

Comitato Etico Provinciale di Modena

Indagine conoscitiva:

“Comunicazione in ambito ospedaliero nella provincia di Modena: informazione ai pazienti, Consenso Informato, informazione tra gli operatori.”

Autori: prof. Sandro Spinsanti, dott.ssa Arianna Gatti

Introduzione

Nonostante negli ultimi anni il tema della comunicazione abbia ricoperto un ruolo di rilievo nel dibattito sulla pubblica amministrazione, il problema delle relazioni tra personale sanitario e pazienti è ancora aperto e suscita dubbi in merito all'effettiva realizzazione nella prassi quotidiana.

Il Comitato Etico Provinciale di Modena, costituito da Azienda Policlinico, Azienda USL e Università, ritenendo l'informazione e la comunicazione in ambito sanitario presupposti fondamentali per la partecipazione del cittadino alle scelte sulla propria salute, nel 2005 ha promosso un'indagine conoscitiva per verificare la situazione negli ospedali della provincia, evidenziare eventuali criticità e offrire alle Aziende e agli operatori spunti di miglioramento. Inoltre, attraverso tale ricerca, si è cercato di sensibilizzare operatori e degenti al tema della comunicazione e dell'informazione relativa al Consenso Informato.

Il progetto ha coinvolto medici, infermieri e pazienti ricoverati con l'intento di focalizzare il problema della comunicazione dai diversi punti di vista.

Materiali e metodi

E' stato istituito un gruppo di lavoro, costituito da alcuni componenti del Comitato Etico, per definire in modo più dettagliato l'ambito della ricerca: temi da affrontare e modalità operative da seguire. Il percorso si è sviluppato attraverso cinque fasi. Nella prima parte si è svolta una ricerca bibliografica per capire quale fosse lo stato attuale dell'arte e individuare meglio i punti di criticità.

In seguito sono stati redatti due questionari, uno per il personale sanitario e uno per i pazienti. Si trattava di questionari semi-strutturati volti a rilevare dati anagrafici per stratificare il campione, dati relativi alle informazioni fornite o ricevute all'ingresso in ospedale, informazioni durante il ricovero e un focus specifico sul Consenso Informato. Il

questionario somministrato al personale sanitario, sebbene ricalcasse gli stessi temi proposti ai pazienti, presentava delle specificità in ordine al trattamento delle “cattive notizie” e alla comunicazione interna.

Tabella 1 – Questionario pazienti

QUESTIONARIO PAZIENTI

1. Sesso
2. Età
3. Nazionalità
4. Titolo di studio
5. Professione
6. Ricorda da chi ha ricevuto le informazioni organizzative (orari di visita, figure di riferimento, pasti...)?
7. Quali informazioni ha ricevuto?
8. Al momento del ricovero le è stato chiesto se voleva che le informazioni che la riguardano fossero trasmesse ad altri?
9. All'interno del reparto le è stato fornito materiale informativo?
10. L'ha trovato comprensibile?
11. È stato informato periodicamente sul suo stato di salute?
12. Ha avuto un medico di riferimento?
13. Sa che cos'è il Consenso informato?
14. **Se sì (alla 13)**, Le è mai stato richiesto il Consenso informato?
15. Chi le ha fornito le informazioni sul trattamento proposto?
16. Le è stata fornita una copia del Consenso informato firmato?
17. Ritiene che le sia stato concesso il tempo necessario per decidere se sottoporsi al trattamento sanitario proposto?
18. Nella sua opinione, a cosa serve il modulo di Consenso informato?
- 14/bis. **Se no (alla 13)**, durante il ricovero, le è stato chiesto di firmare qualche modulo?
- 15/bis. Si ricorda per quale motivo?
19. E' complessivamente soddisfatto delle informazioni ricevute all'interno dell'ospedale?
20. Ripensando alla sua esperienza, c'è qualcosa che cambierebbe? Su cosa e come avrebbe desiderato essere informato?
21. Cosa ha apprezzato di più nel rapporto con gli operatori?

Tabella 2 – Questionario personale sanitario

QUESTIONARIO PERSONALE SANITARIO

1. Sesso
2. Età
3. Qualifica professionale attuale
4. Anni di servizio professionale
5. Anni di servizio nel Presidio attuale
6. Nella vostra Unità Operativa, chi fornisce le informazioni organizzative al paziente?
7. Quali sono le prime informazioni fornite al paziente che entra in ospedale?
8. Al momento del ricovero, viene richiesto al paziente se vuole che le informazioni che lo riguardano siano trasmesse ad altri?
9. Presso la vostra Unità Operativa, ai nuovi degenti, viene abitualmente fornito materiale informativo?
10. Chi provvede alla redazione e all'aggiornamento del materiale informativo?
11. Secondo lei, i pazienti sono informati periodicamente sul loro stato di salute?
12. Ad ogni paziente viene assegnato un medico di riferimento?
13. Nel caso di “cattive notizie” (aggravamenti, prognosi severa...), con quali modalità avviene la comunicazione al paziente o ai familiari?
14. Parlando con i pazienti ha mai avvertito il rischio di un eccessivo coinvolgimento emotivo?
15. Presso la vostra Unità Operativa, per quali procedure è richiesto il Consenso informato?
16. Esiste un elenco scritto delle procedure per cui è richiesto il Consenso informato?
17. Chi informa i pazienti per ottenere il Consenso informato nelle varie procedure?
18. Escludendo le urgenze, in quale momento è richiesto il Consenso informato?
19. E' capitato che i pazienti, dopo essere stati informati, rifiutassero di sottoporsi ad un trattamento?
20. Al paziente viene fornita copia del Consenso informato?
21. Dove viene conservato il modulo di Consenso Informato firmato?
22. Nella sua opinione, cosa rappresentano i moduli di Consenso informato scritto?
23. Il vostro reparto è dotato di una sala riunioni?
24. C'è l'abitudine ad incontrarvi periodicamente tra di voi?
25. Con quale frequenza?
26. Ha suggerimenti per migliorare gli aspetti comunicativi nel suo reparto e con i pazienti?

Una terza fase operativa, presso i diversi ospedali, prevedeva la somministrazione dei questionari ai pazienti disponibili e prossimi alla dimissione (max 5 per reparto) e agli operatori designati (primario, medico di reparto, capo-sala e infermiere).

Il campione intervistato è risultato avere una composizione qualitativa simile all'universo che rappresenta (età, genere...), tuttavia i dati che seguono non pretendono di rappresentare in modo statisticamente significativo la realtà indagata. Sebbene il numero di interviste svolte non sia molto elevato si è ritenuto sufficiente per evidenziare delle tendenze e offrire elementi di conoscenza e suggestioni sulla situazione della comunicazione negli ospedali della provincia.

Tabella 3 – Ospedali e Unità Operative coinvolti

Ospedale U.O.	medicina	chirurgia	oncologia	ortopedia	pediatria	ginecologia	radiologia	anestesia
Policlinico	X	X	X	X	X	X	X	X
Baggiovara	X			X			X	X
Carpi	X	X	X	X	X	X	X	X
Pavullo	X	X		X	X	X	X	X
Vignola	X	X		X			X	X
Mirandola	X	X	X	X	X	X	X	X

La quarta fase del progetto prevedeva la raccolta e analisi dei dati e infine, l'ultima fase, una valutazione dei dati con la collaborazione di tutti i membri del Comitato Etico.

Risultati

L'indagine ha avuto una durata complessiva di cinque mesi (settembre 2005 – gennaio 2006) ed ha coinvolto tutti i reparti previsti dal disegno di ricerca.

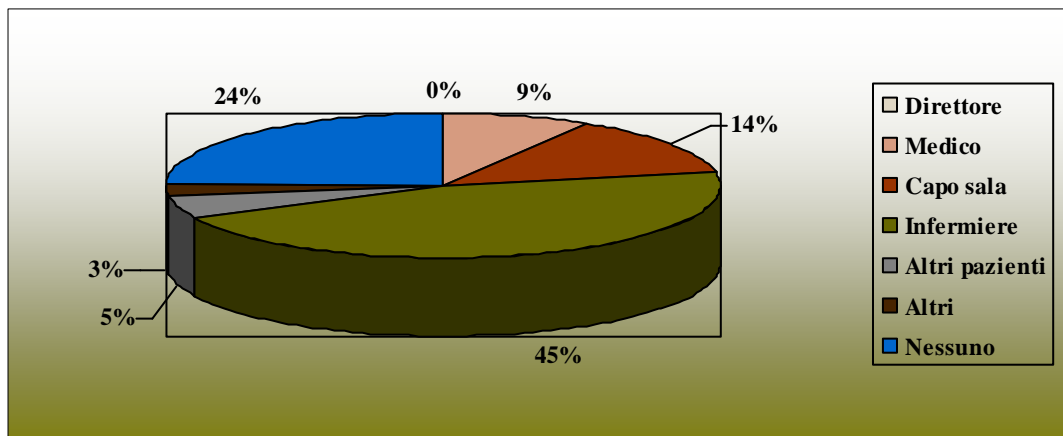
I pazienti intervistati (n. 94) sono stati in leggera maggioranza donne, italiani e di età piuttosto avanzata (48% ultra-sessantacinquenni). Circa la metà (49%) erano quindi pensionati e con un basso titolo di studio. Anche il personale sanitario intervistato (n. 129) era in prevalenza femminile (61%), di età compresa tra i 45 e i 54 anni (39%) e con esperienza professionale ventennale (35%).

▪ **Le risposte dei pazienti**

Il 45% dei pazienti ha dichiarato che, al momento del ricovero, le informazioni organizzative sulla gestione del reparto sono state fornite dagli infermieri, è però molto

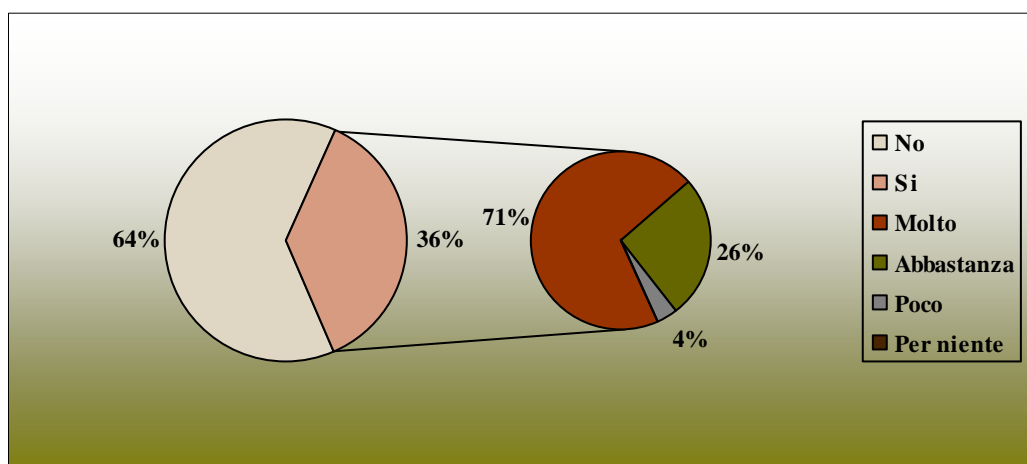
significativo che il 24% degli intervistati non abbia ricevuto alcuna informazione di questo tipo.

Domanda 6 - Al momento del ricovero, da chi ha ricevuto le informazioni organizzative?



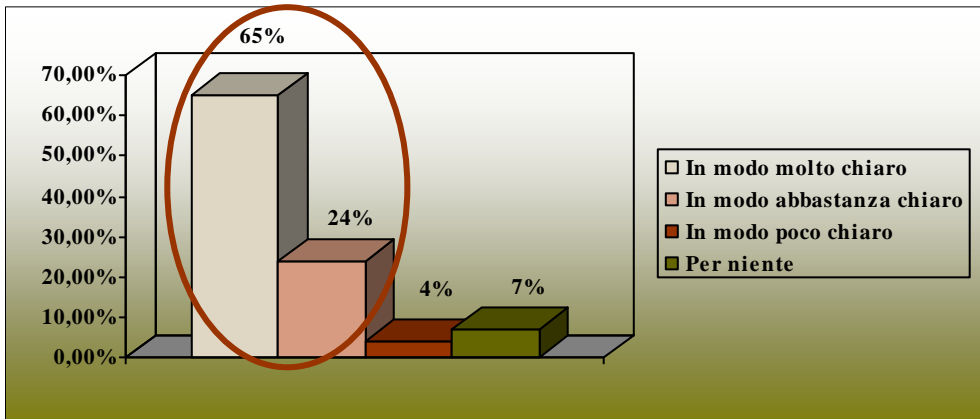
Di tutti gli intervistati solo il 36% ha dichiarato di aver ricevuto del materiale informativo sul periodo di degenza (opuscoli informativi, volantini...) e tra coloro che l'hanno ricevuto la larga maggioranza (71%) l'ha trovato molto comprensibile. Questo significa che esiste una buona costruzione di un percorso informativo per i pazienti, che però non trova adeguata applicazione nella prassi quotidiana dei reparti.

Domanda 9 -10 - All'interno del reparto le è stato fornito materiale informativo? L'ha trovato comprensibile?

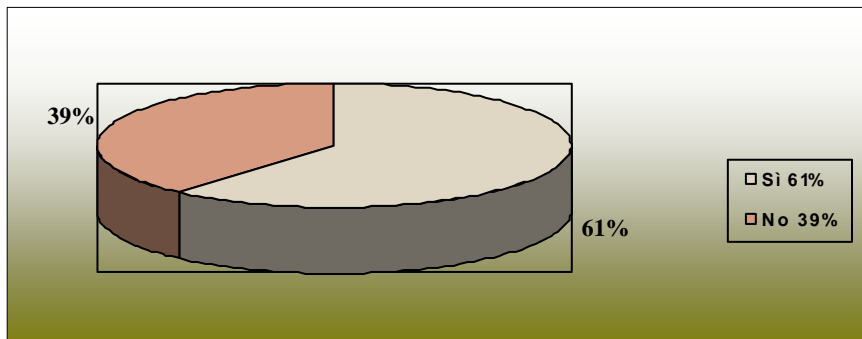


L'89% dei pazienti intervistati ha dichiarato di aver ricevuto un'adeguata informazione sul proprio stato di salute e il 61% di aver avuto un medico di riferimento che forniva aggiornamenti e a cui rivolgersi per chiedere chiarimenti.

Domanda 11 - E' stato informato periodicamente sul suo stato di salute?



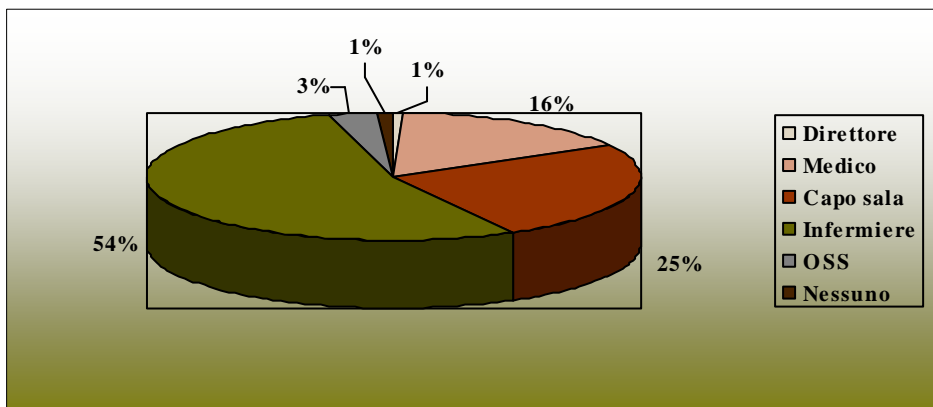
Domanda 12 – Ha avuto un medico di riferimento?



▪ **Le risposte del personale sanitario**

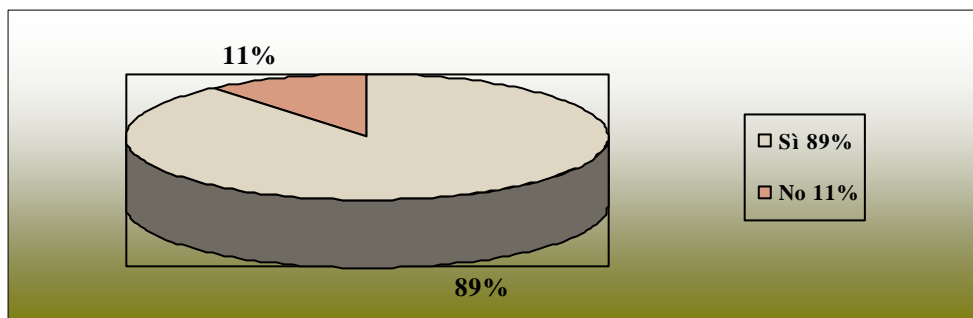
Il 54% degli operatori sanitari ha dichiarato che al momento dell'ingresso del paziente in ospedale le informazioni sull'organizzazione della vita nel reparto vengono fornite dagli infermieri e solamente l'1% ha sostenuto che nessuno si occupa di questo aspetto.

Domanda 6 – Al momento del ricovero, nella vostra Unità Operativa, chi fornisce le informazioni organizzative al paziente?



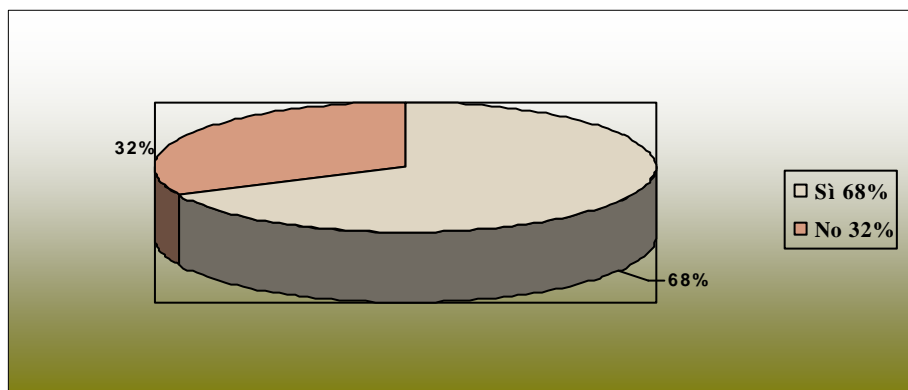
Inoltre la grande maggioranza degli operatori (89%) ritiene che ai nuovi degenti viene abitualmente fornito materiale informativo (volantini, opuscoli...) sul reparto che li ospita.

Domanda 9 – Presso la vostra Unità Operativa, ai nuovi degenti, viene abitualmente fornito materiale informativo?



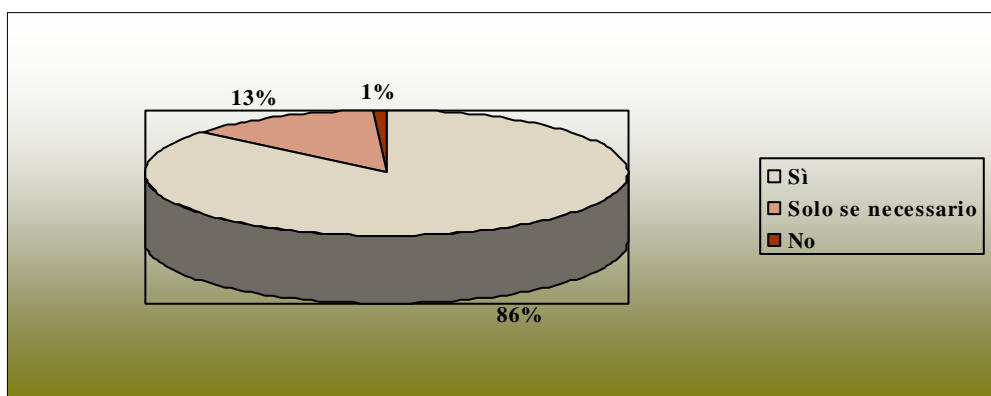
I dati riguardanti il rispetto delle norme sulla privacy sono piuttosto negativi, circa il 30% degli intervistati ha dichiarato che abitualmente non viene richiesto ai pazienti il permesso per divulgare le informazioni sulla propria salute ad altri sebbene si tratti di una prassi che dovrebbe essere obbligatoria.

Domanda 8 – Al momento del ricovero, viene richiesto al paziente se vuole che le informazioni che lo riguardano siano trasmesse ad altri?

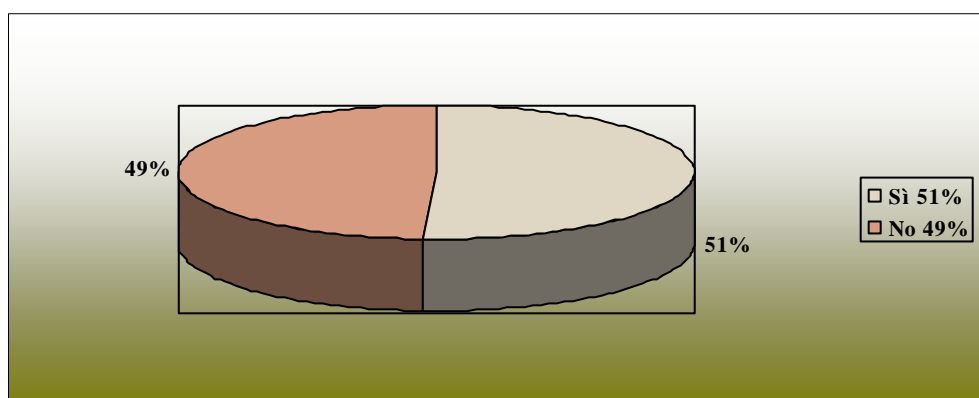


Le informazioni sullo stato di salute ai pazienti, risultano ricoprire un ruolo importante nella comunicazione tra operatori sanitari e degenti e infatti l'86% degli intervistati ritiene che i pazienti ne siano adeguatamente informati, sebbene solo nella metà dei casi (51%) ad ogni ricoverato venga assegnato un medico di riferimento.

Domanda 11 - Secondo lei, i pazienti sono informati periodicamente sul loro stato di salute?

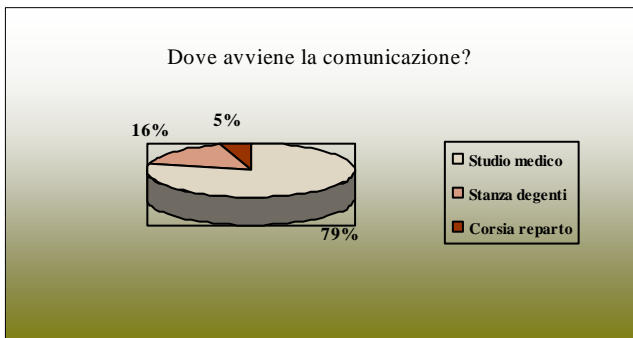
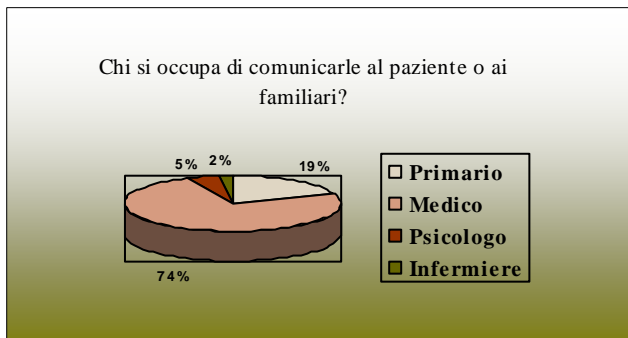


Domanda 12 - Ad ogni paziente viene assegnato un medico di riferimento?



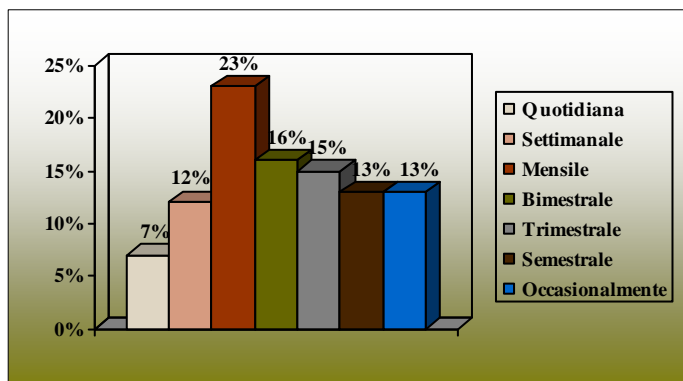
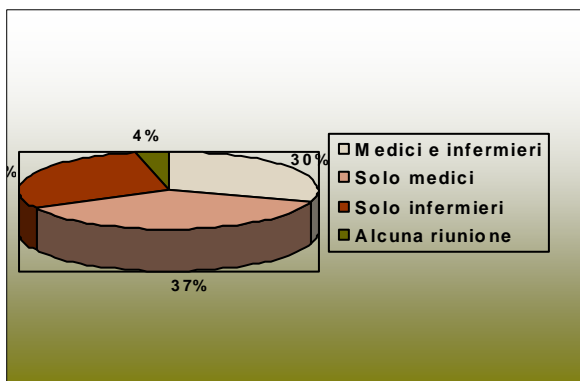
Una sezione del questionario somministrato al personale sanitario riguardava la gestione delle “cattive notizie”, da cui è emerso che non esiste una procedura codificata, ma esistono prassi consolidate che lasciano spazio alla sensibilità delle parti coinvolte. Da un lato è una situazione che valorizza il ruolo del medico e permette la necessaria elasticità per adattarsi alle esigenze del paziente, ma lascia spazio anche ad eventuali errori di gestione. Della comunicazione al paziente o ai familiari generalmente (93% dei casi) se ne occupano i medici o il primario e nel 79% dei casi avviene nello studio medico, ma nel 21% in luoghi più inadeguati come la stanza dei degenti priva di barriere divisorie o in corsia.

Domanda 13 - Nel caso di “cattive notizie” (aggravamenti, prognosi severa...), con quali modalità avviene la comunicazione al paziente o ai familiari?



La comunicazione interna delle Unità Operative, valutata in base all'abitudine a svolgere riunioni tra gli operatori, risulta buona. Analizzando però la frequenza con cui avvengono queste riunioni risulta che il 41% sono con cadenza trimestrale, semestrale o addirittura occasionale, a significare che non sono parte integrante della gestione del reparto.

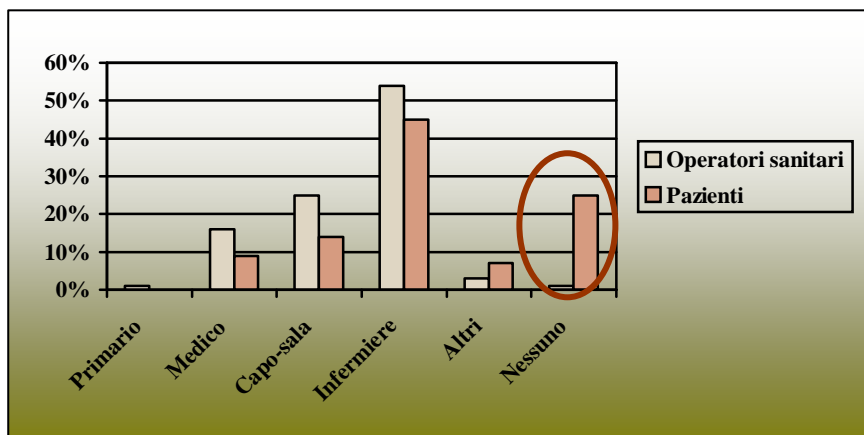
Domande 24/25 - C'è l'abitudine ad incontrarvi periodicamente tra di voi? Con quale frequenza?



▪ **L'informazione in ospedale**

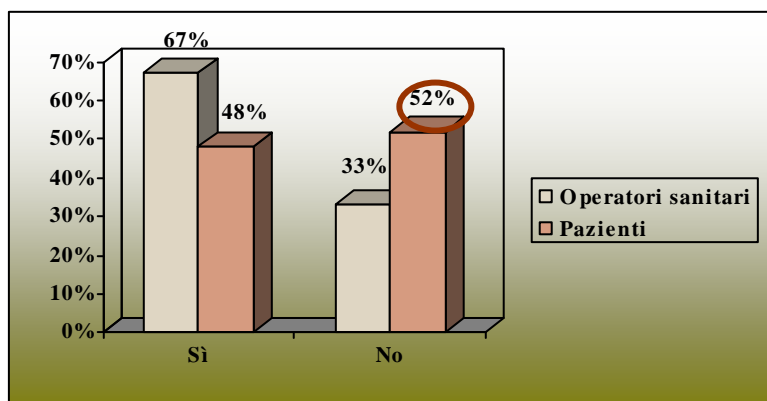
Dal confronto di alcune risposte fornite dai pazienti e dal personale sanitario, emergono visioni molto differenti, soprattutto in merito alle informazioni che esulano problemi strettamente clinici. Gli operatori generalmente sovrastimano - rispetto alle esigenze dei pazienti - la quantità delle informazioni fornite: il divario tra i due dati è particolarmente evidente nel dato “Nessuno” in cui la differenza tra le due risposte è circa del 19%.

Domanda 6 - Chi fornisce le informazioni organizzative al paziente che entra in ospedale?



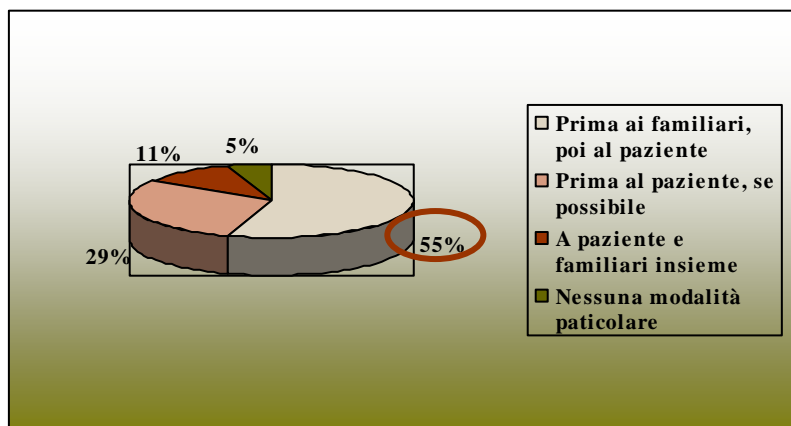
Anche sul tema della tutela della privacy si sono evidenziate alcune criticità.

Domanda 8 - Al momento del ricovero, viene richiesto al paziente se vuole che le informazioni che lo riguardano siano trasmesse ad altri?



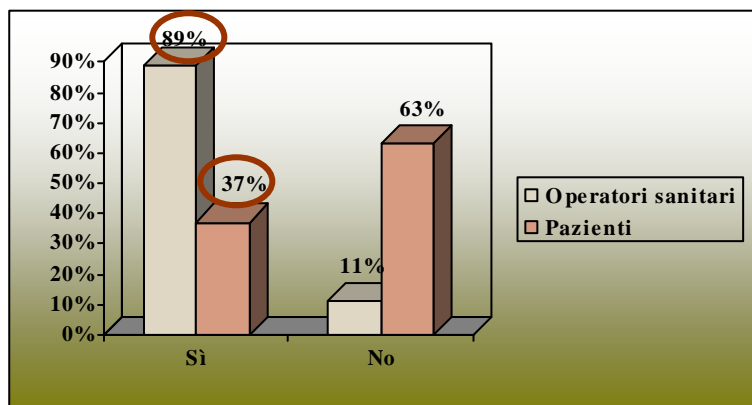
Per ammissione degli operatori circa nel 30% dei casi non viene richiesto il permesso per comunicare informazioni sullo stato di salute a persone diverse dal diretto interessato a cui si aggiunge un ulteriore 19% di scarto tra quanto dichiarato dal personale sanitario e quanto effettivamente recepito dai pazienti. Le motivazioni addotte da medici e infermieri per il mancato adempimento di questa prassi spesso riguardano l'avanzata età dei degenti o il carattere di urgenza di certe situazioni. Anche dalle domande presenti nel questionario somministrato al personale sanitario, in merito alla gestione delle "cattive notizie", risulta chiaro che l'attuale prassi è distante da quanto richiederebbe la normativa sulla privacy.

Domanda 13 – In quale modo avviene la comunicazione di “cattive notizie”?



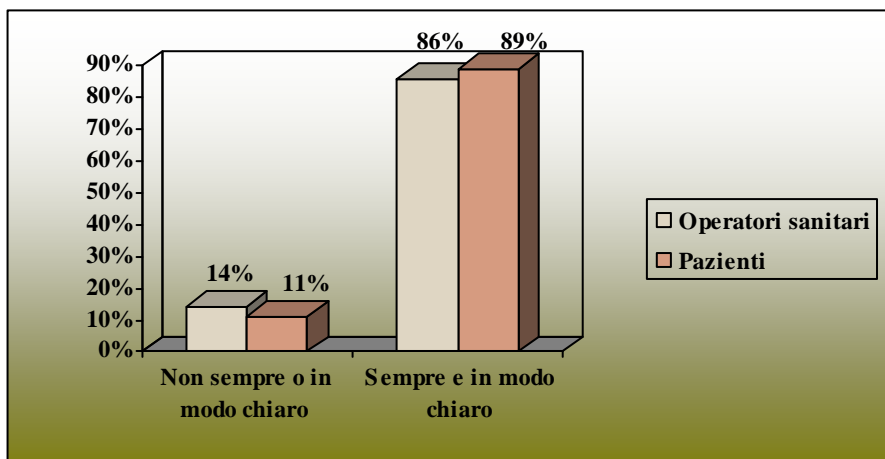
Un altro dato significativo riguarda la fornitura di materiale informativo, come opuscoli o depliant esplicativi, presso i reparti di degenza: tra le risposte dei pazienti e quelle degli operatori esiste uno scarto del 52%. Un divario così elevato potrebbe in parte essere dovuto ad un’ambiguità nella formulazione della domanda sul termine “fornire”, ma rimane comunque discrepanza tra la percezione dell’informazione fornita rispetto a quella effettivamente ricevuta dai cittadini.

Domanda 9 - Ai nuovi degenti, viene abitualmente fornito materiale informativo?

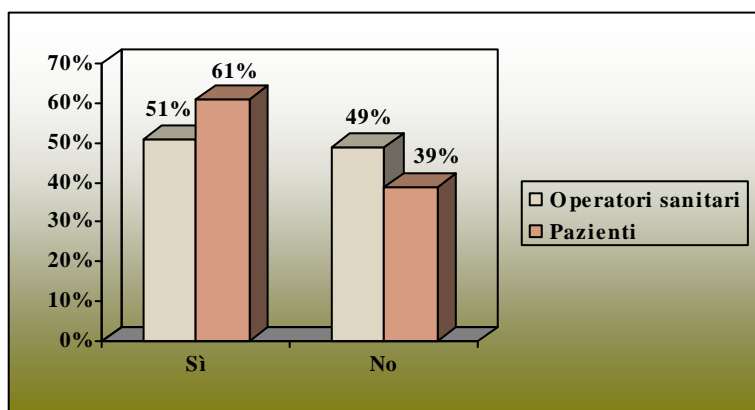


I dati relativi alle informazioni sulla salute, invece, evidenziano che le risposte sono molto corrispondenti e talvolta la qualità del servizio percepito dal cittadino è superiore rispetto a quello che gli operatori ritengono di aver fornito, segno, probabilmente, che le notizie organizzative riguardanti il periodo di degenza e le informazioni sulla tutela della privacy sono considerate secondarie dal personale sanitario.

Domanda 11 - Secondo lei, i pazienti sono periodicamente informati sul loro stato di salute?



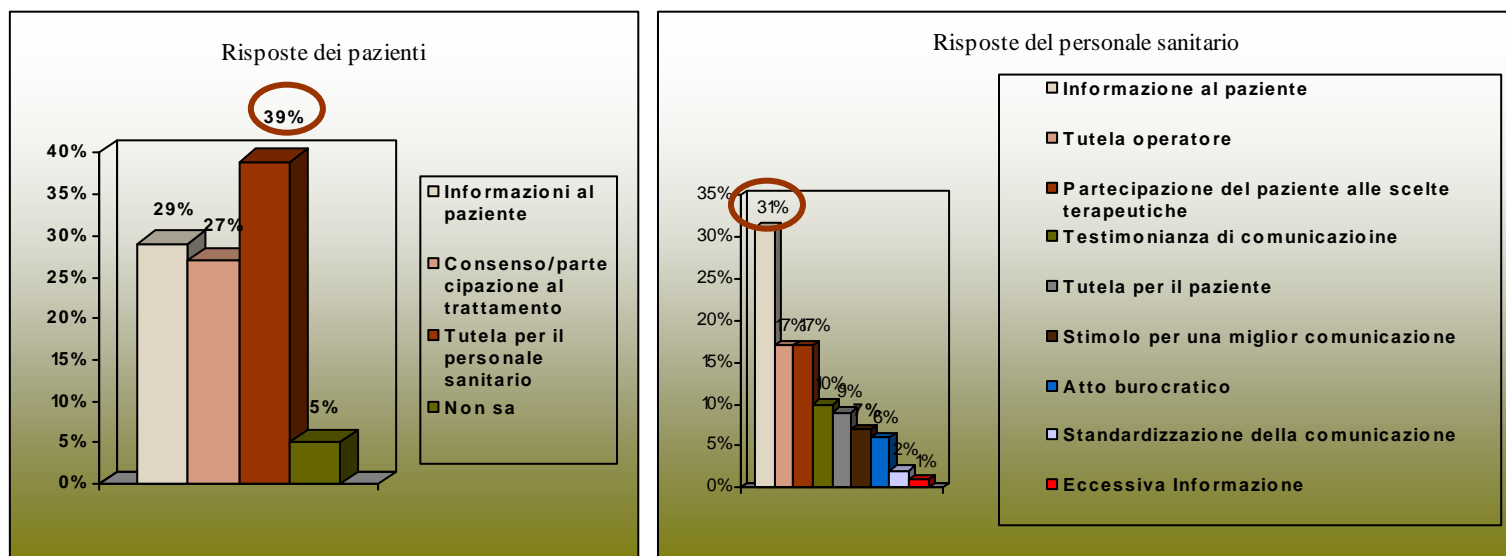
Domanda 12 - Ad ogni paziente viene assegnato un medico di riferimento?



▪ **Focus sul Consenso Informato**

Circa la metà (53%) dei pazienti intervistati conosceva il modulo per la raccolta del Consenso Informato e nella maggior parte dei casi (84%) perché lo aveva dovuto firmare. Tra coloro, invece, che avevano dichiarato di non conoscere il Consenso Informato in realtà non conoscevano semplicemente il termine. Risulta interessante osservare la diversa percezione che hanno pazienti e operatori sanitari del Consenso Informato: secondo i cittadini lo scopo principale del documento è tutelare legalmente la struttura sanitaria e il sanitario scaricando parte delle responsabilità sul cittadino (spesso veniva indicato come “liberatoria”), mentre secondo gli operatori è principalmente un mezzo di informazione per il paziente.

Domande 18/22 – Nella sua opinione, cosa rappresenta il modulo per il Consenso Informato?



Osservazioni

▪ **Asimmetria informativa**

Oltre ai dati emersi, la ricerca si presta a formulare ulteriori osservazioni di più larga portata che potrebbero essere oggetto di futuri approfondimenti.

Innanzitutto il problema dell'asimmetria informativa non è facilmente aggirabile, occorre tenerne conto nella valutazione della comunicazione che intercorre tra personale sanitario e pazienti come elemento imprescindibile. Il problema è inoltre aggravato dalla bassa scolarità che spesso si riscontra nei pazienti a causa dell'età molto avanzata: diversi studi¹ hanno dimostrato che a minore scolarità generalmente corrisponde maggiore incidenza di malattia. Si pone quindi il problema di cercare di definire l'informazione opportuna da fornire ai pazienti ricoverati, considerando la loro parziale capacità di recepire effettivamente quanto detto.

Come già sottolineato dal documento *Informazione e consenso all'atto medico* (1992) del Comitato Nazionale per la Bioetica, "l'informazione è finalizzata non a colmare la inevitabile differenza di conoscenze tecniche tra medico e paziente, ma a porre il soggetto (il paziente) nella condizione di esercitare correttamente i suoi diritti e quindi di formarsi una volontà che sia effettivamente tale; in altri termini, porlo in condizione di scegliere".

¹ *Epidemiologia & prevenzione*, 1999, 23, 153-160; dati PPS della Provincia di Modena, 2005

L'informazione dovrà, dunque, essere differenziata in rapporto sia alla capacità dei soggetti di comprendere, sia alle decisioni che sono chiamati a prendere.

Può essere ipotizzato che, a fronte di un modulo di consenso uguale per tutti, si provveda a fornire, anche attraverso supporti differenziati, una informazione a misura della capacità recettiva e del coinvolgimento auspicato nelle decisioni.

- ***Il tempo per informare, il tempo per decidere***

Riconoscendo che, al momento, il processo di informazione al paziente è ancora carente, occorre evidenziare due paradossi che lo rendono particolarmente critico: *I)* il senso comune vorrebbe che il personale sanitario informasse correttamente sui trattamenti diagnostico-terapeutici ogni paziente, magari senza allarmarlo inutilmente. Sarebbe opportuno fornire informazioni sull'efficacia dei trattamenti proposti, anche comparando diverse possibilità, fornire dati su eventuali complicazioni, ecc.. A fronte di questa esigenza c'è però da considerare che per non più del 10-15%² di tali trattamenti esistono prove convincenti di efficacia, sicurezza. *II)* La somministrazione delle informazioni per ottenere il consenso, richiederebbe che fosse seguito un iter logico, anche dal punto di vista temporale. Attualmente nell'ambito della degenza, non è previsto, un tempo di "riflessione" sulle informazioni ricevute per decidere se e come aderire alle proposte di trattamento e non è quantificato nei piani di lavoro il tempo necessario agli operatori sanitari per informare adeguatamente molti pazienti, sempre più critici, in un rapporto di comunicazione perché anziani, perché ansiosi, perché meno supportati dalla famiglia, perché stranieri o perché talvolta influenzati da convincimenti culturali peculiari etc..

Non è possibile determinare a priori e in astratto il tempo necessario per fornire quella informazione che renda effettivamente possibile un "empowerment" nel cittadino, proporzionale alla sua volontà di rendersi corresponsabile delle scelte sanitarie. Quello che invece può essere predisposto, con la collaborazione delle diverse figure professionali, è *il percorso* informativo che idealmente dovrebbe fare il malato. Sarà necessario prevedere quali figure sono coinvolte (medico di medicina generale, specialista, ruoli professionali non medici...) e le rispettive funzioni. Inoltre è opportuno prevedere la circolazione delle informazioni tra i professionisti coinvolti, e non solo verso il paziente.

² Smith R. "The ethics of ignorance", J Med Ethics 1992; 18: 117.

▪ **La tutela della privacy**

Nell'ambito dell'indagine conoscitiva la problematica privacy tocca trasversalmente molti dei temi affrontati. Pur riconoscendo l'importanza di questo aspetto e le inadempienze che talvolta si riscontrano a causa della scarsa sensibilità al tema e degli ambienti inadeguati, bisognerebbe individuare nuove procedure a tutela delle persone a cui una sorta di "protezionismo comunicativo" potrebbero essere causa di ansia e tensioni evitabili.

Pur nel rispetto della lettera e dello spirito delle nuove norme introdotte dalla legge sulla privacy, è necessario prevedere una gradualità nell'applicazione, così da favorire una transizione culturale non traumatica.

Nel progetto formativo rivolto ai sanitari bisognerebbe raccogliere i loro suggerimenti su una lista di priorità: comportamenti di tutela della privacy da introdurre subito e da controllare con rigore, distinti da comportamenti auspicabili, ma non urgenti.

▪ **Conclusioni**

Il Comitato Etico provinciale di Modena, osservando i dati emersi dall'indagine, ha verificato l'effettiva presenza di lacune nel sistema comunicativo sanitario. È nata quindi l'idea di suggerire ai tre Enti di riferimento l'istituzione di percorsi di formazione e sensibilizzazione, per tutto il corpo professionale, sul tema della centralità della comunicazione nel modello culturale della nuova sanità. Inoltre è intenzione del Comitato Etico organizzare alcuni eventi pubblici in cui divulgare i dati dell'indagine e favorire una riflessione allargata sulla informazione\comunicazione in sanità.

Hanno collaborato i componenti del Comitato Etico Provinciale di Modena:

PROF. SPINSANTI SANDRO (Presidente)	Istituto Giano – Roma
PROF. SILINGARDI VITTORIO (Vice-Presidente)	Docente Univ. di Oncologia Università di Modena
DOTT. SANTACHIARA SAVERIO (Segretario)	Farmacia Azienda Policlinico
PROF. ALBERTAZZI ALBERTO	Resp. Nefrologia e Dialisi Azienda Ospedaliera
PROF. BEDUSCHI GIOVANNI	Responsabile Medicina Legale Università di Modena
PROF. BERTOLINI ALFIO	Professore ordinario di Farmacologia Università di Modena
DOTT. BORGHI ATHOS	Medicina II Azienda Policlinico
DOTT.SSA CAMINITI CATERINA	Biostatistico Servizio di Epidemiologia Università di Parma
DOTT. D'AUTILIA NICOLINO	Presidente Ordine Provinciale dei Medici di Modena
DOTT.SSA DE MARCO ELEONORA	Presidente I Sezione Civile Tribunale di Modena
DOTT.SSA DE PALMA ALESSANDRA	Medicina Legale Azienda USL
DOTT. FERRARI ALFREDO	Medico pediatra di libera scelta
PROF. GEMMA GLADIO	Facoltà di Giurisprudenza Università di Modena
DOTT. GRECO GABRIELE	Responsabile di Neurologia Ospedale di Carpi
SIG.RA MANTOVANI MATILDE	Capo-Sala S.R.R.F.
DOTT.SSA MARATA ANNA MARIA	CEVEAS - Modena
PROF. MASELLIS GIUSEPPE	Dirigente Ginecologia e Ostetricia Ospedale di Carpi
DOTT.SSA MORSELLI ALESSANDRA	Direzione Sanitaria Azienda Policlinico
DOTT. NERI GIOVANNI	Salute Mentale Azienda USL Modena
DOTT.SSA NOVACO FRANCESCA	Responsabile Formazione Azienda USL
DOTT. PANTUSA MICHELE	Ordine dei Medici – Modena
DOTT. PELOSI SABINO	Medicina Legale Azienda Ospedaliera
DOTT.SSA PESI TERESA	Direzione Sanitaria Ospedale Estense
SIG. PFINISTER MARIO	Presidente Comitato di Coordinamento interaziendale
DOTT. SALA FRANCESCO	Rappresentante medicina convenzionata sul territorio
DON SOLMI ENRICO	Doc. di Teologia morale Diocesi Modena
DOTT.SSA VANDELLI PAOLA	Responsabile Formazione Azienda Policlinico

Bibliografia

- "Chi decide in medicina?", Sandro Spinsanti, I manuali di Janus, Zadigroma Editore, 2004, Roma
- "Umanizzazione nelle strutture sanitarie: informazione e comunicazione. Atti della giornata di studio, Bologna 23 settembre 1993", Assessorato alla sanità del Comune di Bologna, Ufficio diritti. - In cop.: Comitato etico dell'Ospedale Maggiore, Comitato etico dell'Ospedale S. Orsola, Comitato etico dell'Associazione nazionale studio e ricerca tumori solidi, Circolo di bioetica, Bologna : Futura press, 1994, Bologna
- "La comunicazione come informazione sanitaria in una struttura ospedaliera: il caso del S. Orsola", tesi di Boris Lazzarini; relatore Egeria Di Nallo, Tesi di laurea in Teoria e tecnica delle comunicazioni di massa, Università degli studi di Bologna, Facoltà di Scienze politiche, a.a. 1992/1993.
- "La comunicazione medico-sanitaria: le transazioni sulla salute nella comunicazione ospedaliera, ambulatoriale, e di pronto soccorso", Vittoria Borella, coll. Scienza e salute, Franco Angeli, 2004, Milano
- "Etica, comunicazione, salute: tutela della persona e principio di autonomia in sanità: percorsi sperimentali di educazione alla salute", a cura di Anna Maria Bertazzoni e Antonio De Angeli, scritti di M. Cecchini, Franco Angeli, 2004, Milano
- "Strategie e strumenti per l'informazione sanitaria", Nicola Florindo, presentazione di Pierpaolo Donati, Franco Angeli, 1987, Milano
- "Il consenso informato: tra giustificazioni per il medico e diritto del paziente", Amedeo Santosuosso, R. Cortina, 1996, Milano
- "Consenso informato e diritto alla salute : atti del Convegno di Perugia, Aula magna dell'Università degli studi, 26 novembre 1999", a cura di Francesco Di Pilla, coll. Quaderni del Comitato universitario di bioetica, Edizioni scientifiche italiane, 2001, Napoli
- "Quando il paziente è un bambino : problemi di relazione", Lucilla Ricottini, Centro scientifico, 2003, Torino
- "Sperimentazione, terapia, consenso informato e determinazione del danno", presentazione alla tavola rotonda, dr. Fabio Cembrani, Milano, 16 marzo 2005
- "Informazione e consenso nella sperimentazione clinica", presentazione alla tavola rotonda, Carlo Adelchi, Milano, 16 marzo 2005
- "Documento di presentazione del Laboratorio di ricerca sul coinvolgimento dei cittadini in sanità", a cura di Paola Mosconi
- "La comunicazione interculturale in sanità", Sonia Baccetti, Centro Scientifico, 2003, Torino

Articoli

- "Hospital Informed Consent for Procedure Forms. Facilitating Quality Patient-Physician Interaction", M. Bottrell; H. Alpert, R. Fischbach; L. Emanuel, *JAMA*, Vol. 135 n. 1, pp. 26-33, gennaio 2000
- "Quality of Informed Consent: a New Measure of Understanding Among Research Subjects", S. Joffe, F. Cook, P. Cleary, J. Clark, J. Weeks , *Journal of the National Cancer Institute*, Vol. 93, n. 2, 17 gennaio 2001, pp. 139-147, Oxford University Press
- "Readability standard for informed-consent form as compared with actual readability", Paasche-Orlow, Taylor, Brancati, *NEJM*, vol. 348, n. 8, pp. 721-726, 20 febbraio 2003
- "Modalità di informazione ed acquisizione del consenso informato. Indagine della Commissione Etica dell'ANMCO", Zuppiroli, Bobbio, Geraci, Martelloni, Spinsanti, Vergassola, Violini, *Italian Heart Journal*, suppl. vol. 3, pp. 45-57, gennaio 2002
- "Il consenso informato: un nobile concetto, una prassi discutibile", A. Zuppiroli, *Giornale italiano di cardiologia*, vol. 23, pp.853-858, agosto 1993
- "Informed consent: why are its goals imperfectly realized?", Cassileth, Zupkis, Sutton-Smith, March, vol. 302, n. 16, pp. 896-900, 17 aprile 1980
- "Information-giving sequences in general practice consultations", Goss, Mazzi, Piccolo, Del Rimondini, Zimmermann, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 11, pp. 339-349, 2005
- "Moving from information transfer to information exchange in health and health care", Renée Gravois Lee, Theresa Garvin, coll. Social Science & Medicine, Vol. 56, n. 3, febbraio 2003, pp. 449-464
- "Sharing decisions with patients: is the information good enough?", A. Coulter, V. Entwistle, D. Gilbert, *BMJ*, vol. 318, pp.318-322, 30 gennaio 1999
- "Abusing patients by denying them choice", R. Smith, *BMJ*, vol.328, 14 febbraio 2004