

# **LA VALUTAZIONE DELLA COMUNICAZIONE IN SANITA'**

---

**COMPA 2006**

**Bologna, 8 novembre 2006**

**Carla Collicelli, Fondazione Censis**

# Salute e comunicazione

## ✓ **Passato**

**Conflitto**

**Silenzio**

**Inflazione**

## ✓ **Priorità dell'oggi**

**Riequilibrio (media e  
produzione)**

**Autoregolazione**

# **Gli ambiti della comunicazione in sanità**

- ✓ **Comunicazione di massa**
- ✓ **Comunicazione sistemica**
- ✓ **Comunicazione interpersonale**

# **Comunicazione e salute secondo l'OMS**

- ✓ **Educazione alla salute**
- ✓ **Azioni preventive (screening, check up, vaccini)**
- ✓ **Lavoro di comunità**
- ✓ **Sviluppo organizzativo**
- ✓ **Politiche pubbliche sane**
- ✓ **Salute ambientale**
- ✓ **Attività economiche regolatorie**

# Obiettivi operativi

- 1. Legittimazione di intervento: conoscenza dei bisogni**
- 2. Efficacia di intervento: marketing conoscitivo**
- 3. Equilibrio economico: costi/benefici**

# Il caso Sanità: una spinta dal basso

✓ **Demassificazione**

✓ **Empowerement**

✓ **Atteggiamento proattivo**



**Stili di vita**

**Comunicazione**

# Una spinta “di mezzo”: l’informazione sanitaria

- ✓ Medico di medicina generale (66%)
- ✓ Familiari, amici (22%)
- ✓ Farmacista (8%)
- ✓ Rai/TV (43%)
- ✓ Pubblicazioni, riviste specializzate (11%)
- ✓ Quotidiani con inserti salute (35%)
- ✓ Internet (13%)

# **Le spinte dall'alto: il ruolo delle istituzioni**

- ✓ **1994 Declaration on the promotion of patient's rights in Europe (OMS)**
- ✓ **Le Carte dei Cittadini**
- ✓ **I Tribunali dei diritti del malato**
- ✓ **L'Unione Europea: sostenibilità, accesso, qualità**
- ✓ **Gli Uffici Relazione con il Pubblico**



# Rendimento e risposte dei sistemi: le valutazioni dell'OMS

---

Rendimento globale\*

---

Livello risposta\*\*

---

1	Francia	1	U s a
2	Italia	2	S vizzera
3	San Marino	3	Lussemburgo
4	Andorra	4	Danimarca
5	Malta	5	Germania
6	Singapore	6	Giappone
7	Spagna	7	Norvegia
8	Oman	8	Canada
9	Austria	9	Olanda
10	Giappone	10	Svezia
11	Norvegia	11	Cipro
12	Portogallo	12	Australia
13	Monaco	12	Austria
37	U s a	22	Italia

---

\* Riunisce l'insieme degli indicatori utilizzati dall'O m s

\*\*Indice rivolto a sondare la capacità del sistema di rispondere alle aspettative dei cittadini secondo: a) il rispetto delle persone; b) l'orientamento al paziente

Fonte: Organizzazione mondiale della sanità (O m s) 2000

# Gli obiettivi europei

**1. Accessibilità**

**2. Miglioramento della qualità**

**3. Viabilità finanziaria**

# I recenti Piani Sanitari Nazionali

- ✓ **Comunicazione istituzionale del Ministero della Salute**
- ✓ **Banche dati comunicanti con le Regioni**
- ✓ **Comunicazione interattiva e ascolto**
- ✓ **Monitoraggio della qualità dell'informazione sulla salute e la sanità**

# **Le priorità per la sanità: il matching con le strategie**

- ✓ **Diffondere messaggi positivi**
- ✓ **Puntare alle patologie dimenticate**
- ✓ **Porre al centro le esigenze sociosanitarie**
- ✓ **Potenziare le reti di collegamento interistituzionale e di eccellenza**
- ✓ **Coinvolgere e formare gli operatori**

# **Il caso recente degli stili di vita**

- ✓ **Ridurre i grassi**
- ✓ **Aumentare i vegetali**
- ✓ **Contenere l'alcool**
- ✓ **Controllare i prodotti alimentari industriali**
- ✓ **Fare attività fisica**
- ✓ **Non fumare**

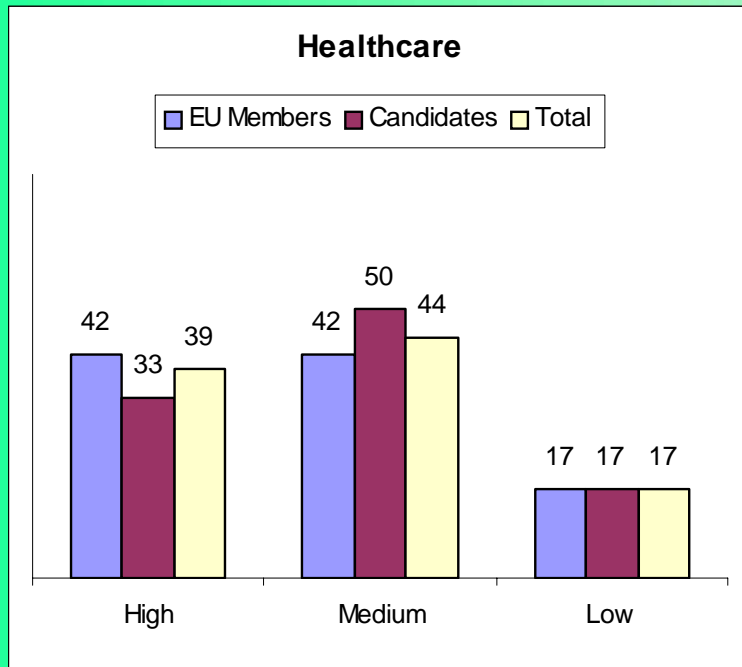
# Comunicazione e salute in Europa

Conferenza 3-4 settembre 2003 Milano – Semestre italiano

## Indagine sui paesi membri e candidati

Priority levels given to different health policy actions according to the interviewed Countries

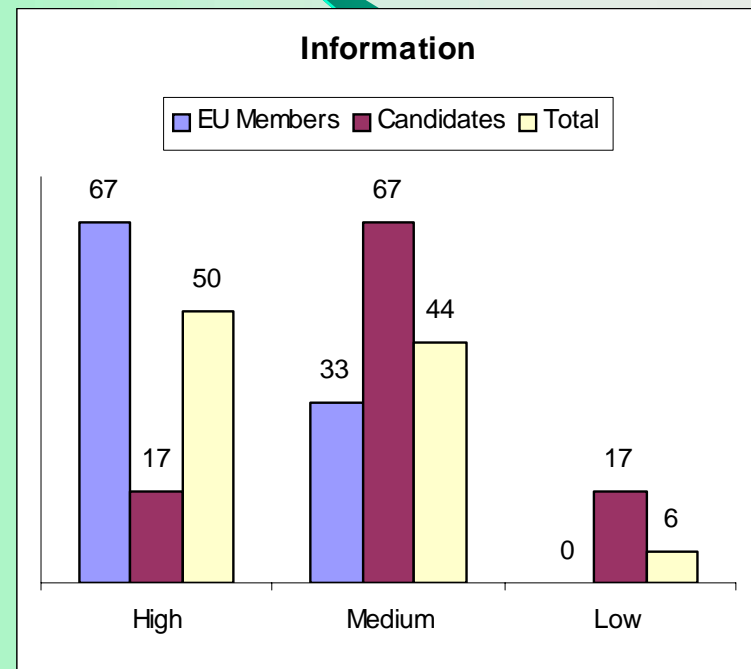
(%rates for each column out of the total number of Countries)



**High:** A, D, DK, EL, P, mt, tr

**Medium:** E, IRL, FIN, NL, UK, cy, si, sk

**Low:** B, lv, S\*\*

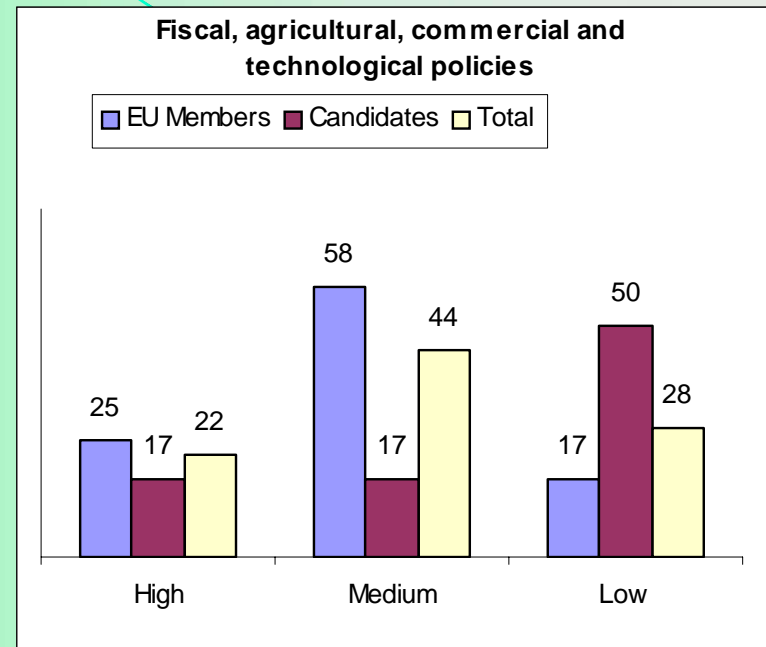
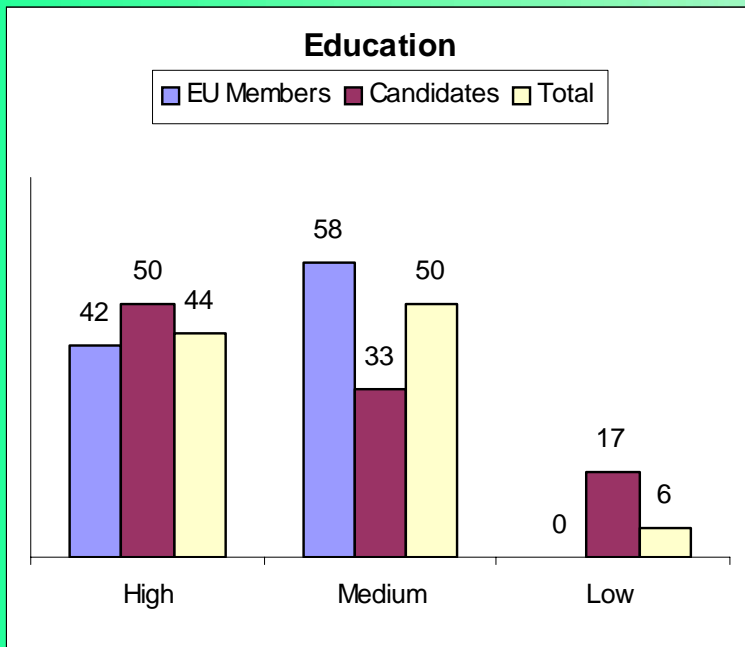


**High:** B, D, DK, IRL, FIN, NL, S\*\*, UK, sl

**Medium:** A, E, EL, P, cy, mt, lv, tr

**Low:** sk

**Priority levels given to different health policy actions according to the interviewed Countries**  
 (%rates for each column out of the total number of Countries)



**High:** A, B, DK, IRL, S, mt, si, sk

**Medium:** D, E, EL, FIN, P, NL, UK, cy, lv

**Low:** tr

**High:** DK, FIN, S, si

**Medium:** A, D, E, EL, IRL, NL, P, cy, sk

**Low:** B, P, mt, lv, tr

# Valutare l'impatto della comunicazione

Caratteristiche dei programmi	Fattori necessari per condurre studi di evidenza
Attenzione agli outcome a breve termine, intermedi e a lungo termine	Includere, accanto agli studi sugli outcomes a lungo termine, studi che focalizzino gli outcome a breve termine ed intermedi
Attenzione ai processi	Valutazione sui miglioramenti ottenuti e sui processi
Attenzione alle popolazioni e alle comunità	Misure di outcome per la popolazione e le comunità e criteri metodologici di qualità appropriati
Privilegiare la combinazione di strategie più che singoli interventi	Procedure complesse di metanalisi
Molte discipline e settori coinvolti	Esperti di varie discipline
Porre attenzione ai determinanti di salute e alle interrelazioni sociali, economiche e ambientali	Individuazione dei determinanti di salute, e loro categorizzazione in fase di analisi e report
Coinvolgere le varie componenti della comunità nella fase di individuazioni degli interventi e nei processi di valutazione	Ampia partecipazione alle azioni come criterio appropriato per il raggiungimento degli obiettivi.
Utilizzo di approcci qualitativi e quantitativi	Studi qualitativi e quantitativi e protocolli per la qualità
Attenzione ai valori di promozione della salute (salute per tutti, giustizia sociale, divisione dei ruoli rispetto e sensibilità per l'ecologia, miglioramento delle condizioni economiche dell'individuo e della comunità)	Valori come criteri di sintesi, di analisi e di contenuto per il reporting.
Raccordo con processi politici e sociali, per favorire la costruzione di politiche pubbliche di salute e le strategie di difesa	Le condizioni per il successo sia sociale che politico delle campagne di promozione della salute deve essere previsto nella fase di analisi e nei rapporti che devono essere prodotti. Gli ambiti sociali nei quali gli studi sono stati condotti e le relative evidenze ottenute devono essere descritti .

Fonte: Canadian Consortium for Health Promotion Research, 2001



# L'oggetto della misurazione

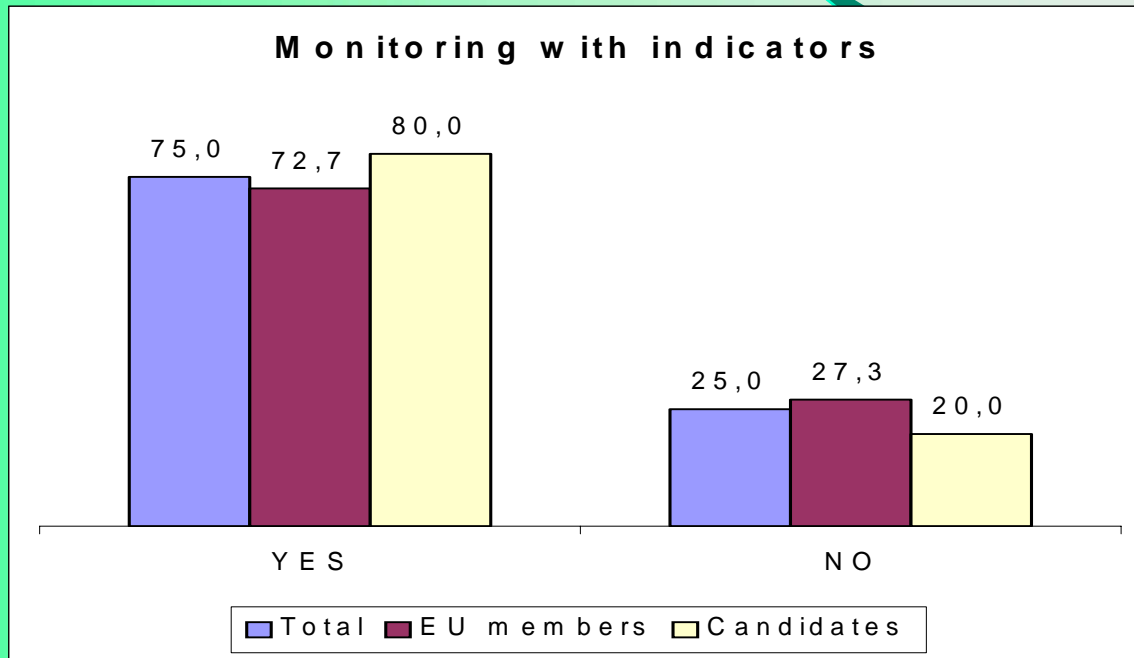
- ✓ **Impatto**
- ✓ **Risultato**
- ✓ **Copertura**
- ✓ **Efficienza**
- ✓ **Processo**
- ✓ **Dimensione etica**



- ✓ **Prospettico**
- ✓ **Retrospettivo**
- ✓ **Contemporaneo**

# Comunicazione e salute in Europa

*Conferenza 3-4 settembre 2003 Milano – Semestre italiano  
Indagine sui paesi membri e candidati*



**Use:** B, DK, FIN, B, lv, NL, S, si, sk, tu  
**Don't use:** A, D, (E), (EL), (cy), mt

# I programmi di valutazione

**UE**  
**Health Monitoring Community Programme**

**CDC – USA**  
**Center for Disease Control and Prevention**

# La valutazione “pratica”

- ✓ **Cosa abbiamo fatto per promuovere stili di vita corretti?**
- ✓ **Quanto è stato fatto (aspetti quantitativi)?**
- ✓ **Come è stato fatto (aspetti qualitativi)?**
- ✓ **Quale è stata l'efficacia della comunicazione?**

**(M.Q. Patton, Utilization–Focused Evaluation, the New Century Text, 1997)**

# **Le campagne 2002-2005 del Ministero della Salute**

## **Obiettivi Comunicativi**

- ✓ Corretto stile alimentare**
- ✓ Attività fisica**
- ✓ Prevenire il fumo nei giovani**
- ✓ I rischi del fumo passivo**

# **L'analisi di impatto condotta dal Censis**

- 1. La cultura degli stili di vita a livello nazionale e locale**
- 2. Impatto quanti-qualitativo a livello nazionale**
- 3. Impatto qualitativo territoriale: 10 distretti socio-sanitari**
- 4. Qualità percepita attraverso focus-group**
- 5. Qualità intrinseca attraverso la content analysis**

# Gli stili di vita

- ✓ **Adesione ampia all'opzione salutista**
- ✓ **Responsabilizzazione individuale**
- ✓ **Comportamenti a rischio (50% e più bevitori abituali; fumatori in discesa dal 27,7% del 2003 al 24,7% del 2006)**
- ✓ **Eclettismo “fai da te”**

# Impatto nazionale

- ✓ **Ricordo (80% fumo, 60% alimentazione)**
- ✓ **Utilità (78%)**
- ✓ **Canale (66% Rai, 31% Mediaset, Mtv, La7)**
- ✓ **Meccanismo di “onda” (clima negativo)**
- ✓ **Modificazione dei comportamenti (6-7% fumo, 2-23% alimentazione e moto)**



# Impatto locale

- ✓ **Cura del corpo (Verona, Città di Milano, Asl 14 Piemonte)**
- ✓ **Prodotti tipici (Spoleto, Bolzano)**
- ✓ **Il “fuori casa” (Roma, Milano, Napoli)**
- ✓ **Regimi spuri (Verbania, Olbia, Brindisi)**
- ✓ **Rischio Alcol (Bolzano, Verona, Roma)**
- ✓ **Rischio Fumo (Verona, Napoli, Roma, Bolzano)**

# La qualità percepita

**Adulti**



**\* spot tradizionali**

**Giovani**



**\* essenzialità**

**Alimentazione**



**\* aspetti relazionali ed edonistici**

**Fumo**



**\* provocazione e crudezza**

**\* come smettere**

# Qualità intrinseca

+

**Equilibrio**

**Varietà**

**Comprensibilità**

**Emotività**

-

**Relazionalità**

**Boomerang ansiogeno**

# Bidirezionalità e ascolto

■ Numeri verdi



**Bioterrorismo**

**BSE**

**SARS**

**Farmaci**

■ URP

■ Sito Internet

# Per un Piano di Comunicazione della Salute

- ✓ **Studiare le esigenze di informazione e comunicazione dei cittadini e degli operatori (ascolto: URP, call center, portale)**
- ✓ **Valutare ed interpretare la domanda di salute (orientamento della ricerca e delle strategie)**
- ✓ **Mettere a fuoco le lacune nella cultura della salute (prevenzione)**
- ✓ **Coinvolgere tutti gli stakeholders (valorizzazione delle risorse)**
- ✓ **Creare un Osservatorio della qualità dei servizi (contesto, processo e risultato)**

# Osservatorio permanente

- ✓ **Ruolo del centro in una fase di federalismo**
- ✓ **La tutela del diritto alla salute (Costituzione, P.S.N.)**
- ✓ **Coordinamento orizzontale e verticale**
- ✓ **Comunicazione sistemica (Cause Related Marketing)**
- ✓ **Banca dati**
- ✓ **Monitoraggio di comportamenti, domanda, comunicazione, impatto**