

MICHAËLA LIUCCIO

## Divulgazioni Chiare e Aggiornate sulla Prevenzione e la Terapia delle più ricorrenti Insorgenze Patologiche verso le Età più Elevate

La sanità contemporanea si trova difronte ad un duplice scenario: da un lato il progressivo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle attese di vita, il crescere delle malattie croniche e la conseguente richiesta di cure a domicilio; dall'altro un ruolo sempre più attivo dei cittadini-pazienti, o comunque dei consumatori di prodotti e servizi destinati alla salute e alla prevenzione.

Negli ultimi decenni i Paesi industrializzati hanno assistito al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, che ne ha aumentato la dipendenza dall'apparato sanitario, considerato soprattutto il carattere cronico o invalidante della morbilità senile. Va considerato, inoltre, che si assiste spesso anche al fenomeno della multi-cronicità: il paziente è affetto da più patologie croniche contemporaneamente, fenomeno che si associa alla poli-terapia, ovvero all'aumento delle terapie farmacologiche prescritte. Tutto questo comporta per il paziente: riduzione della qualità della vita, declino funzionale e aumento dell'impiego di risorse sanitarie e, quindi, maggiori costi a carico del SSN. Per tutte queste ragioni vanno potenziate le cure territoriali e domiciliari integrate, delegando all'assistenza ospedaliera solo la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie.

A tal fine è necessario anche il coinvolgimento attivo del paziente, ovvero quel che comunemente si definisce il processo di *empowerment* del paziente che comporta un giustificato aumento delle richieste di informazioni e della partecipazione dei pazienti alla gestione attiva (e interattiva) della propria condizione di salute, l'affermazione del diritto e della capacità di decidere su sé stessi e la propria vita, e, inevitabilmente, l'aumento delle responsabilità a proprio carico. Oggi il paziente è piuttosto stretto in quei panni del *sick role* che Parson descriveva ("Il Sistema sociale", 1981), e il suo compito non è più quello di aderire ad un percorso terapeutico strutturato dal medico, quanto quello (più complesso) di comprendere al meglio la propria patologia, accrescere la propria consapevolezza e la propria capacità di negoziazione con il personale sanitario e con le strutture preposte alla cura. Quella che viviamo è l'epoca della *patient choice*, del *patient involvement* e del *patient co-producer of health*. Oggi il paziente è persona e non solo malattia, secondo uno schema che prevede che venga inquadrato anzitutto nella propria cornice socio-culturale e di *living condition*.

Nell'ambito del processo di *empowerment* del cittadino-paziente la mediazione dei mezzi di informazione e comunicazione ha un potere non trascurabile. I raggi d'azione del rapporto media, salute e sanità si aprono in un caleidoscopio di possibili strategie con relativi effetti e strumenti: dall' educazione sanitaria, che punta soprattutto sulle comunicazioni istituzionali rivolte alla totalità del pubblico, alla divulgazione sanitaria basata su messaggi, che, caratterizzati da un certo livello di specializzazione, si rivolgono ad un pubblico più ristretto; dall'informazione medico-sanitaria, fatta di notizie legate a temi medico sanitari presentati in spazi mediali, non esplicitamente dedicati alla salute, come notiziari e pagine di cronaca (si pensi ai casi recenti di ebola, malasanità, malaria o vaccini), alla comunicazione indiretta sui temi della salute e della cura, categoria in cui ricadono tutti quei casi, dalla fiction alla pubblicità commerciale, nei quali conoscenze o istituzioni sanitarie sono usati a fini narrativi. Gli spazi della comunicazione sulla salute e la sanità sono eterogenei: cartellonistica, spot, riviste, supplementi settimanali,

programmi televisivi, internet. In particolare oggi meritano una particolare attenzione due spazi mediatici relativamente nuovi e sempre più forti tali: la *e-health* e la *mobile health*.

È evidente che il viaggio del cittadino e del paziente contemporaneo chiamato a responsabilizzarsi per la propria condizione di salute è sempre più un “*information journey*”. Quel che è importante è cogliere fino in fondo la complessità del percorso e ricostruire gli snodi cruciali dei processi di ricerca di informazioni e quindi di “*mediazione*”. È altresì fondamentale identificare gli *influentials*, cioè i mediatori nei diversi passaggi, cogliendo gli eventuali gap informativi con cui il cittadino e paziente si confronta nei diversi momenti del proprio percorso. Così come risulta essenziale approfondire i bisogni, i *driver* (anche emozionali) che caratterizzano i momenti chiave di decisione e di scelta. I recenti dati (Istat, Censis, Eurisko) continuano ad evidenziare come riferimento centrale il medico, sia generico che specialista; ma i media hanno ruoli sempre più rilevanti, sebbene continuino a mantenere uno spazio importante i farmacisti, come presidio territoriale del Servizio sanitario nazionale.

E' tuttavia necessario evidenziare che l'accesso alle informazioni va poi ri-mediatizzato con la capacità critica dei singoli e con la specifica *health literacy*. La *health literacy* indica “le abilità cognitive e sociali che motivano gli individui e li rendono capaci di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni in modo da promuovere e preservare la propria salute.” Ciò implica il raggiungimento di un livello di conoscenze, di capacità individuali e di fiducia in sé stessi tali da spingere gli individui ad agire per migliorare la propria salute e quella della collettività, modificando lo stile e le condizioni di vita personali. *Health literacy* non significa solo essere in grado di leggere opuscoli e prendere appuntamenti, ma una strategia di *empowerment* che può migliorare la capacità degli individui di accedere alle informazioni e di utilizzarle in modo efficace” (WHO, 1998).

È evidente che la comunicazione sociale e la corretta informazione potrebbero fare molto per costruire la *health literacy* dei cittadini, migliorando così salute e sanità. Uno strumento immediato sono i programmi mirati a singoli fattori (interventi mono-fattoriali), come ad esempio le campagne di sensibilizzazione per migliorare alcuni stili di vita o comportamenti considerati a rischio. Oggi si è riconosciuto che le campagne di salute pubblica devono prestare la giusta attenzione anche al contesto sociale ed ambientale degli individui, intervenendo su quei fattori che impediscono la possibilità di mettere in campo comportamenti corretti e non rischiosi per la propria salute. Del resto, già a partire dalla Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (WHO, 1986) è aumentata la consapevolezza rispetto alle disuguaglianze nello stato di salute tra differenti gruppi sociali e alla limitatezza di una visione in grado di focalizzarsi solo sulle responsabilità individuali dei comportamenti poco salutari o rischiosi, tralasciando il peso degli ambienti psicosociali e fisici di appartenenza, della comunità e della cultura.

I cambiamenti nell'ambito della salute e dei comportamenti sanitari sono dunque un percorso complesso e di difficile prevedibilità e interpretazione. Certamente vanno considerate numerose variabili che comprendono un approccio interdisciplinare, utilizzando messaggi che possono essere orientati alla sensibilizzazione, all'informazione e alla persuasione. E sono soprattutto i così detti “giovani/anziani” della fascia di età dei 65-74 anni coloro rappresentano oggi quella fetta di popolazione su cui sarebbe utile intervenire con programmi di prevenzione primaria e secondaria. In questo modo, infatti, si potrebbe raggiungere l'obiettivo primario di un più limitato ricorso ad interventi di assistenza socio-sanitaria, e quindi anche l'obiettivo secondario di un notevole risparmio economico complessivo.