

antropologia medica

Aspetti relazionali, antropologici e comunicativi nel rapporto
assistenziale

Quando ci si riferisce alla comunicazione in ambito sanitario, si sta parlando di almeno due tipologie di comunicazione.

- La prima, **definita comunicazione sanitaria**, si riferisce all'attività di **comunicazione delle aziende** sanitarie verso la collettività, ed è incentrata principalmente sui servizi, sulle prestazioni
- La **seconda è la comunicazione per la salute**, i cui ambiti d'intervento riguardano tutti **i fattori che influiscono sulla salute – i cosiddetti “determinanti di salute”** – e che possono essere distinti in **ambientali, sociali, economici, relativi agli stili di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol ecc.)** e all'accesso ai servizi...

Ogni intervento di promozione della salute deve **anche tener conto**

della conoscenza delle diseguaglianze sociali, **in particolare nell'accesso ai servizi** e all'informazione stessa,

allo scopo di individuare correttamente e **raggiungere al meglio i gruppi di popolazione più a rischio**

Nel trattare delle condizioni di salute di cittadini marginali i riferimenti teorico-normativi fanno spesso riferimento a concetto di

“Equità in Salute” (come riportato nel documento del Comitato Nazionale di Bioetica del 2001), prospettiva, questa, **rivolta all’analisi dei fattori strutturali che determinano il fenomeno delle Diseguaglianze in salute.**

PERÒ

Fra le diverse **riflessione chiave** per affrontare il tema delle diseguaglianze in salute **è necessario soffermarsi sul fatto che gli individui socialmente vulnerabili sono anche e soprattutto soggetti al**

fenomeno delle diseguaglianze nell’assistenza sanitaria... spesso derivante da **impedimenti bio-psico-sociali**, da problemi **logistici** e da **barriere linguistico-culturali.**



A partire da ciò emerge con forza **la necessità di rendere maggiormente effettivo l'approccio biomedico sul piano dell'alleanza terapeutica fra professionista socio-sanitario e paziente** e della corretta profilassi di cura in relazione a soggetti caratterizzati da vulnerabilità sociale.

- **IN SENSO GENERALE LA CUMUNICAZIONE professionista socio-sanitario / PAZIENTE,**
ha di per se acquisito una certa importanza da quando si è iniziato a
studiarla empiricamente intorno alla fine degli anni '90 negli Stati Uniti.

Anni 90

Sono iniziate **ricerche che analizzavano il modo in cui il comportamento del professionista socio-sanitario influenza la raccolta delle informazioni e l'andamento della relazione con il paziente, osservando: (1) i tempi dedicati alla visita, e, (2) la misurazione dei risultati in termini di soddisfazione.**



Ne è emerso che una comunicazione efficace riduce l'insoddisfazione del paziente; e che in genere il professionista socio-sanitario dedica al paziente 13 minuti rendendolo insoddisfatto, indipendentemente dall'esito diagnostico e terapeutico... contro i 18 minuti in grado di aumentare la soddisfazione del paziente.

Infatti, dal 1984 al 2012 due medici di Detroit (Frankel e Bekman) hanno dimostrato che nella maggior parte delle **consultazioni il paziente non poteva terminare la presentazione dei problemi e che a partire dalle interruzioni il professionista socio-sanitario guidava l'intervista diagnostica e al paziente non era più consentito sottoporre ulteriori preoccupazioni**. E considerando che i pazienti avevano più di una preoccupazione, interrompendoli alla comparsa del primo elemento **non venivano più formulate preoccupazioni utili per formulare una corretta ipotesi diagnostica**.

Questo è un punto a favore del Nord America perché gli studi dimostrano che:

- **l'eccesso di analisi e di esami per ragioni difensive aumentano in questi casi e aumentano di conseguenza i rischi per il paziente**
- **aumentano i costi per il sistema sanitario o per gli enti previdenziali**
- **aumenta l'insoddisfazione e le denunce a carico del professionista socio-sanitario .**

**... la situazione si complica quando si tratta della comunicazione professionista-paziente coinvolgente
soggetti marginali**

- Infatti dal **2002 l'importanza delle differenze sociali nel rapporto professionista socio-sanitario/paziente è stata spesso oggetto di ricerche.**

Ciò considerando che già a partire dal 1980 con la pubblicazione del Bleck Report (Dipartimento della sanità del Regno Unito) è inizia una considerevole ondata d ricerche.

- Urge una riflessione sostanziale

Sul peso della vulnerabilità e del gradiente sociale all'interno del processo di comunicazione fra professionista socio-sanitario/paziente

- **UNO STUDIO (Evelyn Verlinde 2012) HA INDIVIDUATO DIVERSE PUBBLICAZIONI RIGUARDANTI LE VARIABILI NELLA COMUNICAZIONE PS-S/P IN RELAZIONE ALLA CLASSE SOCIALE;** è stata attuata un'analisi iniziale che ha coinvolto MEDLINE; PsycINFO; Web of Science (a partire dal 1970 fino a oggi). Nelle stringhe di ricerca sono stati utilizzati i seguenti termini chiave: (relazione professionista/ paziente) e (fattori socio-economici e classe sociale).
- **Su 129 articoli presi in considerazione solo 20 sono risultati rilevanti per l'analisi.** Gli altri **99** sono stati esclusi perché **non prendevano in considerazione il gradiente sociale** quanto più fattori quali il genere, l'etnia e le fasce d'età per analizzare le differenze che intercorrono nella relazione professionista/ paziente.... **Mentre l'intento precipuo era quello di rilevare fattori quali il reddito, l'istruzione, l'occupazione lavorativa.**

Dallo stato dell'arte in merito alle implicazioni del gradiente sociale nella comunicazione PS-S/p si possono osservare i seguenti dati prevalenti.

- **Dal lato della comunicazione del professionista S-S:**

risulta che

richieste di partecipazione da parte dei professionisti unitamente alle comunicazioni più dettagliate e alle informazioni più complete vengono rivolte a soggetti di fasce socio-economiche elevate, rispetto ai loro omologhi di status socio-economico svantaggiato.

In più è molto sottoutilizzata la sensibilizzazione preventiva rispetto alle fasce marginali.

Dal lato della comunicazione del paziente: si è evidenziata una predisposizione a porre domande, alla partecipazione e all'adozione di un comportamento assertivo da parte di soggetti appartenenti a status socio-economico elevato.

INVECE i pazienti appartenenti a status socio-econ svantaggiati

- (1) **ricevano un minore coinvolgimento nelle decisioni terapeutiche e una minore quantità di informazioni diagnostiche e trattamentali e,**
- (2) **cosa molto rilevante non ricevono informazioni riguardanti le azioni di prevenzione come lo screenig ;**
- (3) **per converso ricevono maggiori attenzioni per quel che concerne l'esame fisico.**
- (4) **Questi è privilegiato uno stile comunicativo che fa riferimento al registro paternalistico tradizionale... fattore che spiega la minor predisposizione dei professionisti socio-sanitari nel fornire spiegazioni della diagnosi e del trattamento....**
- (5) **In accordo a ciò i soggetti appartenenti a status socio economico svantaggiato sono più soggetti a una comunicazione che aderisce prettamente al modello esplicativo biomedico nonostante il minor livello di alfabetizzazione medica, mentre gli altri sono più soggetti a ricevere una comunicazione che aderisca al modello bio-psico-sociale....**

- **PERCHÈ**

Questa differenza può essere DETERMINATA dal fatto che:

1. spesso fra le fasce fragili **il livello emergenziale e di acutizzazione delle patologie, il cui tasso d'incidenza riguarda frequentemente le malattie croniche in stati acuti, diviene il fattore principale** da trattare in campo sanitario, determinando scelte di comunicazione che **tralasciano la dimensione della *compliance*, per rivolgersi all'emergenza.**
2. Inoltre, i soggetti più vulnerabili e marginali vivono in **minor misura la percezione del controllo personale** sulle condizioni di salute, percependo la malattia come un fattore esterno **e indipendente dai propri comportamenti (fatalista, casuale)**. Ciò potrebbe spiegare i bassi livelli di partecipazione e la **preferenza di uno stile più direttivo.**

Infatti, va aggiunto... i livelli d'insoddisfazione vengono percepiti maggiormente da chi appartiene ad uno status elevato... e quindi la scelta comunicativa è più completa in questi casi perché il professionista è consapevole di poter essere più facilmente sottoposto a un giudizio negativo... **ciò si traduce in una diseguaglianza nell'assistenza sanitaria causata da rapporti di forza.**

conseguenze che questo comporta... ALCUNI ESEMPI

- Più nello specifico è stato analizzato **l'impatto del gradiente sociale nella comunicazione** professionista socio-sanitario/ paziente in merito a **specifiche patologie o a specifici trattamenti,**

per esempio riguardanti la scelta di sottoporsi a interventi di **chirurgia ricostruttiva del seno**. Dai dati rilevati, le donne con un livello socio-economico elevato e una situazione lavorativa stabile erano più propense a sottoporsi a questo tipo d'intervento. In questi **casi la comunicazione risultava completa e l'indirizzamento a tali pratiche più curato** mentre per pazienti marginali essendo meno significativa la comunicazione risultavano prevalere barriere connesse a fattori **cognitivo-valoriali** che riguardavano il pregiudizio e il timore dell'intervento.... **Ciò anche alla luce della riflessione di Donatella Cozzi che definisce i concetti di salute e malattia in relazione alla funzionalità sociale dell'individuo (es. Bastogi).**

E ancora, in uno studio svolto dal **Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università del Sacro Cuore** è stato valutato **l'impatto della diseguaglianza socio-economica nella diffusione dello screening gratuito per la prevenzione del cancro al seno e al collo dell'utero in Italia.**

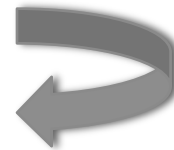
- Dallo studio è risultato che nonostante tali patologie ricoprono elevate percentuali di **mortalità e morbilità in Italia.... lo scarso livello d'istruzione e lo STATUS professionale** sono associati al sottoutilizzo dello screening.
- Ciò non solo a causa delle **barriere socio-culturali** delle donne,
- ma anche grazie alla **scarsa attenzione che pongono i professionisti rispetto alla sensibilizzazione** di donne appartenenti alle fasce disagiate della popolazione.
- Un tale fenomeno è sicuramente spiegabile a partire dal fatto che spesso fra le fasce fragili **il livello emergenziale e di acutizzazione delle patologie diviene il fattore principale da trattare in campo sanitario**, tanto da dover **escludere l'azione preventiva.**



Ma questo non può tradursi nella presenza di una **percentuale così differenziale fra lo screening di donne appartenenti a uno status socio economico differente.** Inoltre fra le fasce socio-economiche svantaggiate

- **RISULTATI**

- I professionisti non devono sottovalutare le attitudini comunicative e devono incoraggiare i pazienti a discutere delle loro preoccupazioni.
- I pazienti devono prendere coscienza del potere che posseggono nel controllo della comunicazione... perché le differenze di trattamento derivano proprio da questo... infatti come dimostrano gli studi le classi sociali più vulnerabili esercitano meno controllo nella relazione professionista e paziente



È dimostrato quanto l'aumento della partecipazione del paziente consenta risultati migliori misurabili clinicamente.

• **RISULTATI**

La comunicazione, da sola, può:

- **aumentare la conoscenza e la consapevolezza su un argomento o un problema di salute e la sua soluzione**
- **influenzare le percezioni, le credenze e gli atteggiamenti che possono a loro volta cambiare norme sociali**
- **favorire l'azione**
- **illustrare comportamenti salutari**
- **rafforzare le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti**
- **mostrare i benefici che si possono ottenere da un cambiamento nei comportamenti**
- **sostenere un argomento o un intervento di salute**
- **aumentare la domanda di servizi di salute, ma anche il supporto a essi**
- **sfatare miti e luoghi comuni**
- **rafforzare i rapporti tra organizzazioni.**