

## 5

# La comunicazione della salute

di *Massimiano Bucchi*

La lettura di un articolo sul giornale in cui si illustrano le nuove scoperte sul colesterolo, la prescrizione impartita dal medico di famiglia, il racconto fatto a un conoscente di un intervento chirurgico subito, il consiglio di un parente su quale rimedio adottare contro un disturbo intestinale, le istruzioni contenute nella scatola di un medicinale. Che cosa hanno in comune questi comportamenti o situazioni apparentemente così differenti tra loro? Il fatto che si tratta di forme di comunicazione della salute. Se oggi il concetto di salute - nelle sue varie articolazioni - è sempre più centrale per la nostra società, altrettanto vero è che la comunicazione assume un ruolo sempre più centrale in ambito sanitario.

### 5.1

#### Comunicare la salute

Sin dalla fine del XIX secolo, la diffusione di alcune particolari malattie - prevalentemente di tipo infettivo - è stata tematizzata come problema sociale e fatta oggetto di numerose campagne di controllo, igiene e vaccinazione condotte sulla popolazione dei centri urbani e delle aree rurali. Gradualmente, tuttavia, un ruolo crescente nelle strategie di prevenzione è stato riconosciuto alle campagne di informazione volte a migliorare il livello di consapevolezza dei cittadini. Al controllo diretto dei comportamenti sanitari che caratterizzava il precedente approccio si è affiancato un modello di *influenza indiretta* che prevede di stimolare l'assunzione di responsabilità da parte dei singoli individui e dei relativi nuclei familiari. Parallelamente, si è esteso lo spettro delle malattie e dei problemi sanitari ritenuti di interesse sociale, arrivando man mano a comprendere fenomeni quali l'alcolismo, la dipendenza da stupefacenti, il fumo e persino, in tempi più recenti, l'alimentazione.

Risalgono all'inizio di questo secolo le prime campagne informative volte ad esempio a scoraggiare il consumo di bevande alcoliche oppure a segnalare i pericoli di contagio da tubercolosi e le relative precauzioni

da adottare per prevenirla. Queste campagne utilizzavano come principale mezzo di comunicazione la cartellonistica: grandi manifesti illustrati appesi per strada o nei principali luoghi di ritrovo pubblico<sup>1</sup>. Si tratta di una forma di comunicazione che, almeno inizialmente, ha numerosi tratti in comune con la propaganda politica - dal carattere normativo/prescrittivo all'adozione degli stessi stili grafici - propaganda politica che non a caso in questo stesso periodo si sviluppa in modo altrettanto rapido sulla spinta del primo conflitto mondiale e dell'emergere dei grandi regimi totalitari.

Con lo sviluppo di nuove tecnologie per la comunicazione a grande distanza rivolta alla generalità del pubblico, la diffusione dell'informazione ha assunto un ruolo sempre più centrale nell'ambito delle strategie di prevenzione sanitaria. Oggi la comunicazione sulla salute si sviluppa in una serie di spazi mediali estremamente eterogenei per contenuti e modalità espressive: dalla cartellonistica che è ancora fortemente impiegata per le grandi campagne sanitarie, alle numerose riviste dedicate ai temi della salute, ai supplementi settimanali *Salute* offerti ormai da quasi tutte le testate quotidiane, fino ai programmi televisivi in cui si parla di medicina, alimentazione e benessere psicofisico.

La quantità e l'eterogeneità di queste pratiche comunicative non può tuttavia essere spiegata solo sulla base dello sviluppo delle tecnologie per la comunicazione mediale ma si inserisce in un quadro più generale di trasformazione delle rappresentazioni sociali della salute e malattia e degli atteggiamenti e comportamenti che vi sono collegati.

In primo luogo, non è più solo un soggetto centrale - quale ad esempio l'amministrazione statale - ad erogare interventi comunicativi tesi a modificare il comportamento di una popolazione caratterizzata in modo prevalentemente passivo, ma si moltiplicano le fonti e gli operatori impegnati in questo senso. Si pensi ad esempio alle varie associazioni sorte per la prevenzione e la lotta nei confronti di particolari malattie come i tumori o l'AIDS, per le quali l'opera di sensibilizzazione è uno strumento fondamentale di promozione della propria visibilità pubblica e quindi di raccolta delle risorse finanziarie necessarie a sostenere le stesse attività.

Inoltre solo una parte di queste pratiche comunicative si configura come in passato in senso prevalentemente etico-normativo (per cui la malattia era sintomo di disordine sociale e andava come tale rimossa); l'informazione veicolata dai media viene più esclusivamente intesa dai suoi fruitori come strumento di tutela e protezione di soggetti che altrimenti

1. Cfr. ad esempio Schmidt (1995), Bucchi (1998b).

cadrebbero inevitabilmente in comportamenti a rischio (cfr. cap. 6). È importante infatti tenere presente come a concezioni di salute prevalentemente incentrate sulla terapia e sulla farmacologia - la medicina come vera e propria *difesa militare* dall'assalto dei microbi - emblematica da questo punto di vista la metafora del farmaco come *pallottola* utilizzata per illustrare le proprietà del *Salvarsan*, farmaco impiegato contro una delle malattie socialmente connotate per eccellenza, la sifilide - si siano gradualmente sostituite, soprattutto entro gli strati sociali più elevati, rappresentazioni basate su concetti di salute come condizione generale di benessere psicofisico.

Non più unicamente connotata in senso negativo come assenza di malattia, dunque, ma anche e soprattutto in senso positivo, come stato di efficienza e soddisfazione anche estetica per il proprio corpo. Uno stato che non deve esclusivamente essere difeso attraverso la medicina una volta attaccato dal male, ma può essere preservato e perfino incrementato per mezzo di opportuni accorgimenti nell'ambito della propria alimentazione o attraverso la motricità. La crescente frequentazione di palestre, centri di benessere e anti-invecchiamento è uno dei segnali più visibili di tale trasformazione<sup>2</sup>.

In questo nuovo panorama, la disponibilità di informazione da parte del cittadino assume un valore maggiore e allo stesso tempo qualitativamente differente. A un'informazione a carattere istituzionale, mirata principalmente al controllo e al disciplinamento del paziente, rivolta in modo sostanzialmente indiscriminato alla generalità della popolazione, si affianca e in certi casi subentra una pluralità di soggetti e di generi comunicativi a cui pubblici diversi accedono secondo modalità differenti sulla base dei rispettivi gradi di interesse e istruzione. Questo accesso all'informazione è ciò che garantisce al paziente la possibilità di partecipare in modo attivo e consapevole alla gestione della propria salute. Una necessità che è stata più volte ribadita anche in sede legislativa e giurisdizionale introducendo principi quali quello del *consenso informato* che viene ormai inteso come una prerogativa di tutti i soggetti, inclusi i minorenni, e che prescrive l'impossibilità di sottoporre un paziente a qualunque terapia o intervento chirurgico senza che questi sia stato informato delle relative modalità, conseguenze ed eventuali rischi<sup>3</sup>. D'altra parte, questa tendenza alla consapevolezza

<sup>2</sup> Cfr. ad esempio CENSIS (1989), Ferrerà, Zincone (1986).

<sup>3</sup> In Italia il concetto di consenso informato è presente nel Codice di deontologia medica (art. 40) ed è esplicitamente riconosciuto a livello legislativo per specifici interventi quali la trasfusione di sangue (legge n. 107 del 1990 e successivo decreto di attuazione, ministero della Sanità, 15 gennaio 1991).

e all'autonomia trova corrispondenza con i vincoli sempre più pressanti di natura economica ed organizzativa che la maggioranza dei sistemi sanitari si è trovata a fronteggiare negli ultimi anni, con una conseguente incentivazione diretta e indiretta dei comportamenti di autocura e automedicazione.

È facile a questo punto comprendere il carattere di centralità assunto dalla comunicazione relativa ai temi sanitari. E' attorno a questa centralità infatti che ruota la possibilità da parte del soggetto di scegliere tra un numero crescente di opzioni terapeutiche (si pensi alle medicine alternative e naturali, a tecniche quali l'agopuntura) e di veri e propri stili di cura della salute e, in definitiva, di accedere e gestire le varie immagini e concezioni di salute che si rendono di volta in volta disponibili (cfr. cap. 4).

## 5.2

### La salute nei mass media

Se l'espressione *comunicazione della salute* comprende una serie di pratiche comunicative estremamente differenziate, altrettanto può dirsi della presenza della salute nei mezzi di comunicazione di massa. Nel tentativo di mettere un po' di ordine in questo articolato panorama, rielaborerò una distinzione proposta originariamente da Peters (1994) per la comunicazione pubblica della scienza.

*a) Educazione sanitaria.* Si tratta di comunicazioni in linea di massima

rivolte alla totalità del pubblico, in cui i contenuti medico-scientifici passano decisamente in secondo piano rispetto ad obiettivi di carattere prescrittivo (cioè volti a incentivare l'adozione di certi comportamenti o a disincentivarne altri), condotte in forma intensiva entro uno spazio temporale definito (per cui, con interessante analogia militare, si parla di *campagne* informative). È, come accennato, il tipo più antico e tradizionale di utilizzo dei media per la comunicazione della salute, e vi ricorrono soprattutto organismi istituzionali impegnati nella tutela della salute. Dati gli obiettivi comunicativi, vengono utilizzati prevalentemente spazi a larga diffusione quali la cartellonistica, gli spot televisivi e le inserzioni su quotidiani e riviste a grande tiratura. Esempi di questo tipo di comunicazione sono le campagne condotte negli ultimi anni contro il fumo o per la lotta all'AIDS.

*b) Divulgazione sanitaria.* Possono essere qui comprese una serie di pratiche comunicative che si distinguono dal precedente gruppo per l'assenza di un preciso orientamento alla prescrizione ma che nondimeno

esprimono un deciso carattere di linearità, apoditticità e assenza di posizioni divergenti. Il tipico intervento di questo tipo prevede il parere (in forma implicita o di esplicito consiglio) da parte di un medico o di uno studioso. Vi possono essere esposte nuove tecniche terapeutiche o impartite indicazioni per l'autocura. Si tratta di messaggi non di rado caratterizzati da una certa specializzazione e complessità, che come tali si rivolgono ad un pubblico più ristretto e già interessato ai temi sanitari, inseriti in contesti medialti specificamente dedicati alla salute quali i supplementi settimanali pubblicati da alcuni quotidiani.

*c) Informazione medico-sanitaria.* Sono le notizie legate a temi medico-sanitari presentate in spazi medialti non esplicitamente dedicati alla salute: notiziari televisivi o radiofonici, pagine di cronaca dei quotidiani. Rispetto al tipo precedente, l'interesse per il contenuto tecnico della comunicazione passa decisamente in secondo piano. Dato il *frame* generico in cui la notizia si colloca, le caratteristiche di brevità e potenziale interesse per un pubblico vasto divengono fondamentali. Si possono annunciare risultati della ricerca medica particolarmente eclatanti (come la scoperta che il colesterolo non fa male), nuovi pericoli per la salute (il virus Ebola) ma non di rado il rapporto della notizia con un tema medico-sanitario è prevalentemente indiretto (l'uomo che vende un rene perché disoccupato, la donna sessantenne che diviene madre). Da un punto di vista storico e sociologico, tuttavia, si tratta di manifestazioni comunicative particolarmente interessanti, poiché è proprio in questi contesti generici che emergono con più chiarezza le concezioni implicite di scienza e di salute, i confini e i rapporti tra scienza e religione o scienza e società nel suo complesso a cui i soggetti fanno riferimento. In alcuni casi, infatti, a questo livello possono manifestarsi situazioni di forte conflittualità tra esperti e non esperti o all'interno della stessa comunità di specialisti. In tempi recenti ne abbiamo avuto significativi esempi con i casi della mucca pazza, del pollo alla diossina e di altre emergenze nel campo della salute pubblica.

*d) Comunicazione indiretta sui temi della salute e della cura.* Se si procede per gradi decrescenti di normatività e linearità si arriva infine a considerare quel tipo di comunicazioni che non hanno obbiettivi informativi né sono specificatamente dedicate alle tematiche sanitarie. Si tratta tuttavia di comunicazioni che contribuiscono in modo significativo a dar forma alle concezioni, rappresentazioni e stereotipi su cui poi si sviluppa il dibattito pubblico sui temi della salute. In questa categoria ricadono infatti tutti quei casi, dalla fiction alla pubblicità commerciale, in cui conoscenze, scenari o istituzioni sanitarie sono usati a fini narrativo-

retorici. Un buon esempio è dato dalla fiction cinematografica e televisiva o da alcune pubblicità commerciali in cui compaiono medici od ospedali o addirittura il nucleo tematico è proprio costituito dall'attività sanitaria o dalla lotta a una malattia (si pensi ai numerosi film sull'AIDS o alla recente serie di telefilm *E.R.* prodotta negli Stati Uniti). In Italia, dopo la sciagura di Seveso (1976) non furono tanto i mezzi di informazione a sollecitare l'interesse e il dibattito pubblico quanto un romanzo, *Una lepre con la faccia da bambina* di Laura Conti, uno dei più grandi successi dell'editoria italiana, da cui venne tratto successivamente anche un film per la televisione (Conti, 1978). A metà anni novanta, il tema dell'origine ereditaria del cancro al seno e l'opportunità di mastectomie a scopo preventivo divenne particolarmente saliente nei media inglesi, nonostante la bassa incidenza in termini di casi, anche grazie al suo trattamento in una popolare soap opera di ambientazione ospedaliera, *Peak Practice* (Henderson, Kitzinger, 1999) (cfr. cap. 6).

### 5.3

#### I limiti degli approcci tradizionali

Tutto ciò dovrebbe essere sufficiente a mettere in discussione un modello della comunicazione mediale della salute come percorso unidirezionale e rettilineo dalla comunità dei ricercatori a un pubblico vasto e passivo in cui giornalisti e operatori dei media fungono semplicemente da intermediari o traduttori. Oltre alla molteplicità di pratiche comunicative di cui si deve dar conto, infatti, occorre tenere presente che un numero crescente di spazi mediali si configurano come veri e propri terreni di interazione e negoziazione tra pubblico ed esperti. Si pensi semplicemente alla forza con cui l'omeopatia o le altre medicine alternative sono emerse proprio al livello della comunicazione pubblica nonostante l'indifferenza e l'ostilità incontrate a livello specialistico. O, in misura meno eclatante, alle varie rubriche di lettere su temi sanitari in cui è il pubblico a sottoporre all'attenzione degli specialisti le problematiche che lo riguardano più da vicino.

Il ruolo dei media nei processi di comunicazione della salute, dunque, non può essere ridotto a quello di un semplice canale di trasmissione. A il livello mediale, infatti, l'informazione sanitaria non si sottrae alle dinamiche che sono proprie di ciascun medium e del *newsmaking* in genere, cioè di quei meccanismi operativi che regolano la routine del lavoro giornalistico. Ad esempio, soprattutto entro il tipo della *divulgazione sanitaria*, una notizia potrà essere selezionata dalla redazione di un quotidiano o di un notiziario televisivo non per la sua rilevanza intrinseca dal punto di vista medico-sanitario, ma per la facilità di reperirla, per certi caratteri di visibilità - la malattia di un personaggio famoso, come è accaduto

più volte nel caso dell'AIDS o più recentemente per il morbo di Parkinson quando l'attore americano Michael J. Fox ha dichiarato pubblicamente di esserne colpito - o per il fatto che si lega ad altri temi trattati nei media in un dato periodo. Ogni estate, all'inizio delle vacanze, i quotidiani e i notiziari televisivi parlano sempre dei tumori della pelle e dei pericoli rappresentati dall'esposizione ai raggi solari. In inverno, con altrettanta regolarità, le rubriche sanitarie dei vari mezzi di informazione si occupano delle fratture e degli altri incidenti tipici degli sciatori.

Questi aspetti non sono a loro volta privi di influenza sugli stessi ricercatori né tantomeno sui medici. Varie ricerche hanno mostrato come l'informazione medico-sanitaria nei mass media serva agli stessi specialisti per avere un panorama generale di quanto accade nell'intera disciplina a prescindere dal loro specifico settore di specializzazione. Ad esempio, gli articoli apparsi su una delle più prestigiose riviste mediche specializzate, il "New England Journal of Medicine" hanno una probabilità tre volte maggiore di venire citati dai ricercatori biomedici se compare una breve menzione del loro contenuto in un quotidiano a larga diffusione come il "New York Times" (Phillips, 1991).

Determinati temi possono ricevere un'attenzione prioritaria da parte della ricerca e degli organismi che la finanziano proprio sulla base della maggiore visibilità pubblica di un certo argomento: si pensi ai massicci investimenti fatti sin dall'inizio nel campo della ricerca sull'AIDS. Infine, a un livello ancora più profondo, è anche nei mezzi di informazione e nella relativa discussione pubblica che prende forma la rappresentazione di una malattia. Il concetto di sifilide o quello di AIDS che i patologi impiegano oggi non possono prescindere dalle trasformazioni che questi concetti hanno attraversato passando attraverso differenti livelli e pratiche comunicative e in particolare dall'intersezione che su questi temi è avvenuta tra conoscenza *esperta* e conoscenza *popolare* (Fleck, 1979; Epstein, 1995,1996; Bucchi, 2000).

In uno straordinario libro scritto nel 1935 e solo recentemente riscoperto come un pionieristico classico di sociologia della conoscenza medico-scientifica, il medico polacco Ludwik Fleck ripercorre il tortuoso processo che portò a definire l'individualità clinica della sifilide da un'oscura idea popolare di *sangue sifilitico* fino all'introduzione della reazione Wassermann. Questa definizione, caratterizzata da notevole provvisorietà e intessuta di dubbi e cautele metodologiche a livello specialistico - le prime applicazioni del test di Wassermann davano sui soggetti ammalati solo un 15-20% di risultati positivi<sup>4</sup> - si trasformò ben

4. Il test cioè rivelava la malattia solo nel 15-20% di soggetti affetti da sifilide conclamata.

presto a livello popolare in una certezza incontrovertibile. Fleck utilizza questo esempio per riflettere sul percorso che una nozione medico-scientifica compie passando da quella che egli chiama cerchia esoterica (cioè l'ambito specialistico) a quella essoterica (il grande pubblico). Fleck confronta ad esempio il responso di un esame clinico redatto da uno specialista per un altro specialista e quello invece fornito a un medico generico. Già a questo punto del percorso comunicativo, il responso si presenta «tutto ripulito e sistemato e [...] non corrisponde affatto al sapere specialistico. È intuitivo, semplificato e apodittico» (Fleck, 1979, trad. it. 1983, pp. 196-7).

L'esposizione specialistica - la *scienza delle riviste* — è caratterizzata da provvisorietà e incertezza. Quando una teoria fa il suo ingresso nella manualistica, perde almeno in parte questi caratteri e si presenta al lettore come consensualmente condivisa dalla comunità medico-scientifica: in altre parole, diviene un "fatto". Un passo ulteriore avviene nell'esposizione che è caratteristica della scienza popolare; qui «il "fatto" si è già fatto carne: esso diviene una cosa immediatamente percepibile, diviene la realtà» (ivi, p. 212). A livello popolare, scompaiono dubbi o attenuazioni: le articolazioni e le sfumature del sapere specialistico si condensano in formule elementari e compatte: l'AIDS è l'HIV, la psicoanalisi studia i "complessi", la teoria neurologica che ipotizza una suddivisione dei compiti tra i due emisferi cerebrali si trasforma in una netta contrapposizione tra persone "destre" e persone "sinistre". Il percorso comunicativo dalla scienza specialistica a quella popolare può insomma essere descritto come una sorta di imbuto che si restringe progressivamente, lungo il quale il sapere perde sottigliezze e sfumature riducendosi a pochi elementi cui vengono attribuite certezza e incontrovertibilità. Fleck mette in evidenza come questa progressiva solidificazione del sapere eserciti poi un'influenza sugli stessi specialisti: «La certezza, la semplicità, l'intuitività nascono solo nel sapere popolare, e lo specialista trae la propria fede in esse [...] proprio da questo tipo di sapere. [Il sapere popolare] in forza della sua semplificazione, della sua intuitività e della sua apoditticità appare certo, armonioso, compatto» (ivi, pp. 196-8).

Un ulteriore esempio servirà a capire quali complesse e reciproche interazioni possano stabilirsi tra i diversi livelli comunicativi e come il percorso di una nozione medica attraverso questi livelli non possa essere descritto come la semplice traslazione di un oggetto da un contesto comunicativo a un altro. Ogni passaggio - è questo uno dei messaggi centrali del libro di Fleck - comporta infatti una trasformazione della nozione stessa.

L'esempio è quello dell'anemia falciforme, una particolare forma di anemia causata da una deficienza genetica di emoglobina che fa sì che le cellule affette assumano una forma irregolare. Colpisce solo le persone

di colore (negli Stati Uniti ne è affetto un bambino nero su cinquanta) ed è trasmessa per via ereditaria. La malattia fu diagnosticata per la prima volta dal fisico James Herrick a Chicago. Nel 1949 Pauling dimostrò che l'emoglobina falciforme aveva una struttura molecolare differente da quella normale; nel 1957 furono definite le differenze tra le due molecole e nel 1966 Maruyama presentò un modello completo della malattia. Nei libri di testo e nei libri universitari di medicina, tuttavia, non vi fu alcun riferimento fino alla metà degli anni settanta, quando l'anemia falciforme guadagnò gradualmente l'attenzione del pubblico. Dopo una serie di documentari televisivi sulla malattia, furono organizzate delle sottoscrizioni in favore degli ammalati e l'anemia fu perfino menzionata dal presidente Nixon in un discorso alla nazione sui temi sanitari (febbraio 1971). Nel 1972, i fondi di ricerca per studiare questa specie di anemia passarono da un milione a dieci milioni di dollari e furono organizzati massicci controlli sulla popolazione. Questa ampia risonanza pubblica portò ad includere la malattia come tema di una certa rilevanza anche nella manualistica medica (Bucchi, 2000).

Ciò che inficia ulteriormente la validità dei modelli tradizionali di trasmissione dell'informazione sanitaria è una concezione ingenuamente semplificata e ottimistica degli stessi effetti della comunicazione mediale.

L'idea infatti che a una comunicazione seguano immediati effetti di tipo cognitivo (cioè di mutamento di opinioni e atteggiamenti) o addirittura di tipo comportamentale è stata infatti abbandonata dai *media studies* fin dal secondo dopoguerra, quando vennero sviluppate le prime critiche alla cosiddetta *teoria ipodermica* per cui «i mass media venivano considerati come un nuovo tipo di forza unificatrice - una sorta di sistema nervoso semplice che si estende a toccare ogni occhio e ogni orecchio in una società caratterizzata da scarsità di relazioni interpersonali e da un'organizzazione sociale amorfa» (Katz, Lazarsfeld, 1955, p. 4).

A questo modello gli studiosi dei media hanno sostituito teorie più sofisticate degli effetti della comunicazione di massa in cui si sono man mano sottolineati la crescente diversificazione dei pubblici mediali (per cui la stessa comunicazione viene percepita e utilizzata in modi differenti e viene ad accentuare una situazione di diseguaglianza informativa più che a livellarla<sup>5</sup>), l'interazione tra diverse fonti informative e il valore

5. È questo uno dei modelli dominanti emergenti dallo studio della comunicazione mediale di argomento sanitario, il cosiddetto *knowledge gap* (dislivello informativo). Soggetti di elevato livello di istruzione tendono ad avere una maggiore disponibilità di conoscenza e una maggiore capacità di aggiungere nuova informazione a questa conoscenza (Tichenor *et al.*, 1970). Per un'applicazione cfr. Yows *et al.* (1991).

della comunicazione mediale in termini di *agenda-setting* più che di determinismo: l'informazione nei media ha una forte capacità di strutturare e gerarchizzare *l'ordine del giorno* della comunicazione pubblica, molto meno forte è la sua capacità di orientare i soggetti a una certa posizione nei confronti dei singoli temi che compongono questo ordine del giorno (McCombs, Shaw, 1972).

Per fare un esempio nel settore che qui più ci interessa, le campagne anti-Aids hanno senz'altro contribuito a definire la malattia come uno dei principali temi di dibattito e preoccupazione sociale. È molto meno certo, invece, che i contenuti e gli ammonimenti delle stesse campagne siano stati interiorizzati o addirittura seguiti dai loro destinatari potenziali.

Studi condotti sulla popolazione giovanile italiana, ad esempio, hanno messo ripetutamente in evidenza la permanenza di vasti settori di disinformazione e di vere e proprie convinzioni erronee relative alle caratteristiche e modalità di diffusione di alcune patologie così come definite dalle attuali conoscenze mediche<sup>6</sup>. La comunicazione sanitaria è senz'altro un'area della comunicazione mediale che richiama una particolare attenzione, da parte degli studiosi, sui vari contesti di interazione entro i quali l'informazione proveniente dai media viene contestualizzata e rielaborata. In primo luogo l'interazione tra medico e paziente, che per molti soggetti (gli anziani e in particolare le donne) resta uno degli ambiti privilegiati a cui ricondurre l'informazione (non di rado contraddittoria) appresa dalle varie fonti<sup>7</sup>. Poi il contesto familiare, che è spesso il primo livello di riorganizzazione dell'informazione e della sua gestione in senso decisionale oltre che una sede di vera e propria cura per le patologie meno gravi (Vinay, 1987; Backett, 1992; cfr. cap. 6).

È sulla base di simili considerazioni che alcuni hanno suggerito di mirare, attraverso gli interventi di informazione preventiva, non tanto a fornire direttamente istruzioni o raccomandazioni, quanto a sollecitare l'attivazione di meccanismi di comunicazione interpersonale ben più efficaci e duraturi ai fini della prevenzione (Brown, 1991). La visione tradizionale e unidirezionale dei processi di comunicazione della salute appare tutta da ripensare anche in relazione a due profonde trasformazioni che stiamo vivendo e che hanno inevitabili ripercussioni sul piano della comunicazione della salute.

La prima è di carattere tecnologico. La diffusione di nuovi media quali il computer e l'uso della rete e della posta elettronica che vi sono collegati non offrono solo nuovi canali all'informazione sanitaria: la

6. Cfr. ad esempio Buzzi (1994); Biacchi (1995).

7. Cfr. ad esempio Pettegrew, Logan (1987).

possibilità offerta in certi paesi di acquistare on-line medicinali altrimenti non disponibili, la nascita di gruppi di discussione tematica su particolari malattie (quali il Parkinson o l'Alzheimer), la costituzione di comunità virtuali e al tempo stesso informali caratterizzate da *memberships* transazionali e trasversali a vari gruppi sociali - lo specialista vi dialoga con il paziente, il familiare, il volontario - configurano nuove forme di comunicazione e partecipazione pubblica in ambito sanitario.

La seconda trasformazione, a questa indubbiamente collegata, ha carattere più marcatamente politico-culturale. Soprattutto a partire dagli anni ottanta, infatti, si è assistito a una domanda di partecipazione sempre più marcata da parte dei non esperti agli stessi processi di definizione e scelta terapeutica. Il caso delle terapie anti-AIDS negli Stati Uniti, vicende quali il caso Di Bella in Italia sono solo alcuni degli esempi più macroscopici di questa nuova tendenza all'intersezione tra sapere esperto e istanze dell'opinione pubblica e della crescente sensibilizzazione del pubblico nei confronti dei temi della salute e della cura (Epstein, 1995,1996; Bucchi, 19983; cfr. cap. 1).

L'emergenza di temi in cui gli aspetti medici si presentano inestricabilmente connessi con questioni etiche, politiche e religiose - come nel caso delle biotecnologie e più in specifico di temi quali la clonazione, la procreazione assistita, la possibilità di trapiantare sull'uomo organi provenienti da animali - non fa naturalmente che sottolineare questa tendenza, offrendo quotidianamente all'agenda pubblica argomenti di discussione (cfr. cap. 7).

#### 5.4

##### L'efficacia dell'informazione sanitaria

Negli anni settanta, in alcune località italiane, furono condotte massicce campagne di informazione per prevenire la diffusione della talassemia o anemia mediterranea. Si tratta di una malattia ereditaria in cui i portatori sani di ciascun sesso corrono il rischio di procreare un figlio ammalato se si accoppiano con un altro portatore sano. I portatori sani, maschi e femmine tra i 15 e i 45 anni, furono quindi convocati in ciascuna località per assistere a lezioni e ricevere opuscoli informativi. Il risultato fu un deciso aumento dei casi di anemia mediterranea: nel corso di questi incontri, si erano incontrati e fidanzati tra loro numerosi portatori sani. La comunicazione c'era stata, ma non nel senso che le istituzioni sanitarie intendevano.

Simili episodi, uniti alle considerazioni sopra accennate, hanno indotto numerosi studiosi e operatori a esprimere riserve sull'efficacia delle campagne sociali in ambito sanitario. Tale efficacia è in ogni caso

difficile da rilevare, poiché, anche a patto di poter mettere in evidenza variazioni significative nei comportamenti (ad esempio, una maggiore disponibilità degli adolescenti ad acquistare e utilizzare profilattici nei rapporti sessuali), non è chiaro come si possa isolare il contributo dato a tali variazioni dalle campagne informative rispetto alla miriade di fonti e di stimoli in cui i soggetti sono immersi nei vari contesti che attraversano: famiglia, scuola, gruppo dei pari, mass media. Inoltre, la misurazione dell'efficacia delle campagne è nella maggioranza dei casi condotta sulla base delle dichiarazioni degli stessi soggetti, i quali su argomenti quali l'AIDS possono essere portati a dare risposte non completamente sincere ma socialmente più "accettabili".

L'ampia letteratura sul tema consente tuttavia di individuare una serie di fattori suscettibili di contribuire a una campagna di informazione in ambito sanitario.

a) *Capacità della campagna di agire sulla percezione del tema da parte del pubblico.* È importante progettare l'intervento comunicativo sulla base di una conoscenza accurata delle percezioni e delle motivazioni pregresse con cui il pubblico destinatario della campagna si avvicina al tema e degli elementi che possono ostacolare l'adozione di determinati comportamenti. Ad esempio, tra i motivi validi per non fumare tra gli adolescenti americani vi è al primo posto l'alito cattivo, mentre il tumore ai polmoni è all'ultimo posto.

b) *Capacità di favorire l'identificazione.* Se la campagna presenta situazioni verosimili che il soggetto ha la probabilità di incontrare nel corso della sua esperienza - quale può essere nel caso dell'AIDS la circostanza di trovarsi in una situazione di intimità sprovvisti di profilattico - questi sarà probabilmente più portato a trarre da solo le conclusioni necessarie.

c) *Utilizzo di comunicatori credibili.* Quello di *credibilità* è naturalmente un concetto relativo: un medico o uno scienziato particolarmente noti possono risultare troppo autoritari, distanti e quindi poco credibili a un pubblico adolescenziale; questa considerazione ha portato a impiegare sempre più frequentemente personaggi familiari al mondo giovanile quali cantanti o addirittura (è il caso di una campagna contro la droga di alcuni anni fa) il protagonista di una serie a fumetti.

d) *Anticipazione e capacità di controbattere possibili argomentazioni contrarie.* Questo può aiutare il soggetto a resistere a eventuali messaggi contrastanti e all'eventuale pressione in senso contrario dei gruppi sociali di riferimento (Venturi, 2000).

## 5.5

La comunicazione medico-paziente<sup>8</sup>

In un episodio del film *Caro Diario*, il regista Nanni Moretti racconta la sua esperienza di malato. Colpito da un forte prurito agli arti, Moretti aveva consultato senza successo numerosi specialisti e perfino un terapeuta cinese specialista in agopuntura. Su consiglio di quest'ultimo, si era sottoposto a un esame ai polmoni che aveva rivelato una forma tumorale benigna, il linfoma di Hodgkin. Dopo la diagnosi, Moretti aveva consultato un'enciclopedia medica molto diffusa: il primo sintomo indicato come caratteristico del linfoma di Hodgkin era proprio il prurito. Mostrando alla telecamera la collezione di farmaci inutilmente prescrittigli prima della diagnosi corretta, Moretti conclude l'episodio affermando di aver imparato che "i medici sanno parlare, ma non sanno ascoltare".

Se il ruolo dei mass media nella comunicazione della salute si è ampliato nettamente nel corso degli ultimi decenni, anche il livello della comunicazione tra medico e paziente - elemento imprescindibile dei percorsi di cura - si è trasformato e ridefinito nel tempo. Il tema generale del rapporto tra esperto medico e paziente è stato storicamente tra quelli centrali della riflessione sociologica sulla salute. In particolare, la conversazione e l'interazione comunicativa tra i due sono stati oggetto di analisi, spesso anche molto sofisticate, ad esempio in quanto scambi di informazione o come parte del processo di costruzione culturale della malattia (Kleinman, 1980; cfr. anche Colombo in questo volume). Il rapporto verbale e il contatto fisico tra medico e paziente<sup>9</sup> costituiscono elementi chiave anche nella definizione di quella fiducia che è alla base del rapporto tra i due soggetti, e più in generale, nella negoziazione del prestigio e della legittimazione della professione medica.

In alcuni studi, il rapporto comunicativo tra medico e soggetto di cura è stato esplicitamente tematizzato come comunicazione unidirezionale, centrata sullo specialista e persino come forma di dominio e controllo sociale da parte della medicina nei confronti del paziente. Ad esempio, spesso i medici individuano nella disinformazione del paziente sui temi della medicina il principale ostacolo alla comunicazione.

8. Cfr. CAP. I

9. Oggetto di approfondita analisi è stato anche il livello non verbale dell'interazione tra medico e paziente. Ad esempio, il paziente può utilizzare in certi casi i propri movimenti per richiamare l'attenzione del medico quando questa si sposta dal suo corpo alla cartella clinica o alla documentazione (Heath, 1984).

Per verificare questa asserzione, Seagall e Roberts svolsero un'ampia ricerca sui pazienti e i medici di un centro sanitario del Winnipeg. Ai pazienti fu somministrato un questionario che intendeva saggiare il loro livello conoscitivo; ai medici fu chiesto di stimare indipendentemente, per ciascun paziente, questa stessa conoscenza. I tre principali risultati ottenuti furono decisamente sorprendenti. Se da un lato, infatti, il livello informativo dei pazienti si dimostrava piuttosto buono (con una media del 75,8% di risposte corrette ai quesiti posti), meno di metà dei medici era invece riuscito a stimare accuratamente il livello conoscitivo dei propri pazienti. Infine, questa stima non era comunque utilizzata dai medici per adeguare il proprio stile di comunicazione al livello di informazione attribuito al paziente: in altre parole, il fatto di considerare un paziente scarsamente in grado di comprendere questioni o termini medici non portava il medico a modificare significativamente le proprie modalità espositive. La disinformazione del paziente, concludono piuttosto drasticamente gli autori, sembra in molti casi una sorta di *profezia che si autoadempie*: è il medico, considerando ignorante il paziente e non facendo sforzi per farsi comprendere, che lo rende effettivamente ignorante. In questo modo, secondo Seagall e Roberts, l'incapacità del medico di spiegare una certa malattia o terapia (*physician's failure to explain*) viene trasformata in un'incapacità da parte del paziente di comprendere (*patient's failure*).

Un recente approccio, sviluppato prevalentemente da studiosi di formazione antropologica, mira ad analizzare la comunicazione tra medico e paziente in termini di *narrazioni cliniche*. Queste sono definite come le «storie create dai medici, per e con i pazienti, per descrivere il corso di una malattia e la progressione delle attività terapeutiche» (Del Vecchio Good, Good, 2000, p. 246). Queste narrazioni, così come avviene per ogni storia, si compongono di vari "episodi": la parte iniziale, ad esempio, in cui il paziente individua i medici con i quali gestirà il proprio percorso terapeutico; la parte finale, altrettanto importante e difficile da gestire, in cui il paziente viene congedato dai medici e/o dall'istituzione ospedaliera per tornare alla sua routine quotidiana; le scelte cruciali tra diverse opzioni terapeutiche. Anche l'annuncio del decesso di un paziente ai suoi cari segue precisi rituali discorsivi: nei casi studiati da Sudnow, ad esempio, il familiare del deceduto veniva isolato sino all'arrivo del medico deputato a dargli l'annuncio con il tatto e la discrezione dovuti, per evitare che venisse a saperlo sentendo conversazioni informali tra il personale e per consentirgli di avere le proprie reazioni all'annuncio al riparo da occhi e orecchie indiscreti. Nel caso di un decesso inatteso, il personale aveva istruzioni di convocare la famiglia spiegando solo che il

medico desiderava parlare con loro, dando così al medico stesso il tempo di prepararsi a dare personalmente l'annuncio (cfr. cap. 10).

La stessa conversazione che un medico e il suo interlocutore conducono sul decesso di un familiare passa abitualmente attraverso tappe tematiche fisse quali la causa della morte, il fatto che il paziente abbia o meno sofferto, e i tentativi fatti dall'equipe medica per salvarne la vita fino all'ultimo (Sudnow, 1967).

Collocando il rapporto tra medico e paziente entro un più ampio scenario sociale e culturale, questo approccio vuole mettere in evidenza soprattutto il fatto che le narrazioni cliniche siano una forma di comunicazione «non solo tra medici e pazienti, ma anche attraverso diversi siti locali e globali che producono conoscenza biomedica e tecnologie terapeutiche» (Del Vecchio Good, Good, 2000, p. 246). In questo senso, il medico diviene una sorta di *snodo* comunicativo che cerca di guidare il paziente attraverso messaggi provenienti dai mass media o dalla cerchia interpersonale, dalle diverse figure sanitarie che il paziente incontra nel corso della propria *carriera* (infermieri, altri medici o specialisti, anestesisti, farmacisti) e attraverso test e immagini altrimenti di difficile lettura e interpretazione.

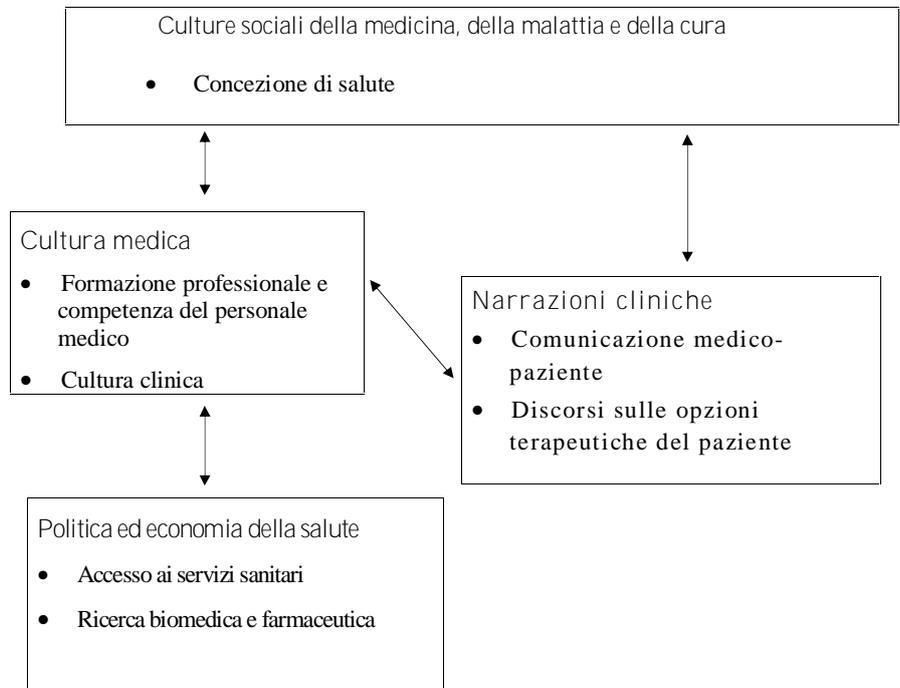
Ad esempio, Frances Price ha condotto un interessante studio sul ruolo delle immagini dell'embrione o del feto che vengono mostrate dai medici alle donne in gravidanza e in particolare a quelle che si sono sottoposte a tecniche di fecondazione artificiale (Price, 1996). L'assunzione più o meno implicita da parte del personale medico è che la visione di tali immagini - mediata dallo specialista che spiega alla donna *ciò che realmente sta vedendo* - faciliti la collaborazione con la gestante e legittimi al tempo stesso l'uso di una tecnologia che altrimenti potrebbe essere considerata invasiva. Tuttavia, la diffusione di questa abitudine e la tendenza ad assolutizzare queste immagini, attribuendo loro uno status non di test ma di *fotografia oggettiva* nel senso inteso quotidianamente, può portare a reazioni ansio-gene da parte delle pazienti, ad esempio nel caso in cui un'immagine non sia chiara o non possa essere interpretata univocamente o ancora non possa essere immediatamente tradotta in modo intelligibile alla donna da parte del medico. L'autrice cita ad esempio il caso di una donna, incinta di tre gemelli, che si convinse della loro morte sulla base delle prolungate discussioni che i medici facevano tra di loro osservando sullo schermo il risultato di un test a ultrasuoni, nonostante potesse distintamente sentire i gemelli scalciare. Un'altra paziente, dopo essere stata informata del fatto che si sarebbe dovuta sottoporre a un altro test dopo sedici settimane, per scongiurare la remota possibilità di una malformazione al feto, decise di interrompere la propria gravidanza.

Il medico dà quindi direzionalità alla molteplicità di messaggi che circondano il paziente e sviluppa al tempo stesso una pluralità di narrazioni sul corso della malattia per gli altri soggetti coinvolti - i propri colleghi o i familiari del paziente. Naturalmente questo può non di rado porre il medico di fronte a difficili decisioni: privilegiare il diritto del paziente ad essere costantemente e puntualmente informato sul risultato di esami o test, oppure attendere di disporre di elementi più stabili di giudizio? Ancora Sudnow (1967) cita il caso di un medico che tenne per tre giorni il proprio paziente all'oscuro del risultato di una biopsia, in attesa di un altro esame di controllo.

Il seguente schema, adattato da Del Vecchio Good e Good (2000), propone un modello di descrizione delle "narrazioni cliniche" in relazione a una serie di contesti.

FIGURA 5.1

Modello delle *narrazioni cliniche*, adattato da Del Vecchio Good, Good (2000)



Per riassumere il senso di questo nuovo approccio alla comunicazione fra medico e paziente, potremmo dire con Del Vecchio Good e Good (2000, p. 248) che «le conversazioni tra medici e pazienti e le narrazioni cliniche che costruiscono mediano un complesso insieme di relazioni sociali, culturali, economiche e biotecniche». In questa prospettiva, i problemi di comunicazione che sovente emergono nella relazione medico-paziente non possono essere attribuiti unicamente alla scarsa disponibilità o alle competenze comunicative limitate del personale medico. Le strutture e le relazioni più ampie che circondano tale rapporto comunicativo, infatti, sono notevolmente complesse e resistenti al cambiamento. Specialmente in settori terapeutici quali l'oncologia e nel caso di tecniche sperimentali, le *narrazioni cliniche* si trovano a mediare tra il flusso di informazioni che al medico proviene dalla ricerca medica e farmaceutica e le rappresentazioni di salute, malattia e cura che sono tipiche della cultura popolare. Il suo compito comunicativo non si esaurisce quindi nell'aiutare il paziente a scegliere un determinato percorso terapeutico, ma a modellarlo e descriverlo in modo che il paziente lo riconosca come il percorso più adatto alle proprie esigenze.

## 5.6

Istituzioni sanitarie e comunicazione pubblica: lavori in corso

Alle trasformazioni culturali cui si è fatto cenno e alla nuova centralità che la comunicazione occupa nelle pratiche sanitarie, è corrisposta nell'ultimo decennio una crescente attenzione anche nel nostro Paese. Una serie di innovazioni legislative e procedurali ha infatti investito le amministrazioni pubbliche e di conseguenza quelle sanitarie. Oltre alla legge n. 241 del 1990 sul diritto di accesso ai procedimenti amministrativi, vale qui la pena di ricordare la direttiva del Presidente del Consiglio del 27 gennaio 1994 (*Principi sull'erogazione dei servizi pubblici*) e il decreto legge n. 163 del 1995, che preannuncia schemi di riferimento per ciascun settore di servizi (tra cui la Sanità) e più in specifico obbliga gli enti a dotarsi di documenti definiti «carte dei servizi», affidando a un Comitato il ruolo di monitorarne l'attuazione.

Al centro di queste innovazioni vi sono concetti quali trasparenza, ascolto, partecipazione e la necessità di valutare e correggere l'efficienza dei servizi offerti sulla base della soddisfazione espressa dagli utenti (Faccioli, 2000). Soprattutto a partire dalla legge n. 241 del 1990, che garantisce l'accesso dei cittadini ai procedimenti amministrativi che li riguardano, l'enfasi è stata posta sulla necessità di facilitare il dialogo tra gli enti che erogano servizi e i cittadini/utenti, semplificando e al tempo stesso rendendo più chiare e trasparenti le procedure. A questo scopo,

enti quali comuni, università ed ASL hanno predisposto strumenti quali questionari di valutazione dei servizi, numeri verdi, sportelli informativi o deputati alla raccolta di segnalazioni di disservizi.

Tra questi, particolare rilevanza viene attribuita a partire dal 1993 - in seguito al decreto legislativo 29/1993 - ai cosiddetti URP, gli Uffici relazioni con il pubblico che ogni ente dovrebbe istituire al fine di garantire l'accesso e la partecipazione agli atti amministrativi e a rilevare i bisogni dell'utenza e la sua soddisfazione per il servizio. Anche se la diffusione degli URP è ben lungi dal riguardare ancora la totalità degli enti del nostro Paese (una stima a carattere non ufficiale ritiene che siano attualmente presenti in circa il 20% delle 21.000 strutture pubbliche interessate), la novità di questa trasformazione consiste nel tentativo di fornire degli strumenti tali da garantire agli utenti la qualità dei servizi erogati dagli enti e quella dei loro rapporti con il pubblico. In una certa misura, è possibile affermare che la comunicazione stessa diviene uno degli elementi di garanzia principali della qualità del servizio e della sua rispondenza ai bisogni dell'utenza. Ancor più che con la trasparenza e con il diritto all'accesso ai documenti, è infatti con la possibilità da parte dell'utente di dialogare attivamente con l'ente che si passa da un modello basato sull'informazione a un modello basato sulla comunicazione; ovvero con la possibilità, da parte sua, di esprimere valutazioni sul servizio ricevuto e di ottenere sulla base di tali valutazioni una modificazione del servizio o eventualmente un risarcimento (Faccioli, 2000).

### Percorsi bibliografici

Una buona rassegna generale sulla comunicazione della salute è quella di:

PETTEGREW L., LOGAN R. (1987), *The Health Care Context*, in C. Berger, S. T. Chaffee (eds.), *Handbook of Communication Science*, Sage, Newbury Park 1987.

Sul tema più generale della comunicazione pubblica della scienza:

BUCCHI M. (2000), *La scienza in pubblico. Percorsi nella comunicazione scientifica*, McGraw-Hill, Milano.

Sulle campagne di informazione sociale e sanitaria:

BROWN W. (1991), *AIDS Prevention Campaign Effects*, in G. Kreps, C. Atkin (eds.), *Communicating to Promote Health*, Monographic Issue of the "American behavioural Scientist", XXXIV, 6, pp. 685-704.

Più in generale si possono consultare:

GADOTTI G. (1993), *Pubblicità Sociale. Lineamenti ed esperienze*, Franco Angeli Milano

GADOTTI G., BERNOCCHI R., BUCCHI M., VENTURI (2000), *Nuovi Sviluppi della comunicazione sociale in Italia*, Cooperativa Libreria IULM, Milano. In particolare il saggio di A. Venturi, *Inefficacia delle campagne di utilità sociale*.

Sulle trasformazioni sociali della salute e la centralità assunta dalla comunicazione:  
CENSIS (1989), *La domanda di salute in Italia*, Franco Angeli, Milano.

FERRERA M., ZINCONI G. (a cura di) (1986), *La salute che noi pensiamo*, II Mulino, Bologna.

Sulla comunicazione medico-paziente si può partire dalla rassegna contenuta in:

DEL VECCHIO GOOD M. J., GOOD B. J. (2000), *Clinical Narratives and the Study of Contemporary Doctor-Patient Relationships*, in G. L. Albrecht et. al., *The Handbook of Social Studies of Health and Medicine*, Sage, London.

E da:

GOOD B. J. (1994), *Medicine, Rationality and Experience: an Anthropological Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge (trad. it. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino 1999).

Altri lavori citati nel testo a questo proposito:

PRICE F. (1996), *Now You See It, Now You Don't: Mediatine Science and Managing Uncertainty in Reproductive Medicine*, in A. Irwin, B. Wynne, *Misunderstanding Science? The Public reconstruction of Science and Technology*, Cambridge University Press, Cambridge.

SUDNOW D. (1967), *Passing On. The Social Organization of Death* Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Sul rapporto generale tra istituzioni pubbliche e utenza vedi:

FACCIOLI F. (2000), *Comunicazione pubblica e cultura del servizio*, Carocci, Roma.

Sull'ambito sanitario in particolare:

WHITE D. (2000), *Consumer and Community Participation: A Reassessment of Process, Impact and Value*, in G. L. Albrecht et. al., *The Handbook of Social Studies of Health and Medicine*, Sage, London.

Sul tema della partecipazione pubblica in ambito sanitario:

BUCCHI M. (1998a), *La provetta trasparente: a proposito del caso Di Bella*, in "II Mulino", I, pp. 90-9.

EPSTEIN S. (1996), *Impure Science: AIDS, Activism and the Politics of Knowledge*, University of California Press, Berkeley.

ID. (1995), *The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials*, in "Science, Technology and Human Values", xx, 4, pp. 408-37.

Su aspetti delle comunicazioni di massa rilevanti per la comunicazione della salute:

MC COMBS M., SHAW D. (1972), *The Agenda Setting Function of Mass Media*, in "Public Opinion Quarterly", 36, 176-87.

TICHENOR P. et al. (1970), *Mass Media Flow and Differential Growth in Knowledge*, in "Public Opinion Quarterly", 34, pp. 159-70.

Per un'applicazione si veda:

YOWS S. R. et al. (1991), *Predicting Cancer Knowledge*, in G. Kreps, C. Atkin (eds.), *Communicating to Promote Health*, Monographic Issue of the "American behavioural Scientist", XXXIV, 6.

Una buona introduzione generale in italiano è:

WOLF M. (1985), *Teorie delle comunicazioni di massa*, Bompiani, Milano.

Altri testi citati in questo capitolo:

BACKETT K. (1992), *Taboos and Excesses: Lay Health Moralities in Middle Class Families*, in "Sociology of Health and Illness", XIV, 2, pp. 255-74.

BUCCHI M. (1995), *Immagini della salute e dell'alimentazione tra i giovani*, in *Atti del V Convegno ANDID*, Positive Press.

ID. (1998b), *Images of Science in the Classroom: Scientific Wallcharts*, in "British Journal of the History of Science", 31, pp. 161-84.

BUZZI C. (1994), *La salute del futuro*, Il Mulino, Bologna.

CONTI L. (1978), *Una lepre con la faccia da bambina*, Editori Riuniti, Roma.

FLECK L. (1979), *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache: Einführung in die Lehr von Denkstil und Denkkollektiv*, Suhrkamp, Frankfurt am Main (trad. it. *Genesi e sviluppo di un fatto scientifico*, Il Mulino, Bologna, 1983).

PETERS H. P. (1994), *Mass media as an Information Channel and Public Arena*, in "Risk: Health, Safety & Environment", 5, pp. 241-50.

PHILLIPS D. (1991), *Importance of the Lay Press in the Transmission of Medical Knowledge to the Scientific Community*, in "New England Journal of Medicine", II Oct., pp. 1180-83.

SCHMIDT J. (1995), *So bleibt man gesund! Gesundheitserziehung in visuellen Medien von 1900 bis 1950*, Die Blaue Eule, Essen.

VINAY P. (1987), *Primary Health Care*, in M. Ingrosso (a cura di), *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*, Franco Angeli, Milano pp. 77-92.