

STRATEGIE DI **C**OMUNICAZIONE

NELL'AZIENDA OSPEDALIERA

Dr. Mario Cesare Secci

Lezione per il master DISD



INTRODUZIONE



La lezione, dedicata alle strategie di comunicazione del master DISD, può essere considerata come una sorta di corpo estraneo inserito fra tanti argomenti di specifico interesse decisionale, fortemente orientati all'uso di modelli matematici. Il nostro contributo vuole essere uno stimolo alla riflessione sulla rilevanza che può avere l'attivazione e la valorizzazione di una risorsa culturale di innegabile valore che è rappresentata dalla comunicazione, considerata come una possibilità aggiuntiva alle attività di

programmazione ed organizzazione. In questo contesto la comunicazione assume una particolare rilevanza, entrando a far parte a pieno titolo dell'attività istituzionale dell'Azienda Sanitaria. Vedremo quali strumenti è più opportuno utilizzare nelle varie circostanze e come gestirli al meglio.

Il primo capitolo è dedicato all'analisi sociologica del soggetto che riceve il messaggio. Focalizzare l'attenzione sul paziente/utente, che spesso a torto, viene visto come elemento che subisce passivamente la comunicazione è il primo passo verso il successo. La “missione” di chi comunica in sanità non può essere l'emissione del messaggio fine a se stesso; non deve mai venir meno la consapevolezza che il fulcro della comunicazione medica è in ogni caso il paziente.

Chi scrive un articolo scientifico, su una qualunque sperimentazione di base, anche remotamente collegata ad una applicazione diagnostica o terapeutica, non deve mai dimenticare che lo scopo finale della pubblicazione, è quello di favorire o stimolare il raggiungimento di risultati che siano utilizzabili dall'intera comunità scientifica, che va dunque vista non come utente finale della comunicazione ma come tramite per il raggiungimento del benessere di coloro che trarranno i benefici ultimi dalla ricerca applicata.

Nel secondo capitolo analizzeremo con quali mezzi possiamo conseguire risultati efficaci nella trasmissione del messaggio che vogliamo far giungere all'utenza. Fino all'avvento delle CMC (Computer Mediated Communications) le Aziende Ospedaliere per comunicare erano obbligate ad utilizzare i sistemi tradizionali, oggi con lo sviluppo delle reti informatiche sono aperti nuovi scenari e nuovi metodi di comunicazione solo parzialmente esplorati. Non dobbiamo comunque trascurare l'utilizzo dei *media* tradizionali (pieghevoli, locandine o altre pubblicazioni a stampa), in quanto possono essere ancora utilizzati per integrare ed in qualche caso supportare le CMC, che nel giro di pochi anni saranno accessibili per fasce sempre più ampie di popolazione. È opportuno, nella strategia globale di comunicazione valutare correttamente i vantaggi e le convenienze nell'utilizzare in modo congiunto e armonico vecchi e nuovi *media*.

Con il terzo capitolo affronteremo il delicato aspetto che riguarda le figure professionali coinvolte a vario titolo nella diffusione delle informazioni, i campi d'azione, la formazione e la deontologia professionale. L'organizzazione del lavoro, il reperimento delle notizie e la rete di contatti che è necessario costruire per far sì che le informazioni vengano prelevate, elaborate e divulgate nel modo migliore.

Definizione e analisi del target



Partiamo dall'assunto che la comunicazione è un fattore strategico per una qualsiasi struttura pubblica o privata, che si occupi di sanità.

Per poter attuare un progetto di comunicazione dobbiamo condurre innanzitutto una analisi della situazione: si tratta di definire il contesto esterno e interno, individuando, prima di tutto, **i destinatari della comunicazione**, ovvero tutti i soggetti potenzialmente interessati; **gli utenti/pazienti** veri e propri, i dipendenti, le associazioni, i mass media, le imprese collegate e fornitrici,

ecc. bisogna inoltre tenere presenti le condizioni e gli eventuali vincoli dati dal contesto - sociale, economico, normativo - di riferimento. Una volta effettuata un'analisi del macro-ambiente, è bene concentrarsi sul micro-ambiente, ovvero il contesto organizzativo all'interno del quale si opera, considerando la **mission** e la **vision** dell'ente, **i valori e la cultura** dello stesso, soprattutto in un ambiente a forte caratterizzazione morale o religiosa come negli enti no-profit e ospedali cattolici. Per una qualunque altra attività commerciale questa prima fase è la "definizione ed identificazione del cliente". Per chi fa comunicazione potrebbe andar bene il termine "definizione del target". È opportuno effettuare preliminarmente un'operazione di segmentazione dell'utenza, poiché ciò influenza il tipo di comunicazione, il canale e il tipo di linguaggio da scegliere in modo tale da strutturare le informazioni mirate per gruppi specifici. Concentriamoci in questa prima fase sul soggetto principale, il **paziente**.

È ormai certo, che nella popolazione, sta profondamente cambiando sia il concetto di salute, che il rapporto tra medico e paziente e di conseguenza tra paziente e struttura sanitaria. I livelli di scolarizzazione si innalzano, le classi sociali sono in continua evoluzione, tutti oggi possono avere accesso a nozioni che anni fa erano note solo a chi frequentava le accademie e le facoltà di medicina e chirurgia. L'essere in salute oggi non è più inteso come l'assenza di patologia ma come il raggiungimento di un perfetto equilibrio psicofisico. La trasformazione nel sentire comune è indotta dai numerosi messaggi, veicolati dai prodotti culturali di fascia bassa, trasmessi in continuazione soprattutto dalla TV generalista, alimentati in una perfetta simbiosi con i meccanismi pubblicitari. Nel ventennio che inizia negli anni '60 eravamo spinti al consumo di beni che miravano ad appagarci con il possesso e l'esibizione delle merci i cosiddetti status symbol. Oggi per "fare colpo" bisogna essere belli, magri, palestrati, depilati, tatuati e con almeno due piercing, inoltre non sono tollerati i segni dell'acne giovanile dopo i 13 anni e le rughe facciali prima dei 70, In una società in cui si passa dall'"avere o essere"¹, all'apparire la cultura o le abilità professionali non sono considerate più una dote da mostrare. Come sono state indotte queste trasformazioni? Chi ha alimentato questi modelli?

¹ Erich Fromm nel 1980 con il suo libro *Avere o Essere*, ha riproposto una stimolante analisi sul dilemma, che già tormentava il grande filosofo greco Epicuro ben 300 anni prima di Cristo

Il 9 settembre del 1991, al rientro dalle ferie estive, quando i palinsesti televisivi si rianimano, debuttò nella fascia oraria del mezzogiorno di canale 5 una nuova trasmissione ideata da Gianni Boncompagni e Irene Ghergo: "Non è la Rai". Il programma è inizialmente condotto da Enrica Bonaccorti (volto di canale5) affiancata da Antonella Elia (soubrette lanciata da "La Corrida") e da Yvonne Sciò (promettente attrice). Fanno da cornice al programma fatto di giochi con concorrenti che partecipano da casa e da balletti delle due vallette, 100 ragazze dai 13 ai 22 anni che partecipano come figuranti. Queste 100 ragazze con il passare delle varie edizioni sono poi passate dal ruolo di comparse a protagoniste, ricordiamo una per tutte Ambra Angiolini, inizialmente sinonimo di automa radiocomandato che assurge a rappresentante di una "biodiversità senziente" capostipite di una serie di Veline e Letterine, dove l'iniziale caratteristica di variegata umanità con un minimo di capacità intellettive, si appiattisce sempre di più sull'attuale modello del clone lobotomizzato e siliconato, buono solo per fare coppia con un calciatore. Con questo non intendo dire che tutta la società sia in preda a un delirio che induce alla spasmodica ricerca di "schemi labili" o di felicità e benessere troppo facilmente raggiungibili. Ma è pur vero che, se non si hanno a disposizione le armi della cultura ed un forte spirito critico, si è indotti a **coltivare** e imitare i modelli proposti o credere che la realtà vera sia quella rappresentata nelle "fiction televisive" o nei "reality show".²



Irene Pivetti e (a destra) la drag queen Platinette, conduttrici di «Bisturi» (Ansa)

Come si fa a non rimanere, in qualche modo, stupiti dal fatto che un ex Presidente della Camera dei Deputati abbia condotto una trasmissione che spettacolarizza la chirurgia plastica? (Bisturi italia1)³. Cito uno dei tanti commenti riportati dalla stampa: "L'«esagerazione» consiste nell'aver trasmesso in diretta un'operazione chirurgica al seno su una ventenne. «Il tema poteva essere condotto senza far vedere un intervento che, come tutti gli altri, non può essere spettacolarizzato. Si urta la sensibilità delle persone innescando un meccanismo che può avere gravi conseguenze», ha detto Rosanna Catizone, membro dell'Accademia italiana di medicina estetica

ed ex responsabile dell'ambulatorio di medicina estetica dell'ospedale Fatebenefratelli." Rendendo tutto semplice, nascondendo il sangue, la sofferenza, il dolore si inducono le persone a pensare che tutto si possa risolvere senza sforzi, senza attese, senza patimenti. - Durante una lezione, una giovane dermatologa raccontò che una paziente si lamentò tantissimo sul fatto che l'applicazione dell'acido glicolico per un peeling le provocasse una forte sensazione di bruciore, la dottoressa le disse: "Signora è normale che l'acido le provochi una sensazione di bruciore". La risposta della signora fu sconcertante: "Strano, io mi sono decisa a venire da lei perché l'altro giorno in TV hanno fatto vedere una applicazione dello stesso acido ma la modella sorrideva sempre!" - Ecco è in questo modo che abbiamo creato una generazione di fruitori di benessere a "buon mercato", ultrarapido e indolore.

Ma anche per gli ammalati "quelli veri" ci sono dei seri problemi di "coltivazione dei modelli", indotti dagli stereotipi presentati nelle fiction. Pensate alla serie TV del 1961, il giovane interno del Blair General Hospital, il dottor James Kildare, è un medico appassionato del proprio lavoro. Affascinante e sempre sorridente (tanto che spesso infermiere e giovani pazienti si innamorano di lui, anche se lui non ci fa molto caso dato che nella sua vita la medicina viene prima di tutto), non si accontenta di guarire i malati di

² Nicoletta Cavazza: Comunicazione e persuasione ed il Mulino pag. 93 Cultivation hypothesis.

³ «Bisturi», il programma di chirurgia estetica di Italia 1 condotto da Irene Pivetti e Platinette.

Notizia tratta dal Corriere della Sera e foto ANSA

cui si occupa di volta in volta, ma in genere cerca anche di risolvere i loro problemi psicologici e i problemi piccoli e grandi della vita di tutti i giorni.

Vogliamo parlare poi di Emergency Room (ER) la serie TV che ancora oggi va in onda e che ha influenzato il modo di vedere e di vivere il "pronto soccorso" per milioni di pazienti nel mondo, modificandone le aspettative e soprattutto il livello di assistenza percepito.

Comunicare in sanità (MASS MEDIA)

... quante rubriche ed inserti la stampa dedica a quest'argomento, quanto i palinsesti televisivi sono ricchi di approfondimenti tematici, quanto trasmissioni e fiction gravitano intorno al tema e che quantità di interventi si possono rintracciare navigando in internet...

Dott. Mario Cesare Soci



Tutto questo deve porre dei seri problemi morali a chi si occupa di comunicazione pubblica. Dovremmo, a questo punto, porci la domanda: "abbiamo forse creato un mostro?" Avete mai visto qualcuno portare a spasso nel parco un mastodontico molosso? In certi momenti ci illudiamo di essere noi a condurlo al guinzaglio ma in effetti è la bestia, che stratonandoci, ci conduce a suo piacere dove più gli pare. Per concludere questa prima parte dell'analisi, si tenga conto che il 40% della popolazione italiana ha come

unica fonte culturale la televisione. Non sorprendiamoci dunque, nell'osservare le motivazioni che spingono sempre più pazienti, soprattutto maschi, di 30-35 anni a recarsi dal dermatologo perché non accettano i primi naturali segni dell'invecchiamento cutaneo. Come deve comportarsi lo specialista in questo caso? Saranno sicuramente utili delle buone dosi di pazienza e un po' di psicologia e un'ottima strategia di comunicazione. Quanto possiamo considerare false le esigenze manifestate dal paziente, pur se parzialmente o totalmente indotte e alimentate dai media e dalla moda? Per rispondere a queste domande e per stimolare la successiva riflessione, ci sarà utile aprire una panoramica sul rapporto medico/paziente.

Nel 1931, Henry Sigerist, storico della medicina, affermava con sicurezza che "la relazione tra medico e paziente è una relazione pura da persona a persona". Quasi negli stessi anni, il famoso economista J. Schumpeter, osservava che la relazione medico-paziente era l'ultimo esempio sopravvissuto di sfruttamento diretto e puro dell'uomo sull'uomo. Questa doppia focalizzazione delle relazioni interpersonali fra medico e paziente ha dominato il campo del dibattito, delle ricerche e delle riforme sanitarie nelle ultime decadi, finché oggi ci accorgiamo che né l'una né l'altra affermazione sono più vere; o meglio hanno perduto il significato che veniva loro attribuito un tempo, e debbono essere profondamente riconsiderate e riformulate, anche se mantengono taluni aspetti di verità. La medicina, pur avendo in sé la capacità di determinare significativamente il proprio corso, è profondamente influenzata dai costumi, dai valori, dall'economia e dalla politica delle società di cui fa parte. Il confine tra il campo della medicina e il campo della società è sempre più sfumato e incerto. La medicina è alimentata dalle enormi somme di denaro spese dai governi e dall'industria privata, dal potere della pubblicità e dei media, nonché dai gusti, dalle fantasie e dai desideri più diffusi tra la gente. Non è quindi irragionevole dire che la medicina va dove la società la trascina. Una trasformazione della medicina richiede, idealmente, una trasformazione della società, giacché le due cose non possono più essere tenute separate. Per ripensare gli scopi della medicina, occorre ripensare nello stesso tempo gli scopi e i valori della società e del suo substrato culturale. Proporre argomenti sui temi della relazione e della comunicazione tra medico e paziente vuol dire rispondere a un'esigenza sempre più sentita sia dai medici che dai pazienti, e richiede un confronto con problematiche non facili da affrontare.

L'evoluzione stessa della medicina pone sempre più spesso il medico di fronte alla necessità di valorizzare il momento comunicativo e gli aspetti relazionali dell'incontro clinico. Le conquiste tecnologiche ampliano i territori dell'agire umano e pongono il medico dinanzi a sempre nuovi interrogativi etici. Il progredire delle conoscenze scientifiche rende ancora più complessa la figura del medico, che si trova ad incarnare un ruolo che, quanto più è arricchito di potere dalla tecnologia e dalla scienza, tanto più attiva è l'aspettativa di guarigione nei pazienti, con gratificanti quanto impegnative santificazioni, ma genera anche inevitabili sentimenti di aggressività, quando si sentono traditi e delusi.

Sempre più di frequente il medico è chiamato dal paziente al ruolo di "validatore" di notizie e conoscenze, più o meno strutturate, in possesso del paziente.⁴ La grande massa di informazioni oggi disponibili, proposte dai media tradizionali, ma ancor più quelle facilmente reperibili e consultabili su Internet, pongono spesso il medico e lo specialista a confronto con una nuova categoria di pazienti iper informati, che spesso, sulla patologia che li affligge, hanno a disposizione più informazioni aggiornate di quante ne abbia il medico stesso. Dal punto di vista della struttura organizzativa, l'incontro individuale fra medico e paziente appare sempre più come un anacronismo, peraltro sempre più costoso e inefficiente. Il ricorso a strutture organizzative complesse, quali sono i servizi sanitari nazionali in Stati a regime di welfare, sembra aver eliminato sia il carattere di relazione pura tra persona e persona, sia lo sfruttamento diretto di tipo capitalistico di cui parlava J. Schumpeter. Si dice anzi, oggi, che anche il medico viene lentamente "proletarizzato", mentre per converso il paziente viene collettivizzato nella figura del consumatore di massa. Eppure non pochi insistono per rilevare la persistente continuità e significanza della relazione medico-paziente, anche nella medicina pubblica e sociale, sia perché sopravvivono certi aspetti tradizionali (già acutamente studiati, per es., da S. Freud), sia perché emergono nuovi adattamenti in un contesto culturale, sociale, tecnologico che - in ultima istanza - non sembra poter fare a meno della relazione interpersonale di cui si parla. La medicina tradizionale, in quanto modello culturale di intervento sull'uomo (cioè sotto l'aspetto di servizio per la vita e come forma di organizzazione socio-culturale per il mantenimento-recupero della salute) sembra essere ormai tramontata. Attualmente la medicina è percorsa da una frammentazione scientifica e da una conflittualità socio-culturale interna che non consentono di intravedere la sostituzione del vecchio paradigma interpersonale, per quanto assai carente e non certo idealizzabile, con uno nuovo, adeguato alle aspirazioni che possono essere sintetizzate nell'espressione "medicina umana". In particolare seri dubbi sono stati espressi da ogni parte sulle possibilità/probabilità di recupero (o riproposizione innovativa) di certi aspetti fondamentali della medicina, quali una elevata o piena attenzione alla vita, un rapporto "umano" fra medico e paziente, una concezione "globale" della salute e una pratica conseguente. In questo senso qualcuno parla di "fine culturale" della stessa medicina. La medicina diventa sempre più una faccenda tecnologica e un affare sistemico. I nuovi modelli culturali sono interventi e comunicazioni di tecnologie e attraverso tecnologie. La medicina si frantuma e si rivela sempre più un aggregato di scienze e tecnologie (fisica, chimica, ingegneria, cibernetica, ecc. ecc.) sostanzialmente prive di una comprensione teorico-pratica dell'uomo in quanto tale. Al medico di base, come a quello che opera in strutture di più vasta dimensione, sfugge il controllo della sua stessa situazione, perché questa è condizionata da una complessità oltremodo elevata di fattori ad altissima contingenza. In breve il paradigma culturale della medicina sembra dover abbandonare ogni "riferimento di senso umano" che non sia una questione meramente pragmatico-utilitaristica. Così pure la medicina sembra perdere di capacità di relazione con la filosofia e con la sociologia. Nonostante si faccia un gran parlare della necessità di

⁴ Aparo U.L., Diret. Sanitario IDI IRCCS, *corso di aggiornamento "Comunicazione Medico Scientifica"* ROMA settembre 2003

integrare la medicina con le scienze umane e sociali, c'è una sostanziale refrattarietà e incomprensione fra questi due modi di concepire e intervenire sull'uomo.

È possibile inserire nuovi corsi universitari di insegnamento per la formazione dei medici e del personale sanitario nel campo delle scienze sociali, si possono anche fare ricerche assieme ma l'aspetto umano e sociale resta sempre marginale, secondario, periferico, se non puramente decorativo ai fini della comprensione e cura della salute. Il medico e il paziente si pongono oggi alcuni fondamentali interrogativi: può il medico costruire un suo paradigma di comprensione della salute dell'uomo che sia adeguato all'uomo stesso in quanto persona e non solamente come corpo, psiche, cittadino ed utente così fortemente influenzato dai mass media? Può il medico stabilire, nel suo operare pratico, un equilibrio fra il necessario progresso scientifico-tecnologico e l'uso appropriato di tali strumenti in vista di un'organizzazione sociale (incluso il servizio sanitario nazionale) che riconosca nei fatti i diritti della persona umana nel campo della salute?

Fino a qualche tempo fa la classe medica poteva giovare del rapporto asimmetrico che si perpetuava da ere remote; Il medico portatore di un sapere esperto era detentore del potere, incarnava un forte ruolo professionale di fronte ad un soggetto senza conoscenze specifiche in materia in un momento particolare della sua vita (la malattia) caratterizzato da uno stato d'ansia e di disagio. Oggi il medico deve coniugare il suo ruolo professionale con l'esigenza di stabilire un rapporto diretto che si basi su competenza, fiducia ed empatia. D'altro canto il paziente è nella condizione di dover assumere il maggior numero di informazioni possibili sul suo stato di salute (quale è la sua malattia, come e dove curarsi al meglio ecc.) e di essere sostenuto psicologicamente, vista anche la condizione di paziente, impaziente e deviato, descritta nel paragrafo precedente. Abbiamo visto che ad alterare gli schemi elaborati dai padri della sociologia sanitaria, contribuisce fortemente, l'uso e l'abuso delle informazioni veicolate dai vari mezzi di comunicazione. In breve il modello organicistico-sistemico di Lawrence J. Henderson del 1909, che, tra i primi, introdusse il concetto di sistema sociale (biologicamente inteso) nell'analizzare la relazione medico-paziente. Questo autore trasse ispirazione, in particolare, dalla sociologia di V. Pareto, suo contemporaneo, e perciò potrebbe essere considerato come il primo esempio di un incontro culturale fra medicina e sociologia, sul terreno dell'allora imperante positivismo. Sulla base del modello "biologico" di L. J. Henderson, nonché delle premesse della sociologia di E. Durkheim, T. Parsons nel 1951 elaborò quello che poi sarebbe divenuto il modello sociologico più citato e più criticato: il modello organico funzionalista della dominanza professionale⁵. Durkheim assimilava lo stato di salute alla integrazione sociale, essere sani significa essere produttivi e quindi utili alla società. Sempre Durkheim diceva: "Se conveniamo di chiamare tipo medio l'essere schematico che costituiamo riunendo nel medesimo tutto [...] i caratteri più frequenti nella specie insieme alle loro forme più frequenti, possiamo dire che il tipo normale si confonde con il tipo medio, e che ogni deviarlo nei confronti di questo campione della salute è un fenomeno morboso [...] Ciò che il fisiologo studia, sono le funzioni dell'organismo medio - e questo è anche il caso del sociologo". Durkheim con il suo approccio positivista elimina ogni componente soggettiva nel rapporto medico/paziente privilegiando l'analisi dell'interazione mediante i ruoli. Talcott Parsons, con il suo approccio funzionalista mette in evidenza la funzione sociale del medico visto come certificatore dello stato di infermità, a lui è affidato il compito di recuperare il paziente alla società, mettendolo in condizioni di poter tornare a ricoprire i propri ruoli sociali, familiari e professionali dai quali era uscito come "deviante involontario" durante il periodo della malattia. Goffman nei suoi studi sulla sopravvivenza del sé nelle istituzioni totali, ci aiuta a capire come deve sentirsi un

⁵ T. Parsons, *La relazione medico-paziente*, in *Il sistema sociale*, Milano, Comunità, 1964.

paziente che si trova anche per brevi periodi a sperimentare la vita all'interno di un nosocomio.

Le tre attività fondamentali dell'essere umano – dormire, mangiare e divertirsi – sono svolte all'interno dello stesso luogo e sono regolamentate dall'istituzione stessa.

Il soggetto è sottoposto ad un processo di spoliazione del sé che lo priva della sua identità, privato degli oggetti personali, costretto ad indossare una divisa (pigiamata), a rispettare determinati orari, ecc. Un primo modello parzialmente alternativo a quello parsoniano è venuto da Th. Szasz e M. H. Hollender. Si tratta, al pari del precedente, di un modello normativo ma in chiave di sviluppo. Qui, infatti, la relazione medico-paziente viene articolata in tre tipi che si riferiscono a situazioni cliniche differenti a seconda della malattia e delle capacità di risposta e collaborazione del paziente, e quindi il prototipo del modello non è più sempre e soltanto la relazione genitore-bambino, ma - evolutivamente - la relazione genitore-figlio adolescente e poi la relazione adulto-adulto. Un'altra linea di critica al modello della dominanza professionale è il modello conflittuale, quale emerge dalle ricerche e dagli scritti di autori come E. Freidson, D. Mechanic, M. S. Davis, I. K. Zola e altri. Per questi studiosi, la relazione di cui si parla può essere analizzata in modo più efficace se la si pone nella cornice concettuale di un incontro fra due distinti tipi di sistemi sociali, incontro che non può essere analizzato come un sistema omeostatico contenuto entro prerequisiti funzionali, ma semmai come a clash of perspectives.

Il professionista si attende che il paziente accetti ciò che lui raccomanda secondo il suo sistema (professionale) di riferimento, mentre il paziente cerca servizi secondo un proprio sistema di riferimento ("laico", di senso comune ed influenzato dall'attuale produzione culturale). Nel fatto che entrambi cercano di realizzare i propri obiettivi (che sono anche differenti definizioni delle relazioni) c'è un conflitto, perché tali obiettivi sono significativi in rapporto a due sistemi referenziali diversi (competenza tecnica da un lato e lay referral system dall'altro).

Attraverso questa chiave interpretativa è ovvio che la relazione medico-paziente cambia completamente volto. In particolare al medico viene contestato il monopolio del diritto di riconoscere, in base ai suoi soli parametri, che un certo stato è una malattia che può legittimare l'assunzione di un ruolo sociale "ufficiale". Anche il paziente ha qualche diritto in proposito, in tutti i casi in cui non si trovi in condizione di incapacità di intendere e di volere, chiede non soltanto di essere ascoltato, ma di essere *compreso o meglio* si aspetta che il medico sia capace di mettersi nei suoi panni, di assumere - anche solo per un momento - il suo ruolo, per una pienezza di senso nello scambio comunicativo. Ma non è su questa strada fenomenologica ed ermeneutica che questi autori si incamminano per una più profonda revisione del modello parsoniano. Piuttosto essi enfatizzano il fatto che la relazione diventa *negoziale*, che essa si pone come una relazione di scambio fra due sub-culture, come un processo che seleziona i sintomi, la loro percezione, la loro interpretazione, fino al modo di procedere lungo tutta la relazione terapeutica nel complessivo sistema delle cure. La realtà è che la comunicazione fra medico e paziente è divenuta una relazione altamente complessa che si colloca in una rete relazionale caratterizzata da crescenti contingenze e mutamenti in ogni sua componente. Cambiano i bisogni degli utenti e la loro definizione culturale della salute e della malattia. Il paziente accresce le sue aspettative nei confronti del medico e del personale sanitario, mentre al contrario perde fiducia in essi. Cambiano i modelli professionali medici, i loro vincoli di azione e di controllo, tutto l'assetto del sistema socio-sanitario. Il rapporto diventa più impersonale, più frettoloso e superficiale, nel quale ci si conosce sempre meno. Cambiano le tecnologie e le procedure che mediano il rapporto fra medico e paziente.

Tanto i medici che i loro clienti usano sempre più strumenti tecnici (*gadgets*, apparecchiature, laboratori, ecc.) che distanziano sempre più le loro soggettività.

L'ondata di *media* informatici e telematici porta tutti questi fenomeni al parossismo. Questi modelli si basano sull'assunto che il carattere asimmetrico di tale rapporto sia dovuto, più che a fattori relazionali intrinseci, alle differenze culturali e linguistiche quali responsabili privilegiate della dipendenza del paziente. Sarebbe insomma il comportamento comunicativo (culturale e linguistico) del medico che amplificherebbe la sua dominanza relazionale, riproponendo (e riproducendo) di continuo una struttura in cui gli strumenti scientifici e tecnologici servono per fare cose "al" paziente e non "assieme al" paziente (questo fatto spiegherebbe, del resto, come il cosiddetto "consenso" - anche "informato" - del paziente sia quasi sempre un'illusione)⁶. D'altra parte è ben noto che la stessa formazione universitaria e professionale del medico privilegia in assoluto le abilità tecnico-scientifiche a tutto svantaggio di quelle relazionali-interattive. In base a quanto sopra esposto, soprattutto le istituzioni devono compiere degli sforzi per venire incontro alle mutate esigenze dei pazienti, oggi ci troviamo ad interagire con un utente dinamico ed esigente che giustamente è portatore di nuovi bisogni, il benessere vissuto come valore post-materialistico proprio della cultura postmoderna, il recupero del corpo con la ricerca di una armonia tra benessere fisico e psichico. Queste sono le realtà alle quali tutto il sistema si deve adeguare.



⁶ Aparo U.L., Diret. Sanitario IDI IRCCS, corso di aggiornamento "Comunicazione Medico Scientifica" ROMA settembre 2003

Un'azienda sanitaria che desidera emergere e rimanere al passo coi tempi, non può eludere la questione della comunicazione con l'utenza. Considerando le complessità che abbiamo messo in evidenza nel primo capitolo e che sono legate all'evoluzione della società stessa e che per noi rappresenta il nostro "ricevente". Adesso dobbiamo capire quali mezzi di comunicazione sono più efficaci nel rapporto tra istituzione e utente. Non dobbiamo dimenticare che oltre ad una fase eterodiretta dobbiamo occuparci anche di comunicare verso l'interno. La comunicazione interna è fondamentale per presidiare e trasmettere i valori di riferimento dell'impresa. Per questo motivo è da considerare come una componente fondamentale della comunicazione interna la Formazione e l'aggiornamento continuo del personale. Per qualsiasi azienda, il momento storico attuale, rappresenta una fase di profonda riorganizzazione ed ottimizzazione dei servizi, affinché le risorse operanti a contatto con i clienti e gli utenti possano soddisfare al meglio la domanda sempre più attenta ed esigente. Per ogni organizzazione, la linea di contatto con il pubblico costituisce un vero e proprio **momento della verità**: infatti ogni addetto riassume in sé, per il cliente (paziente), tutti i pregi ed i difetti dell'organizzazione nel suo insieme. In altri termini, un'azienda od un Ente pubblico sono ciò che i loro rappresentanti



in "prima linea" li fanno apparire. Per questo, attuare un intervento formativo partendo dalla **Front Line (Personale addetto al pubblico)** è non solo un modo appropriato di intervenire sostenendo un settore aziendale tradizionalmente debole e spesso vissuto come marginale dalla struttura e dagli stessi operatori, ma anche un'attenta operazione di marketing e una risposta concreta alla domanda di cambiamento e di trasparenza.

In sostanza gli utenti si accorgeranno che qualcosa è cambiato, il giorno in cui in un qualsiasi punto di contatto

con il pubblico di una determinata organizzazione potranno contare su persone pronte a rispondere nel miglior modo possibile alle richieste formulate si sentiranno in tal modo accolti e compresi. Un'altra ragione per investire in questo tipo di formazione, è che essa consente di trasformare il malcontento, l'insoddisfazione degli operatori in consapevolezza di ciò che può essere migliorato da loro e da subito, e ciò che invece necessita di interventi da parte di altri soggetti. Il successo di questa tipologia di interventi è strettamente connesso con la capacità e la disponibilità ad entrare in contatto con i problemi specifici dell'azienda, di conoscere il più possibile a fondo il settore in cui si va ad operare ed infine di capire, attraverso il **contatto diretto** e la **ricerca preliminare**, la mentalità, i problemi, il modo di cogliere la realtà tipica dei soggetti interessati. Tutto questo impone una fase di definizione e costruzione dei progetti di formazione e comunicazione in stretta collaborazione con il personale addetto ai ruoli sui quali si vuole intervenire, con i loro diretti responsabili e con le Direzioni interessate. Il coinvolgimento, anche nella fase di erogazione dell'intervento formativo, ha come obiettivo la costruzione di una mentalità del **Servizio come Professione**. Dobbiamo considerare gli operatori del front-line, non solo come emettitori del messaggio ma anche come primo "mezzo" di comunicazione.

Formazione e comunicazione interna sono necessarie per far conoscere e spiegare ai dipendenti gli obiettivi societari.

Una buona comunicazione interna, infatti, è importante:

1. nell'organizzazione dei processi aziendali;
2. nelle fasi di cambiamento delle strutture organizzative (fusioni, ristrutturazioni, acquisizioni);
3. per capire se tra i dipendenti regna armonia e affiatamento;

Inoltre la mancanza di comunicazione tra front-line e back-line produce inefficienza.



La realizzazione delle strutture e dei processi rappresentate in questo schema sono un compito certamente non semplice, se si considerano, da un lato, la problematicità delle dinamiche comunicative, dall'altro la complessità dei processi organizzativi ed operativi dei servizi socio-sanitari. Una strategia comunicativa tesa a facilitare i percorsi organizzativi nei servizi sanitari e sociali in direzione della qualità deve puntare a:


- un'integrazione operativa di queste strutture, che prevedono interventi congiunti di operatori con attività e professionalità spesso differenti tra loro;
- una particolare attenzione alla soddisfazione del cittadino-utente nell'ambito della gestione dei diversi servizi socio-sanitari;
- una valorizzazione e motivazione del personale dipendente e convenzionato nei diversi servizi;
- perseguire con continuità la qualità dei servizi.

La **comunicazione bi-direzionale** nel rapporto dei servizi con il cittadino-utente deve coinvolgere tutti gli operatori in generale e rafforzarsi specialmente nel rapporto medico-paziente. Abbiamo affrontato la problematica nel primo capitolo e non vogliamo in questo

URP

Un rapporto diretto e immediato con l'amministrazione, costituisce momento di efficace possibilità di segnalazione di comportamenti negativi o limitativi alla fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e sociale, ma è anche elemento di positiva partecipazione di ciascuno, per fornire suggerimenti e proposte, per il miglioramento specifico e complessivo dell'organizzazione aziendale.

Dott. Mario Cesare Secchi



contesto sollecitare oltre la sensibilità del medico che di suo dovrebbe avere le opportune conoscenze per la gestione del rapporto con il paziente. Uno dei mezzi fondamentali da utilizzare è sicuramente l'**Ufficio Relazioni con il Pubblico e marketing sanitario**, come abbiamo visto nello schema è uno dei punti nevralgici della comunicazione aziendale, esso affianca l'amministrazione e la **Direzione Sanitaria** nelle fasi "conflittuali" con l'utenza tentando con delle strategie adeguate e con dei monitoraggi continui di ridurre a zero ogni possibile contenzioso, in particolare gli adempimenti dell'ufficio sono:

- informazione
- accoglienza
- tutela
- partecipazione

I recenti sviluppi normativi in materia di comunicazione pubblica (legge 150 del 2000) hanno ampliato il campo di intervento delle strutture di comunicazione istituzionale. L'Ufficio, pertanto è preposto essenzialmente all'espletamento delle attività di informazione e comunicazione, che sono dirette alla valorizzazione della:

1. comunicazione esterna, rivolta ai cittadini e agli utenti;
2. comunicazione interna, finalizzata alla definizione dei percorsi relativi ai processi di erogazione dei servizi.

I principi fondanti che caratterizzano la comunicazione esterna sono diretti:

1. all'ascolto degli utenti;
2. al dialogo con i cittadini;
3. all'accessibilità dei servizi erogati dall'azienda.

Inoltre l'URP si occupa della formazione del personale, che come abbiamo visto all'inizio del capitolo svolge una doppia funzione fondamentale, tali interventi vanno effettuati e programmati a scadenze regolari o in occasioni particolari in collaborazione con l'ufficio del personale e con le **Risorse Umane**. È necessario che l'URP collabori anche con l'altro fulcro della comunicazione, **Ufficio stampa e relazioni esterne**, in modo particolare nei momenti di esposizione mediatica dell'azienda o in occasione di eventuali campagne "pubblicitarie", di questi aspetti ci occuperemo nei prossimi paragrafi. Bisogna far attenzione a non confondere la funzione di comunicazione esterna svolta dall'URP e la comunicazione esterna svolta dall'**ufficio stampa**, quest'ultima non direttamente rivolta agli utenti ma ai mass media.

Dobbiamo ora dirigere l'attenzione sul contenitore, sulla struttura sanitaria, anche l'aspetto fisico di questa è un fondamentale mezzo di comunicazione, non va mai trascurata la pulizia e la funzionalità dei luoghi comuni, delle sale d'attesa e dei servizi igienici. I consigli che seguono sono indirizzati verso il management, che deve emanare procedure, vigilare e fornire i giusti strumenti per consentire che vengano attuate. Anche chi giunge presso la struttura per la prima volta non dovrà mai sentirsi spaesato ma sempre accolto e guidato con tutti i mezzi tecnici e i sistemi disponibili, per esempio curando la cartellonistica, creando le guide ai percorsi pedonali, formando il personale addetto alle portinerie e all'accoglienza che deve sempre avere un'aspetto curato e professionale. Non dobbiamo mai dimenticare che l'utente/paziente tende ad identificare e spesso a confondere il medico e il personale sanitario in genere, con la struttura sanitaria e con la sua organizzazione. La prima impressione è quella che conta, soprattutto per gli utenti/pazienti come quelli descritti nel primo capitolo. Un paziente che non si sente accolto dalla struttura, risulterà più difficilmente gestibile anche nella fase clinica e vedrà anche il personale sanitario in modo distorto o comunque sarà indotto nelle valutazioni dai preconetti che una accoglienza negativa avrà contribuito a creare.

Oltre ai consigli organizzativi appena menzionati, è doveroso e opportuno conformarsi alle seguenti regole che riguardano aspetti molto pratici sulla gestione delle comunicazioni, delle informazioni e dei dati personali:

- Le informazioni al paziente possono essere fornite non solo dai medici, ma anche da altri professionisti sanitari. Le comunicazioni possono interessare anche i familiari e gli stretti congiunti, chiamati ad esprimere il consenso, in caso d'incapacità del diretto interessato.
- Il nome dei ricoverati non può essere fornito dalla "reception" degli ospedali o delle cliniche accreditate, salvo richiesta contraria dell'interessato stesso. Il nome dei ricoverati può tuttavia essere esposto negli elenchi delle presenze in corsia, salvo che non vi siano richieste di anonimato.
- Le informazioni al cittadino-utente sulle possibilità di utilizzo dei dati personali possono essere fornite o verbalmente, o con appositi moduli e cartelli ben visibili. Il linguaggio deve essere chiaro e facilmente comprensibile.
- Gli elenchi delle prenotazioni per gli esami diagnostico-strumentali dovranno essere criptati e registrati, in modo da garantirne la riservatezza.
- Le cartelle cliniche o i fogli di degenza comunemente esposti ai piedi del letto del paziente devono essere rimossi.
- Le schede del medico di famiglia con dati riguardanti lo stato di salute del paziente vanno custodite con particolare attenzione, affinché non siano accessibili ad estranei.
- Ricette salva-privacy: per determinate prescrizioni le richieste dovranno essere redatte in forma anonima, rispettando anche un'eventuale richiesta di anonimato da parte del paziente.
- La consegna di referti, di esami o di fotocopie di cartelle cliniche va fatta al diretto interessato, oppure ad altra persona munita di delega, previa compilazione di un modulo ed esibizione di documento di riconoscimento, ma sempre in busta chiusa.
- I bollettini medici sullo stato di salute del paziente possono essere diramati solo se quest'ultimo lo consente esplicitamente. Si possono comunicare informazioni solo se la rivelazione è imposta dalla legge e, a giudizio del medico, sussistono gravi pericoli per la salute o per la vita. In questi casi è necessaria l'autorizzazione del Garante.
- Le riviste mediche e le pubblicazioni scientifiche devono evitare che le persone delle quali si pubblicano diagnosi o elementi clinici possano essere identificate.

È infatti vietata, salvo casi eccezionali, la divulgazione di dati riguardanti lo stato di salute.

- Gli interessati devono essere informati sulle caratteristiche di un'eventuale pubblicazione scientifica che li riguarda e consentire, espressamente, alla sua diffusione.

L'applicazione di queste semplici regole possono mettere al riparo i medici e le strutture da inconvenienti di tipo legale, ma soprattutto, sono alla base del rispetto che è dovuto ai pazienti, che sono oggetto e motivo dell'esistenza delle professioni sanitarie.

Dobbiamo considerare la **Comunicazione interna** come lo strumento del management sanitario teso a favorire il processo di integrazione necessario per una "messa in rete" dei servizi sanitari e sociali, così da rispondere nel modo migliore ai molteplici bisogni del cittadino-utente. Lo sviluppo della comunicazione interna è la parte che consideriamo più importante e che pone i maggiori stimoli in quanto può diventare una vera leva strategica nella gestione di un'azienda ospedaliera. I prodotti editoriali aziendali come ad esempio la "carta dei servizi" sono strumenti fondamentali di contatto con il paziente ma sono anche un mezzo di comunicazione interna come anche tutti i pieghevoli le locandine ecc. questi strumenti che sono originariamente progettati per il pubblico sono spesso utilizzati dal personale interno come fonte primaria e certificata di informazioni, tali strumenti possono essere fortemente potenziati dalla integrazione con le nuove tecnologie

informatiche. Uno dei problemi degli stampati tipografici è la difficoltà dell'aggiornamento, una volta stampati in migliaia di copie non possono essere adeguate in tempo reale, riportando mutamenti che riguardano l'organizzazione dell'azienda o l'inserimento di nuovi servizi o il semplice cambiamento di un numero di telefono. Spesso divengono quindi veicolo di informazioni certificate ma obsolete. Tali documenti potrebbero essere contenuti e veicolati per via informatica ed essere stampati "on demand" sempre aggiornati senza

Accoglienza:

- Predisposizione e distribuzione di **pieghevoli informativi** e **carta dei servizi** per gli utenti, con l'indicazione delle strutture complesse dell'istituto
- Predisposizione **segnaletica interna** su richiesta dei reparti e dei servizi o della DS
- Materiale informativo per:
CUP, cartelli fumo, schede informative per sito web, ecc

 Dott. Mario Cesare Seci



sprechi di carta o inutili giacenze in magazzino di materiali che rischiano di diventare obsoleti prima che vengano distribuiti.

In questo modo sarebbe rafforzata l'autorevolezza della fonte (Istituzione, Direzione Generale, Direzione Sanitaria ecc.) con la certezza dell'attualità dei contenuti. In attesa che tutti gli utenti che giungano nelle strutture sanitarie, vengano accolti nella "**nuvola WiFi**" e possano scaricare i materiali informativi in automatico sul loro PDA o sul loro telefonino, mentre soggiornano in sala d'attesa, si potrebbe pensare all'installazione di una stampante presso l'URP che possa produrre solo i volumi richiesti attingendoli direttamente dalla rete Internet o dalla **INTRANET** aziendale.

Internet la rete delle reti non ha bisogno di essere descritta e ne parleremo più diffusamente nei prossimi paragrafi, ma dedichiamo adesso un minimo di riflessione allo strumento genericamente definito **INTRANET**. Si tratta di una rete privata di piccole medie o grandi dimensioni che utilizza le pagine HTML per distribuire le informazioni agli utenti i quali utilizzano solo il browser per accedere alle informazioni aziendali. Il vantaggio è che utilizzando tecnologie Web si riesce a ottenere un sistema informativo indipendente dalla

piattaforma (agli utenti basta avere un browser), per cui gli utenti possono utilizzare indifferentemente un PC, un Macintosh o una workstation UNIX e accedere agli stessi dati e alle stesse applicazioni. In effetti questa definizione è troppo generica ma ci dà una prima idea delle sue potenzialità.

Per un **ingegnere** la intranet sarà, probabilmente, l'insieme dei collegamenti fisici tra i computer dei dipendenti oppure, al limite, l'insieme dei protocolli trasmissivi che consentono ai "dati" (definizione quanto mai vaga e indeterminata) di circolare. Per un **Direttore delle Vendite** o per un **Capo-progetto** la intranet sarà un insieme di applicazioni per scaricare le transazioni commerciali o per diramare un guasto e probabilmente tutto il sistema web dell'azienda sarà visto come una grande "macchina" che serve a ridefinire in maniera efficiente ed efficace alcuni processi.

Attività di Comunicazione interna

- Predisposizione **elenco telefonico interno** sviluppato secondo l'organigramma aziendale e delle varie Strutture
- **Stampato** distribuito a tutte le unità organizzative, consultabile attraverso **intranet** o area riservata del **sito Aziendale**
- Sviluppo **Intranet** aziendale
- **Notiziari Interni**

 Dott. Mario Cesare Secchi



Per un uomo del **Personale** intranet sarà un sistema di formazione on-line oppure un modo per trasmettere messaggi strategici. Ancora, per un **grafico o uno sviluppatore** la intranet è costituita da uno o più siti web, con le proprie logiche di sviluppo e progettazione. Per un **Direttore Sanitario** sarà una delle soluzioni per ridurre l'ingombro delle cartelle cliniche o per far scorrere meglio i dati clinici dei pazienti. Man mano che lo sguardo passa a chi si occupa di **comunicazione** e di conoscenza (insomma, degli aspetti "soft") la intranet diventerà un insieme

articolato di conversazioni e modi di relazione tra le persone. Ciascuna delle definizioni proposte non è, presa di per sé stessa giusta o sbagliata. E le definizioni stesse non sono in reciproca competizione: sono piuttosto una serie di "strati" attraverso i quali un oggetto così flessibile e dinamico come la intranet può essere considerato. Ciascuna di esse, tuttavia, richiama una serie di problemi e di pratiche molto diverse e solleva una gamma molto eterogenea di soluzioni operative. È probabile, infatti, che le diverse appartenenze professionali spingano la intranet in una direzione piuttosto che in un'altra, sulla base delle diverse percezioni di che cosa sia realmente importante e di che cosa sia sentito come mancante. Per questo alcune saranno più orientate alle notizie, altre ai forum di discussione, altre ancora alle applicazioni sanitarie e alle utility e così via. La cosa interessante è che nessuna di queste manifestazioni concrete è, a rigore, giusta o sbagliata: vivono assieme in un medesimo ambiente che consente loro una serena coabitazione. Certo è che, se qualche pezzo di questo mosaico viene a mancare, in genere dopo un po' se ne sente la mancanza. Le aziende ospedaliere sono oggetti complessi. Anche i problemi che le organizzazioni si trovano ad affrontare cambiano nel tempo, così come cambiano gli strumenti e le sensibilità che sono chiamate ad affrontarli. Più che determinare quale approccio sia il più corretto e il più rispondente alla "natura" dell'oggetto è importante che queste diverse visioni della intranet trovino un loro denominatore comune e un modo di poter convivere all'interno della casa comune che è la intranet. Le possibilità tecniche ci sono. Le diverse esperienze e sensibilità che popolano la intranet sono tutte troppo importanti per permetterci di tralasciarne qualcuna in nome di personali preferenze o di appartenenze campanilistiche a questa o quella famiglia professionale. In realtà ciò che risulta vincente è piuttosto un approccio multilivello, che sappia tener conto dei diversi contributi che arrivano dalle varie appartenenze organizzative valorizzandole, a beneficio delle persone che lavorano, all'interno di un

oggetto che favorisce più di altri il sincretismo progettuale. In questo modo gli ingegneri potranno sviluppare sistemi di comunicazione efficaci per permettere, la gestione di applicazioni da parte delle linee di business, le nuove modalità di formazione on-line, gestite direttamente dalle Risorse Umane e le varie forme di conversazione tra i dipendenti, in un'ottica di gestione della conoscenza. È necessario, insomma, rompere i confini tra le diverse appartenenze e cominciare a mettere in comune i propri punti di vista: per farlo dovremmo, tutti, agire una sana sospensione del giudizio sulle priorità che riteniamo fondamentali e, soprattutto, sul linguaggio che ciascuno si porta dietro. C'è un'ultima cosa, in tutto il nostro ragionamento, che dobbiamo considerare con attenzione: la percezione finale dei nostri utilizzatori. Le persone che usano la intranet sono poco propense, in genere, a formulare sofisticate definizioni degli oggetti che praticano quotidianamente. Se l'oggetto è ritenuto utile, divertente e facile da utilizzare, lo useranno. In caso contrario lo ignoreranno e proseguiranno ad occuparsi delle loro faccende più immediate: trovare ed elaborare informazioni, produrre progetti, risolvere problemi. Per i nostri colleghi la intranet è, il più delle volte, un "tutto" con il quale hanno a che fare e sul quale imparano a maturare delle aspettative. Per loro la definizione dell'intranet coinciderà con l'insieme di problemi che contribuisce a risolvere.


La **Comunicazione esterna** viene svolta con l'approfondimento delle tecniche necessarie per favorire una strategia informativa, diretta sempre al cittadino-utente e al **miglioramento dell'immagine delle organizzazioni**, mediante un corretto rapporto con i mass media. Il lavoro degli uffici stampa è delicatissimo, in quanto si rischia di creare guasti spaventosi in qualsiasi settore, dalla politica alla finanza, dove una mezza parola di troppo può far saltare accordi o far litigare soci e alleati o indisporre i concorrenti. Ma c'è un altro ambito in cui, più di ogni altro, le parole d'ordine devono essere "competenza e cautela": quello medico-scientifico. Nel terzo capitolo parleremo delle specifiche caratteristiche professionali dell'addetto stampa. Soprattutto nelle aziende sanitarie dove si fa ricerca non ci si può limitare al lancio di un semplice comunicato stampa. Gli

Rinnovamento sito WEB per:

- rendere più accessibili i contenuti del sito riorganizzandoli secondo le **esigenze degli utenti**
- arricchire i contenuti per fornire il maggiore numero possibile di informazioni utili per la fruizione dei servizi.

Rispondere sempre alle richieste degli utenti (webmaster, URP, ecc.)

Dott. Mario Cesare Secchi



strumenti sono molto più complessi, ed anche in questo caso vi suggerisco l'integrazione e la sinergia tra media e sistemi vecchi e nuovi. Ci si affida a conferenze stampa o soprattutto a comunicazioni su periodici specializzati, all'organizzazione di seminari, tavole rotonde e convegni. Tutti gli eventi congressuali vanno preparati attentamente. Solitamente in queste occasioni ci si rivolge per l'organizzazione degli eventi a delle società specializzate ma nei casi in cui l'ente organizzi in continuazione momenti didattici o formativi sarà più

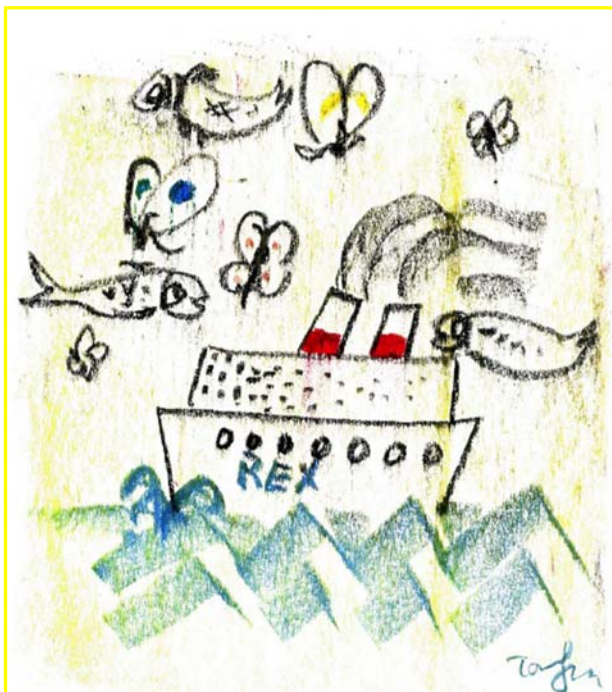
economico e produttivo dotarsi di un efficiente ufficio "**didattica e congressi**" che deve lavorare in sinergia ed è a sua volta parte integrante del sistema globale di comunicazione. Spesso tale sistema è in grado di auto-finanziarsi con i proventi degli sponsor e delle iscrizioni ai congressi. Il congresso o il convegno internazionale sono una grande occasione comunicativa per l'ente che la organizza. In primo luogo, esiste un contatto diretto tra gli operatori del settore e tra questi e il pubblico. – A tal proposito vi segnalo che sempre più spesso si rivela molto produttivo invitare a partecipare, in sessioni dedicate anche gli stessi pazienti, le loro famiglie o le associazioni che le rappresentano. - In questo modo si favorisce la circolazione delle notizie non solo in ambito medico

scientifico ma si contribuisce a rafforzare i legami tra la struttura sanitaria e l'utenza. In secondo luogo essendo un evento spesso di livello internazionale ha una visibilità superiore rispetto a comunicati, conferenze o pubblicazioni su "House-organs".



Con un minimo di abilità e un po' di fortuna si può anche dare un risalto particolare all'evento per esempio coinvolgendo un personaggio dello spettacolo come "testimonial". Solo per esempio voglio citare due occasioni nelle quali è stato possibile avere la partecipazione di personaggi noti in occasione di manifestazioni scientifiche. La prima che voglio citare è stata la presenza del noto presentatore, Pippo Baudo all'apertura del "1°congresso internazionale sulla chirurgia delle calvizie".

La seconda, più recente, è stata la partecipazione del poeta e sceneggiatore di molti film di Fellini e ormai volto televisivo per la campagna pubblicitaria "Unieuro-Euronics l'ottimismo e il profumo della vita", Tonino Guerra, che ha prodotto alcune illustrazioni per le locandine dell'ultimo convegno che il



nostro Istituto ha organizzato in collaborazione con due università Russe sul tema CUTE & AMBIENTE. Come in tutte le cose bisogna essere sempre equilibrati e evitare che il congresso diventi una esibizione di personaggi più o meno noti. Nel corso del convegno l'ufficio stampa dovrà occuparsi di fare da collegamento tra giornalisti e i medici o professori che presentano le varie ricerche, devono inoltre agevolare le interviste e preparare le sintesi e le cartelle stampa. Anche i **comunicati stampa** dovranno contenere esclusivamente eventi "notiziabili", occorrerà cioè fornire ai colleghi delle testate giornalistiche solo notizie di sicuro interesse, evitando di intasare le redazioni con notizie di scarso valore mediatico che otterrebbero solo il risultato di far perdere credibilità all'ufficio stampa e di conseguenza all'Istituzione che esso rappresenta. L'addetto stampa deve

quindi porsi come filtro tra la dirigenza dell'azienda che fa pressioni per avere la massima visibilità e i media che devono fornire al pubblico solo notizie di un certo valore. L'addetto stampa dovrà anche distinguere su quali testate indirizzare i vari generi di notizie sulla base degli ambiti di specifico interesse e delle diverse fasce di pubblico raggiunte. Alcuni giornali possono essere interessati ad eventi di carattere prettamente scientifico, altre da eventi che possono avere più rilevanza economica o politica. La lunghezza del comunicato

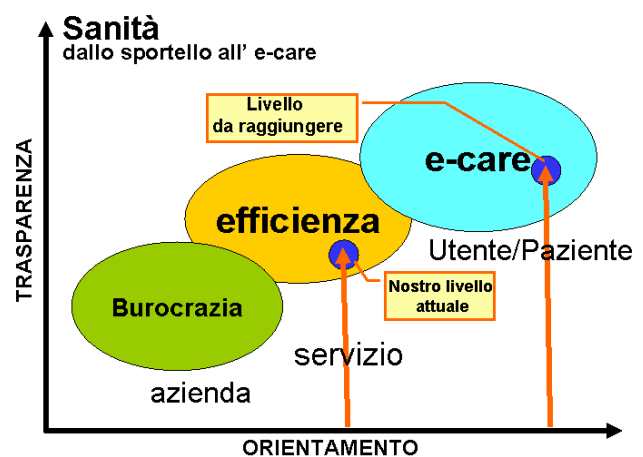
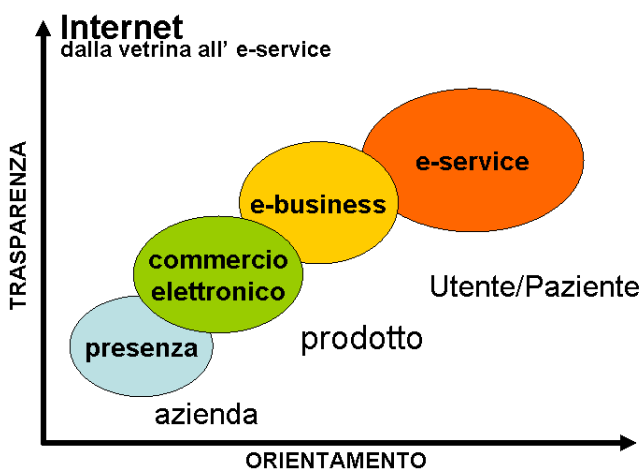
deve essere ponderata per evitare che il giornalista perda tempo a leggere intere cartelle per capire dove è la notizia vera. Sarà opportuno proporre un estratto della notizia con i punti salienti e fornire i “collegamenti” e le fonti per gli approfondimenti se la notizia dovesse risultare di interesse. Per suscitare l’attenzione la parte iniziale costituita dalle prime due righe dovrà colpire l’attenzione del giornalista per invogliarlo a continuare a leggere e a mettersi in contatto con l’ufficio stampa per chiedere i particolari e gli approfondimenti. Inserirte sempre una e-mail di riferimento e l’indirizzo del sito internet dove siano disponibili i comunicati stampa completi e corredati di tutti i particolari e con le immagini pronte per la stampa da scaricare. Come vedete si sta configurando un altro esempio di sinergia e di collaborazione tra vecchi e nuovi media, in questo caso uno specifico link del sito internet aziendale dovrà essere dedicato ai comunicati stampa.

Non possiamo negare che la rete internet negli ultimi 10 anni sia stato un fenomeno mediatico, economico e sociale planetario. La vera realizzazione del “villaggio globale” ipotizzato da Herbert Marschall McLuhan per il mezzo televisivo, si è di fatto attuata con la rete mondiale dei computer Inernet, nota con il nomignolo di Web per brevità da World Wide Web. In un brevissimo lasso di tempo internet è diventato lo strumento di divulgazione e di ricerca delle informazioni più utilizzato dalla gente ed in tale funzione la sua popolarità continua a crescere inesorabilmente a ritmo sostenuto. Si impone quindi come strumento indispensabile di comunicazione che, se usato adeguatamente, permette alle aziende di presentare tutti i servizi offerti e catturare l’utenza. Come si evince da studi recentemente condotti (Sanità e internet: Servizi, imprese e cittadini nella new economy, A. Ardigò, M. Moruzzi, Franco Angeli ed.), la diffusione di internet sta trasformando anche il mondo delle imprese di carattere sanitario.

... "In generale ci troviamo in una fase dello sviluppo di Internet che sta mostrando un progressivo superamento dell'utilizzo del web come semplice vetrina per le aziende e tale modificazione prevede e supporta un cambiamento culturale nella percezione sociale della rete e dei suoi usi.

L'evoluzione dell'atteggiamento manageriale interno all'azienda e quello di consumo del mercato esterno spingono sempre più a pensare Internet come una piattaforma integrata per un'efficace sviluppo di servizi a valore aggiunto che superano la fase di e-commerce (orientamento al prodotto) a favore di una direzione di e-business (orientamento al cliente).

In pratica Internet viene sempre più pensato ed utilizzato come uno strumento di potenziamento dei canali di comunicazione più che come semplice vettore di trasmissione unidirezionale di contenuti. In tal senso il medium Internet consente di aprire una comunicazione bidirezionale ed interattiva capace di attivare una logica forte di relazione tra organizzazione e cliente/utente.



La sfida cui le organizzazioni pubbliche e private sono chiamate a partecipare oggi è allora quella della trasparenza: aprire il sistema al cliente, che ne diviene parte, per costruire assieme i territori dell'e-service.

E-service inteso come attenzione per le tematiche del customer-care, superando la navigazione solitaria grazie allo sviluppo di servizi interattivi di supporto in tempo reale al cliente/utente in grado di sfruttare le potenzialità istantanee ed ubiquitarie della telematica per costruire un tempestivo URP Virtuale.

La tipologia di supporto che Internet offre all'azienda e lo sviluppo relazionale cui tende possono essere letti, nel caso della sanità, come un'evoluzione che porta dalla logica dello sportello a quella dell'e-care. Non si tratta qui semplicemente di verificare un cambiamento del supporto relazionale di riferimento (sportello vs. telematica) ma di analizzare come tale cambiamento produca un mutamento socio-comunicativo. L'orientamento organizzativo abbandona la tradizionale autoreferenza verso i bisogni del sistema, ma anche la semplice attenzione all'efficienza del servizio: ora ciò che importa sono le esigenze dell'utente.

Siamo di fronte ad una vera e propria inversione comunicativa: non più la persona che va alla sanità ma la sanità che va alla persona.

Ciò significa:

- 1. facilitare l'accesso alle prestazioni pubbliche e private offrendo nuovi percorsi agli utenti (prenotazioni on line);*
- 2. sviluppare servizi di home care (telemedicina, teleconsulto e telediagnosi, controllo e monitoraggio clinico).*

Si tratta quindi innanzitutto di sviluppare una modalità dialogica di comunicazione fra utenti e servizi che sfrutti le potenzialità di delocalizzazione della telematica coniugandola alla tempestività della gestione informatica così da consentire agli utenti percorsi di accesso flessibile e personalizzati..."

Per esempio vi descriviamo brevemente quelle che sono state le nostre esperienze nel settore (sito internet www.idi.it). Da una fase iniziale in cui il sito internet rappresentava una semplice vetrina per segnalare all'utenza la presenza dell'azienda, si è passati, ad una fase in cui le informazioni on line offrono una solida piattaforma di lancio per l'erogazione delle prestazioni.

Ma esistono ancora enormi possibilità di sviluppo: è possibile infatti espandere ulteriormente il bacino di utenza arricchendo le informazioni presenti, disponendo quelle che ancora non hanno trovato una collocazione, ma soprattutto offrendo i servizi che l'utenza ormai si aspetta di trovare in internet. L'evoluzione del sito è però fortemente condizionata dalla collaborazione del personale medico e delle amministrazioni.

Ciò che ora occorre realizzare, per incidere positivamente sulla performance aziendale, è il passaggio ad una fase più evoluta in cui l'utenza viene facilitata nell'accesso alle prestazioni attraverso la fornitura di veri e propri servizi on-line, come ad esempio la prenotazione delle visite, la spedizione automatizzata di messaggi di conferma per la disponibilità dei referti o della cartella clinica. Molte aziende del settore sanità sono già in marcia su questa direzione. Questo consente loro di collocarsi in prima fila sul mercato, battendo la concorrenza. Oggi più che mai la gente va in cerca di procedure in grado di facilitarle la vita, evitare gli spostamenti e ridurre i tempi di attesa: fornire una risposta a queste aspettative rappresenta un importante punto di forza per un'azienda sanitaria moderna.

Con la collaborazione di medici e amministrazioni è possibile realizzare nuove modalità di accesso all'informazione per l'utente, creando elenchi ordinati alfabeticamente per

prestazioni e per patologie trattate che rimandino a pagine di approfondimento in cui si informi anche degli strumenti diagnostici disponibili. Ciò risulterebbe pratico anche per i medici di base o altri mediatori preferenziali, favorendo l'indirizzamento del paziente verso le strutture sanitarie appropriate. Nel nostro caso, un'intera sezione del sito sarà dedicata a dermatologi, pediatri e medici di base, corredata degli opportuni accorgimenti atti a fidelizzare i visitatori, può essere inoltre impiegata per la vendita di spazi pubblicitari (farmaci, apparecchiature medico-sanitarie), come pure per una divulgazione capillare più rapida ed economica dell'attività didattica e scientifica dell'Istituto. Attraverso le iscrizioni on-line, si possono creare mailing list e stimolare la partecipazione ai forum di discussione on-line, in cui discutere i casi clinici e le problematiche diagnostiche terapeutiche più interessanti.

È anche opportuno dare maggior risalto agli standard di qualità adottati ed alla missione aziendale: l'utenza è ulteriormente motivata a servirsi presso le nostre strutture se le si spiega che i profitti vengono impiegati per migliorare la qualità dei servizi, in ricerca scientifica con l'obiettivo di trovare sempre nuove soluzioni ai problemi di salute e per costruire altre strutture per le popolazioni e i distretti che ne ha bisogno. I ricercatori potrebbero contribuire alla stesura di pagine dedicate al paziente in cui si dia spazio agli articoli scientifici pubblicati in questi anni, spiegandone il ruolo nel progresso della medicina e mettendo in risalto i vantaggi per i pazienti e le applicazioni pratiche.

Un'altra opportunità di innovazione è lo sviluppo di una nuova sezione che funga da testata giornalistica, che accolga le news, i comunicati stampa, il notiziario sull'innovazione tecnologica e una rivista interna sulla qualità. Occorre però trovare il modo di superare le diffuse resistenze alla collaborazione. Questo rappresenta lo scoglio principale nello sviluppo. Le informazioni pubblicate sul sito, perché questo sia efficace, devono essere anzitutto orientate all'utenza, quindi principalmente al paziente, sia per quanto riguarda l'organizzazione delle informazioni, sia per quanto concerne la stesura dell'informazione stessa. A tal riguardo, si è riscontrato che il supporto fornito dal Servizio interno di comunicazione (SIM&T-IDI), per la guida nella stesura dei testi e nella progettazione della navigazione si è rivelato decisivo. Oltre al fatto che spesso i medici dichiarano di non trovare il tempo da dedicare al

sito, manca, soprattutto nei più anziani (che in genere sono anche i responsabili dei servizi), la coscienza dell'importanza del nuovo mezzo di comunicazione e del valore aggiunto che questo rappresenta per l'Istituto. Questo si riflette spesso in un mancato aggiornamento delle informazioni, cosa molto grave per un sito internet, soprattutto nell'ambito sanitario. Oltretutto nelle carte dei servizi pubblicate su supporto cartaceo si rimanda

PROVINCIA ITALIANA DELLA CONGREGAZIONE DEI FIGLI DELL'IMMACOLATA CONCEZIONE
ISTITUTO DERMOPATICO DELL'IMMACOLATA
 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
 Direttore Scientifico Prof. Pietro Puddu

webmaster Roma: Via dei Monti di Creta, 104 - 00167 - Italy ☎ (+39) - 06.66.461
 Capranica (VT): Via Luigi Monti, 1 - 01012 - Italy ☎ (+39) - 0761.66.14.19

HOME PAGE | SANITA' | RICERCA | DIDATTICA | AMMINISTRAZIONE | STORIA |

INFORMAZIONI SULL'AUTORE

autore del sito: Responsabile Dr. Mario Cesare Secci
 S.I.M. - c/o Istituto Dermopatico dell'Immacolata
 Via dei Monti di Creta, 104
 Roma 00167 - tel. 06.66.46.43.52

Il sito fa riferimento al decalogo dell'Associazione Stampa Medica Italiana

**A.S.M.I. - Associazione
 Stampa Medica Italiana**

Programmazione e grafica Dr. R. Romagnoli

data di pubblicazione: 1 gennaio 2000

fornitore di hosting: I.D.I. - Istituto Dermopatico dell'Immacolata,
 Via dei Monti di Creta, 104
 Roma 00167

espressamente ai siti internet proprio per garantire l'informazione aggiornata. Per garantire all'utente l'affidabilità e l'autorevolezza della fonte il sito internet dell'IDI aderisce al decalogo dell'Associazione Stampa Medica Italiana, inoltre il responsabile è iscritto alla medesima associazione professionale. I costi di mantenimento, di rinnovo ed implementazione del sito internet, sono del tutto trascurabili, soprattutto rispetto ai vantaggi, anche economici, che si possono ottenere.

ASMI

Associazione Stampa Medica Italiana

*L'Asmi vuole **tutelare i lettori** proprio nella corretta informazione attraverso la formazione di giornalisti attenti alla Carta dei Doveri e ad un'**etica** che vuole che certe **regole** vengano attentamente osservate*

Dott. Mario Cesare Secchi



Il vero pericolo è nelle pieghe di Internet. Mentre in un giornale la responsabilità delle notizie è chiaramente indicata nel Direttore della testata,

nel Web può esserci di tutto,

i siti di internet non sono vagliati e qualificati,

a tutela del cittadino, si individua la responsabilità appunto nel direttore "responsabile".

Mario Bernardini - Presidente ASMI

Dott. Mario Cesare Secchi



*tranquillità". – "Una grande finzione del "villaggio globale" in cui viviamo è il frequente, quasi costante, richiamo ad una "centralità della persona" che viene indicata come essenziale e fondamentale obiettivo per qualsiasi impegno sociale. Nella realtà quotidiana l'enunciato, ineccepibile per il riconoscimento del valore intrinseco di ogni individuo, si trasforma in un richiamo etico soltanto per l'impegno e il comportamento di chiunque operi in attività di riconosciuto valore sia individuale che collettivo. Ne sono emblematico esempio proprio le professioni maggiormente importanti per il tema di cui ci stiamo occupando: **il giornalista, il medico e il ricercatore** che si occupano di informazione sanitaria in generale e nello specifico, del rapporto tra Internet e Salute. Internet, uno tra i più significativi simboli del progresso e della moderna tecnologia, sta così diventando strumento indispensabile per ogni quotidiana esigenza del singolo, ma anche indiretto sistema di controllo delle abitudini individuali e collettive e strumento per la raccolta di dati e informazioni utili per chi, dallo sfruttamento di tali elementi di valore statistico, pensi di trarre spunti speculativi e d'interesse per ogni intervento sulla collettività, soprattutto in campo economico. "Il web ha bisogno di regole" titolava nel maggio scorso l'articolo di un periodico medico dedicato all'autodisciplina per l'informazione medica e sono, in realtà, molte le iniziative in tal senso mentre scarseggiano, in Italia e all'estero, norme legislative e di controllo per assicurare notizie, diffuse in rete, indipendenti e affidabili nel settore medico-sanitario. Ancora una volta ci si preoccupa di mettere in guardia i fruitori di Internet, i 'navigatori' dai possibili inconvenienti che possono essere conseguenza del ricorso ad un mezzo di comunicazione moderno, dalle potenzialità non ancora completamente conosciute ed esplorate e*

Come abbiamo visto alla fine del precedente capitolo è di basilare importanza che i siti internet di divulgazione medico scientifica, abbiano un **direttore responsabile**, chiaramente identificabile che sia professionalmente preparato a svolgere tale ruolo, che facciano riferimento ad un ente che garantisca l'affidabilità dei contenuti e delle informazioni bio-mediche diffuse sul WEB. A tale proposito citiamo le dichiarazioni di Mario Bernardini presidente dell'Associazione della Stampa Medica Italiana, in occasione dell'Incontro dibattito dal titolo INTERNET E SALUTE tenutosi a roma il 26 Settembre del 2000: *"L'ASMI ha avvertito la necessità di richiamare l'attenzione dei professionisti, sia giornalisti che medici e ricercatori, interessati alla informazione divulgativa, educativa e culturale in materia di sanità, salute e progresso della ricerca scientifica e sue applicazioni, sull'opportunità di porre particolare attenzione all'uso di Internet sia come strumento per comunicare che come mezzo per ricevere informazioni e notizie inerenti la materia con sufficiente*

per il quale ancora non esistono norme nazionali, né internazionali, che ne regolamentino modalità di impiego e controllo dei contenuti”.

Di seguito riportiamo il codice proposto dall'ASMI che deve servire da guida ai professionisti che si occupano di sanità diffusa tramite i “nuovi media”.

Codice Deontologico per l'Informazione scientifica in campo biomedico diffusa “on line”

Professionalità e Informazione sanitaria

In ambito medico sanitario e nella ricerca scientifica è prioritaria la valutazione dell'interesse generale per consentire la divulgazione di qualsiasi notizia ed informazione. Giornalisti, medici e ricercatori collaborano nel rispetto del diritto del cittadino alla tutela della propria dignità.

Giornalisti

Il giornalista deve assicurare che l'informazione scientifica in campo sanitario, sia quanto più corretta e completa e redatta in modo da non creare false aspettative nei malati e negli altri destinatari. Il giornalista scientifico è tenuto ad usare un linguaggio semplice, generalmente comprensibile, affinché l'informazione sia accessibile a tutti.

Medici e ricercatori

Nei rapporti con la stampa ed i mass media medici e ricercatori sono tenuti a considerare la diversità dell'informazione nel rapporto fiduciario da quella divulgata come notizia di cronaca o di informazione sanitaria.

Giornalisti, medici, ricercatori per il cittadino

Giornalisti, medici, ricercatori, sono tenuti al rispetto di quanto previsto dalla legge sulla privacy in materia di dati sensibili. Tutti devono collaborare affinché ogni informazione sanitaria sia inequivocabilmente distinta e priva di ogni possibile forma di pubblicità. In ogni caso l'informazione medica non può essere mai usata a copertura del messaggio pubblicitario.

Informazione e progresso scientifico

La ricerca farmacologica

Notizie e informazioni connesse alla sperimentazione di nuovi farmaci, possono essere diffuse soltanto con citazione della fonte. In nessun caso è consentita la pubblicazione di notizie che possano essere di pubblicità per farmaci in fase sperimentale.

La ricerca clinica e in chirurgia

Giornalisti, medici, ricercatori, collaborano affinché la notizia sia completata con indicazioni utili ad una valutazione della portata dei risultati per quanto attiene le possibilità percentuali di successo e i tempi necessari per un utilizzo di routine di quanto oggetto di ricerca e di sperimentazione.

La sperimentazione animale

In caso di informazione sanitaria su ricerche e sperimentazioni per le quali vengono utilizzati animali di laboratorio, la notizia dovrà essere completata con elementi relativi alle specie e numero di animali utilizzati ed al rispetto della normativa vigente per la tutela dei loro diritti.

Educazione sanitaria

L'informazione medico sanitaria e scientifica deve permettere la distinzione tra notizia di cronaca e comunicazione di informazioni utili per l'educazione alla salute nell'interesse del singolo e della collettività. Nell'espone argomenti relativi al progresso scientifico in sanità e alle possibilità di applicazione sull'uomo deve essere considerata l'opportunità di completare l'informazione con dati relativi alla legislazione ed altre normative in materia onde contribuire al processo di educazione sanitaria della popolazione ed alla conoscenza dei diritti e doveri del singolo e della collettività.

Il cittadino utente ha il diritto di essere garantito nella fruizione delle informazioni divulgate su internet, noi abbiamo il dovere di seguire le regole sopra citate per garantire questo diritto e per rendere credibili ed autorevoli anche le istituzioni che rappresentiamo e che ci affidano l'incarico di divulgare e diffondere i propri valori tramite questo mezzo molto potente ma anche molto insidioso.

La credibilità e l'autorevolezza sono caratteristiche fondamentali anche per **un'addetto stampa** che, oltre ad avere un'agenda piena di numeri e di contatti, deve anche conoscere i giornalisti e i colleghi nei settori più importanti e presso le testate giornalistiche e televisive più credibili e impegnate nel settore. Non meno importante è sicuramente la delicatezza e la preparazione che un addetto stampa o un responsabile dell'ufficio stampa debbono possedere. Una notizia errata può fare molto male, ed è certamente peggio di una notizia non data. Quante persone malate di tumore o di sclerosi multipla si sono illuse, per un momento, leggendo il titolo su un quotidiano che annunciava soluzioni, scoperte, vaccini o sieri! Un momento di illusione, di ritorno alla speranza, a un futuro, a dei progetti a lungo termine. Un ritorno alla vita. Un momento, e poi il crollo, la disillusione e la cruda realtà. Magari la scoperta c'è stata per davvero, ma il divulgatore non ha avuto la delicatezza e la professionalità per spiegare che dal momento di una scoperta in laboratorio alla reale applicazione clinica possono passare anche 10 anni. Un malato di cancro non ha a disposizione tutto questo tempo. Il male che si può causare disinformando in questo settore può essere infinito, in quanto si va a colpire anche la psiche esposta di persone pronte ad appigliarsi a qualunque cosa pur di risolvere il loro problema.

Il Responsabile URP deve caratterizzarsi con un forte orientamento al cittadino ed all'utenza, anche attraverso l'impegno costante per comprenderne e soddisfarne i bisogni, così come deve acquisire o sviluppare doti di leadership di gruppo; infatti, gli viene richiesta, sia la capacità di creare cooperazione e collaborazione nel gruppo, anche sviluppando e migliorando la professionalità ed il rendimento dei collaboratori, sia quella di motivare i colleghi, trasmettendo valori ed entusiasmo. Differentemente, per il ruolo di **Portavoce** assumono importanza competenze legate, da un lato, alla capacità di elaborare e trattare informazioni, quali l'analisi e la sintesi, dall'altro, coerentemente con le finalità della posizione, spiccano "tatto e diplomazia", "costruzione di reti relazionali" che appaiono fondamentali in ruoli esposti direttamente nei confronti dei mass-media e della pubblica opinione. La descrizione del profilo del Portavoce e del Capo ufficio stampa sono molto vicine, nella percezione degli addetti ai lavori, in termini di "competenza", differenziandosi più che altro per l'intensità. Ciò probabilmente è da ricondurre ad una non univoca interpretazione del ruolo (soprattutto del Portavoce) che nelle esperienze finora realizzate presenta uno schema applicativo ampio quanto a caratteristiche dei professionisti, provenienza curriculare, modalità di inserimento, contenuti di ruolo, sistemi di relazione con il resto della struttura, etc. Emergono anche alcune competenze che accomunano questi ruoli professionali, quali l'autorevolezza" "l'identificazione con l'organizzazione" che sottolinea la necessità che queste figure professionali, fortemente rivolte "all'esterno", sappiano allineare i propri comportamenti alle necessità, agli obiettivi ed alle priorità degli Enti, ma soprattutto sappiano farsi interpreti delle nuove esigenze determinate dalla veloce evoluzione ed integrazione di tutti i sistemi di comunicazione non trascurando mai la forte valenza etica e morale che comporta l'essere comunicatori in un ambito così delicato e socialmente rilevante come la sanità.