mentre dall'altra parte ci sono gli anticipatori che smuovono le acque. È un modello di lettura delle dinamiche sociali, che propongo come stimolo/provocazione, per capire la promozione della salute e il marketing sociale.

La valutazione è difficile e complessa; è una sfida, su cui dobbiamo giocare, perché se valutiamo bene, progettiamo bene. Iniziano ad essere presenti delle evidenze. Porto a tal proposito quattro esempi:

1. Un articolo del 2004 di Snyder pubblicato su “Journal of Health Communication” descrive una meta-analisi su 48 campagne di comunicazione nell'arco di 20 anni. Sono campagne di qualità, sperimentali (trial) che hanno rilevato dei cambiamenti: si va da una modifica del 15% delle condotte dei destinatari per le cinture di sicurezza fino a scendere al 4% per i comportamenti sessuali. Quindi le campagne di comunicazione funzionano, danno risultati piccoli ma significativi e nel breve periodo, perché non sappiamo cosa accadrà dopo 6-12-18 mesi. I risultati sono più contenuti se si tratta di un comportamento di dipendenza (es. fumo). L'articolo riporta che promuovere un comportamento nuovo è molto più facile e, se nella campagna di comunicazione si abbinano rinforzi ambientali, organizzativi, di

cambiamento sociale, si arriva al 17% di cambiamento dei comportamenti. Se invece si tratta di evitare che un comportamento venga assunto (es. non fumare) o si vuole che esso cessi (es. smetti di fumare), ci sono dei cambiamenti, ma devo impegnare così tante risorse? La Luxottica, lavorando insieme al Dipartimento di Prevenzione, ha fatto un progetto di *workplace health promotion* in Piemonte: ha contattato il Dipartimento di Prevenzione perché voleva fare l'impianto di aerazione, in quanto c'erano troppi fumatori; attraverso una tecnica di narrazione di conflitto creativo, si è riusciti a decidere di spendere i soldi non per l'aerazione, ma per creare degli spazi dove il fumatore può fumare ed è tollerato. Allora, quando si dice che non ci sono risorse, è perché probabilmente non abbiamo occhi per esse.

2. Un recentissimo articolo di Noar pubblicato su "Journal of Health Communication" 2006 elenca i criteri di qualità delle campagne:

- Condurre una ricerca formativa prima di progettare, cioè fare l'istruttoria, vedere qual è il contesto, come altri hanno condotto campagne simili, dove hanno funzionato e dove hanno sbagliato; occorre fare un pre-test del messaggio. Quante campagne realizzano dei pre-test prima di essere stampate? Non lo so, in Piemonte poche.
- Utilizzare teorie che siano fondanti rispetto al cambiamento. La curva dell'innovazione è una, ma ce ne sono tantissime altre che bisogna esplicitare nelle campagne di comunicazione, altrimenti non funzionano.
- Effettuare una segmentazione in sottogruppi. Bisogna definire dove si va a lavorare e a produrre cambiamento: sugli stakeholders, sul cittadino finale?
- Progettare un messaggio mirato e stimolante il cambiamento. Il Dott. Massimo Marighella vi racconterà la questione del *novel and creative message*, ovvero del messaggio legato alla narrazione e alla creatività, ma non delle agenzie; si tratta di una narrazione creativa che si basa su quello che i focus group hanno rilevato nei destinatari finali e su cui viene costruita la campagna.
- Collocare i messaggi nei canali utilizzati e spenderli bene.
- Fare attenzione al processo e soprattutto all'esposizione al messaggio. Si possono progettare tanti messaggi, ma poi bisogna controllare che gli emittenti svolgano il processo in modo appropriato.

Il terzo esempio viene presentato dal Dott. Marighella.

Dott. Massimo Marighella

3. Si tratta di uno studio che abbiamo costruito e condotto su una cinquantina di poster di campagne contro il fumo e le malattie cardiovascolari. Le basi teoriche sono uno studio semiotico condotto all'Università di Torino sulla pubblicità commerciale; in modo analogo abbiamo preso strumenti e metodi e li abbiamo applicati a queste campagne. I padri teorici sono Greimas e Propp, l'attuatore è stato Guido Ferraro. Si tratta sostanzialmente di analizzare e classificare le storie che poster, manifesti, testi e messaggi raccontano.

Porto quattro esempi per capire come è stata attuata la classificazione.

- a. Il primo è un tipo di "pubblicità", di comunicazione semplice basata su un nesso causale molto forte: "se fumi bruci insieme alla sigaretta"; l'analogo commerciale può essere quello del detersivo: "se vieni con un fustino te ne do due", oppure "con questo detersivo la macchia va via, con l'altro no"; c'è una elementare e quasi datata tipologia comunicazione commerciale.
- b. Nel secondo siamo di fronte a un universo di valori condivisi, che nella pubblicità commerciale può essere la famiglia, la naturalità, la tradizione e il destinatario si deve collocare in qualche modo in esso. In questo caso, analogamente, il contenuto del messaggio sulla salute "chi fuma non è un gallo, è un pollo" propone al destinatario di porsi – o meglio di non porsi - all'interno di un universo di valori.
- c. Il terzo assomiglia alla comunicazione commerciale dell'automobile, del profumo, del gioiello; in pratica viene richiesto al soggetto di distinguersi, di essere esclusivo, di differenziarsi sempre da un universo di valori. Si entra in una pubblicità molto più moderna dal punto di vista commerciale; sostanzialmente in questo tipo di pubblicità quando iniziano gli spot non riusciamo a comprendere di quale prodotto si parla, lo si capisce soltanto alla fine quando salta fuori, ad esempio, l'automobile. Questo esempio mostra – nella comunicazione sociale purtroppo è molto raro – un'iniziativa di tipo personale per cambiare il comportamento, per essere diverso da quello che sono. Quindi nel campo degli stili di vita e dei comportamenti, questa dovrebbe forse essere la comunicazione più efficace.
- d. L'ultimo è il seguente: viene sempre richiesto al soggetto di prendere un'iniziativa, ma di farlo in relazione alla comunità o a qualcun altro. È un'iniziativa che non ha un tornaconto personale, bensì rispetto alla comunità di cui faccio parte. È abbastanza raro trovare questa tipologia dal punto di vista commerciale, si incontra quando si vedono ad esempio diversi personaggi che ripetono nello stesso contesto slogan diversi: c'era un

tempo una pubblicità della birra dove alcuni personaggi davano motivazioni differenti per bere il prodotto.

Queste quattro tipologie di comunicazione sono collocabili in uno schema, in cui, da una parte si pone il modello di tipo oggettivo (primo e secondo esempio), dove si entra in relazione con un universo di valori predefinito; dall'altra parte vi è in un contesto più soggettivo. Analizzando la comunicazione sociale abbiamo tratto almeno la conclusione che, quando progettiamo una campagna/messaggio/comunicazione, possiamo collocarci all'interno di questo schema a seconda di quello che vogliamo comunicare.

Dott. Claudio Tortone:

Il terzo esempio non ha nulla a che fare con la valutazione d'impatto ma è un tentativo di applicare un criterio di qualità di una campagna efficace su dei messaggi usando la tecnica narrativa della semiologia. Si tratta di una possibile teoria di riferimento; l'importante è esplicitare all'interno di quale teoria ci collochiamo.

4. L'ultimo esempio è il seguente: fortemente raccomandata è la comunicazione interpersonale; anche la *Community Guide* sostiene che bisogna formare al counselling motivazionale gli operatori delle ASL. A tal proposito ricordo il Piano Nazionale Vaccini, rispetto al quale per la promozione di un'adesione consapevole alla vaccinazione c'è ancora molto lavoro da fare.

Promozione della salute quindi è il "complesso delle azioni", perché se pensiamo alla comunicazione sugli stili di vita solo come campagna sprechiamo soldi; la campagna deve essere abbinata ad altre azioni, come ad esempio il distributore di frutta e verdura nelle scuole, l'intervento educativo dell'insegnante in classe, l'apertura delle piste ciclabili da parte dell'assessore, per cui i bambini vanno in bicicletta. L'insieme di tutte queste azioni - che sono come i Piani per la salute - è fare promozione della salute.

Questo ci porta a dire che arricchiamo la nostra comunità, diamo creatività e spazio su linee rigorose, metodologiche di progettazione e valutazione di ciò che realizziamo.

Quali sono quindi i messaggi e i valori finali?

Mi è piaciuto molto l'intervento del Ministro Turco a Catania, dove ha sostenuto che bisogna ricostruire fiducia con i concittadini nelle organizzazioni e nell'erogazione dei servizi.

I messaggi e i valori finali sono:

- congruenza e coerenza dei messaggi ai vari livelli e congruenze organizzative, perché se non c'è formazione, continuiamo a parlare di comunicazione, ma poi rischiamo di non essere capaci di comunicare. Bisogna prima imparare e poi dare spazio alla creatività, fondata sul

rigore metodologico, che non vuol dire rigore epidemiologico, perché quest'ultimo ha il modello bio-medico alle spalle, mentre in promozione della salute lavoriamo con modelli socio-ecologici;

- partecipazione e responsabilità, (*accountability*).

Quali sono le possibili piste di lavoro?

- Mettere in rete competenze e esperienze. Riflettete sulla vostra area di lavoro e pensate: chi si occupa dell'URP, chi dello Sportello, chi fa il counselling ...? Vediamo se possiamo conoscerci, parlarci, creare fiducia, ragionare sui profili e sui problemi di salute senza monopolizzare con le discipline.
- Costruire significati e orizzonti condivisi.
- Studiare ciò che ha funzionato e perché. Bisogna leggere e studiare perché nel mondo si realizzano tante attività; è importante documentare le esperienze per farle circolare in laboratori di pensiero.
- Sperimentare strategie singole (quindi, ad esempio, se ci sono evidenze di efficacia sul counselling, svolgiamolo), ma proviamo a fare anche strategie multi-livello, per mettere insieme le attività che realizziamo.
- Documentare e confrontarsi.

Questo è il punto di vista e l'esperienza di DORS dopo otto anni di lavoro con gli operatori. Tutto questo ha a che fare con il *capacity building*. Il programma "Guadagnare salute" è bellissimo, ma non ha cuore per due motivi: non dà opportunità formative agli operatori della sanità per imparare a svolgere quelle attività che si dovrebbero realizzare (fare promozione della salute non è un mestiere che si inventa, ci vogliono competenze); mi sembra fondamentale che noi operatori della sanità facciamo promozione della salute nel nostro luogo di lavoro, perché se non abbiamo spazio per noi, come possiamo darlo agli altri?

Concludo con questa bellissima frase di Oliver Sachs "Se da grandi ci abituassimo a maggiori coccole nei rapporti interumani, sicuramente svilupperemmo molto meno malattie sia organiche sia psichiche". Consiglio di leggere il libro di Enzo Soresi "Il cervello anarchico", perché nella neuro-psico-endocrinologia sono molto più avanti di noi come promotori della salute.

La presentazione, la documentazione e i link che abbiamo utilizzato sono disponibili sul sito www.dors.it