

La comunicazione sanitaria

*Principi formativi
Esperienze aziendali
Strategie operative*



Collana editoriale del Formas
Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria

A cura di
Salute e territorio
Rivista bimestrale di politica sociosanitaria

Direttore responsabile

Mariella Crocellà

Comitato editoriale

Gian Franco Gensini

Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze

Mario Del Vecchio

Professore associato Università di Firenze, Docente SDA Bocconi, Milano

Antonio Panti

Presidente Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri Provincia di Firenze

Luigi Setti

Direttore Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria, FORMAS

Redazione

Antonio Alfano

Gianni Amunni

Alessandro Bussotti

Bruno Cravedi

Laura D'Addio

Gian Paolo Donzelli

Claudio Galanti

Carlo Hanau

Gavino Maciocco

Benedetta Novelli

Mariella Orsi

Daniela Papini

Paolo Sarti

Luigi Tonelli

Segreteria di redazione

Simonetta Piazzesi

Quaderni di *Salute e territorio*

La comunicazione sanitaria

*Principi formativi
Esperienze aziendali
Strategie operative*



Edizioni ETS

**I testi riportati in questa pubblicazione sono tratti dalla trascrizione delle lezioni sul “Percorso formativo sulla comunicazione istituzionale delle Aziende sanitarie della Regione Toscana”, workshop promosso dal Formas, da gennaio a dicembre 2009, presso Villa La Quiete alle Montale di Firenze.
La trascrizione e l’editing sono stati curati da Marco Ramacciotti.**

© Copyright 2010
EDIZIONI ETS
Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
info@edizioniets.com
www.edizioniets.com

Distribuzione
PDE, Via Tevere 54, I-50019 Sesto Fiorentino [Firenze]

ISBN 978-884672833-3

Indice

Presentazione <i>Mariella Crocellà</i>	7
Esperienza e riflessioni sul lavoro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità <i>Erio Ziglio</i>	9
La qualità nella comunicazione <i>Marco Campiglia</i>	25
Sistemi di ascolto organizzativo <i>Walter Passerini</i>	39
Siti <i>web</i> aziendali efficaci <i>Sofia Postai</i>	65
Comunicazione e Aziende sanitarie pubbliche: un quadro di riferimento <i>Mario Del Vecchio</i>	87
Chi siamo <i>Vinicio Biagi</i>	91
Comunicazione aziendale integrata <i>Marco Rotondi</i>	93
Il Piano aziendale di comunicazione 2008-2010 l'esperienza pratese <i>Claudio Sarti</i>	97

LA COMUNICAZIONE SANITARIA

L'esperienza aziendale a Lucca/1 <i>Oreste Tavanti</i>	105
L'esperienza aziendale a Lucca/2 <i>Sirio Del Grande</i>	109
Piani di comunicazione delle Aziende toscane	115
Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi <i>Giovanni Squarci, Maria Alessandra Cerofolini</i>	117
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisa <i>Paolo Garzella</i>	121
Asl 1 Massa Carrara <i>Lia Laura Bruschi, Giuseppe Battistini</i>	127
Asl 3 Pistoia <i>Luciano Caccavale, Paolo Baldini</i>	133
Azienda Usl 5 Pisa <i>Sonia Bortolotto, Monica Cacelli</i>	139
Usl 7 Siena <i>Rosa Franca Cigliano, Roberta Caldesi</i>	145
Asl 9 Grosseto <i>Lina Senserini</i>	153
Asl 11 Empoli <i>Maria Antonietta Cruciana</i>	161

Presentazione

Questo secondo “Quaderno di Salute e territorio”, dopo la pubblicazione iniziata con “Il Pianeta salute”, affronta un tema fondamentale in campo sanitario.

La comunicazione – a cui il Formas ha dedicato un corso particolarmente ricco e utile per gli operatori del Servizio pubblico – rappresenta la modalità privilegiata per indirizzare messaggi che hanno l’obiettivo di suscitare l’ascolto attivo dei destinatari

A differenza della informazione, che si limita a trasferire dati e notizie, la comunicazione deve aprire un canale che può confermare o trasformare il messaggio originario, arricchendolo attraverso il gradimento o le osservazioni dei destinatari dello stesso. Per questo, la comunicazione è una disciplina che deve essere insegnata e continuamente verificata soprattutto attraverso le ricadute che determina. Non a caso sono nate figure professionali addette a questa attività, continuamente impegnate a costruire la rete informativa alla quale fanno riferimento sia gli operatori che lavorano nell’azienda, sia i cittadini che devono essere guidati nelle scelte e nei comportamenti che riguardano la salute.

La comunicazione interna svolge un ruolo di indirizzo tra le direzioni e il personale, permettendo una diffusione orizzontale delle informazioni, ma aprendo contemporaneamente un canale di dialogo tra i vertici e la base, e creando, allo stesso tempo, una rete operativa fra le varie istituzioni. Costruisce e trasmette un’identità aziendale che rafforza il senso di appartenenza all’ente e, nello stesso tempo, diffonde all’esterno un’immagine degli obiettivi raggiunti e di quelli che l’Azienda si propone di realizzare.

La comunicazione esterna si propone di aprire un dialogo con l’ambiente, illustrare l’offerta dei servizi, creare percezioni corrette

LA COMUNICAZIONE SANITARIA

sulla gestione degli stessi, approfondire una educazione alla salute spesso in contrasto con le più comuni scelte di vita.

Con l'erompere del web sulla scena della comunicazione, si sono contemporaneamente moltiplicate le potenzialità di trasferire messaggi e le difficoltà di gestirli al meglio. Lo schermo, in tutti i casi in cui sostituisce la comunicazione diretta fra le persone, diventa un' "agorà" in cui si confrontano le opinioni e, in particolare, la rispondenza dei servizi ai bisogni degli utenti. Il cittadino che vive attivamente la nostra era digitale, può usufruire di un compendio di informazioni mirate che possono facilitarli l'accesso ai servizi e le decisioni per utilizzarli al meglio in un percorso terapeutico.

Le lezioni che sono state trascritte in questa pubblicazione possono costituire un valido riferimento per la costruzione di una "architettura informativa" di cui le Aziende sanitarie non possono più fare a meno, pena la mortificazione, o il travisamento, del loro stesso operare. La comunicazione ben utilizzata, infatti, rappresenta metaforicamente un megafono per ampliare al massimo l'ascolto degli obiettivi di un determinato servizio, siano questi rivolti alla gestione ottimale del personale e delle risorse o indirizzati ad un cittadino-utente a cui viene riconosciuto il diritto di essere sempre meglio informato al fine di fare scelte consapevoli riguardo alla propria salute.

Mariella Crocellà

Direttore di Salute e territorio
bimestrale di politica socio-sanitaria

Esperienza e riflessioni sul lavoro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹

Erio Ziglio

*Direttore Ufficio europeo per gli investimenti per la salute e lo sviluppo
Organizzazione Mondiale della Sanità*

In questa relazione mi propongo di:

- Fare un breve accenno alla rilevanza del tema della salute e della sua promozione nel contesto dei 53 Paesi membri che formano la Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). In questa parte della relazione introdurrò il concetto di salute e dei suoi determinanti.
- Riassumere le priorità strategiche per rafforzare i sistemi socio sanitari in Europa alla luce del consenso raggiunto con la *Carta di Tallinn: sistemi sanitari per la salute e il welfare* (giugno 2008)². In questa parte si farà riferimento alla Carta di Ottawa del 1986³ a cui risale l'approccio di promozione della salute.
- Illustrare, nel contesto dei temi trattati in questo seminario, il ruolo dell'Ufficio Europeo dell'OMS per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo, con sede a Venezia.

La salute: vecchie sfide e nuove opportunità in Europa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la promozione della salute come il processo che permette agli individui di

¹ Una simile presentazione è stata fatta alla conferenza "La Persona e la Salute" organizzata dall'associazione degli ex-consiglieri regionali della Regione Veneto, Padova 27 Ottobre 2008.

² WHO Regional Office for Europe (2008). *The Tallinn Charter: health systems for health and wealth*. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>, accessed 20 February 2010). see also http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620_10.

³ WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization

avere controllo sui determinanti della propria salute al fine di migliorarla⁴. La salute non è un bene equamente distribuito nel continente europeo. Lo stato di salute di una popolazione dipende da variabili genetiche, ambientali, sociali ed economiche – oltre che, logicamente, dalla qualità ed accessibilità dei servizi sanitari. Una grande sfida per la promozione della salute è rappresentata dal deterioramento dei suoi determinanti ambientali, sociali ed economici. Quando individui e collettività hanno più controllo su tali determinanti si hanno migliori condizioni per la promozione della salute e per la riduzione delle iniquità di stato di salute⁵.

Nelle strategie di promozione della salute è dunque di cruciale importanza agire sui determinanti della salute stessa. La Regione Europea della Organizzazione Mondiale della Sanità è composta di 53 Stati membri per una popolazione totale di circa 900 milioni di persone. Tutti i 53 Stati membri devono affrontare importanti sfide per la salute in un contesto di cambiamenti epidemiologici e demografici, di crescenti disparità socio-economiche, di risorse limitate, di sviluppo tecnologico e di crescenti aspettative dei propri cittadini.

L'aumento della percentuale della popolazione che vive in condizioni di povertà o di marginalità sociale, può essere ad esempio associato ai determinanti sociali ed economici della salute. Questi fattori di natura sociale ed economica creano condizioni di rischio per la promozione della salute con effetti devastanti. Basti ricordare che, tra i Paesi europei è aumentata la differenza nello stato di salute misurato, ad esempio, in termini di speranza di vita alla nascita. Come indicato dal grafico sotto riportato, dal punto di vista degli indicatori di salute generali, la situazione come media di speranza di vita alla nascita è alquanto buona, come nella realtà italiana. Quello che è peggiorato è il divario di stato di salute sia tra i vari Paesi europei che all'interno degli stessi. Oggi, in termini di indicatori di sa-

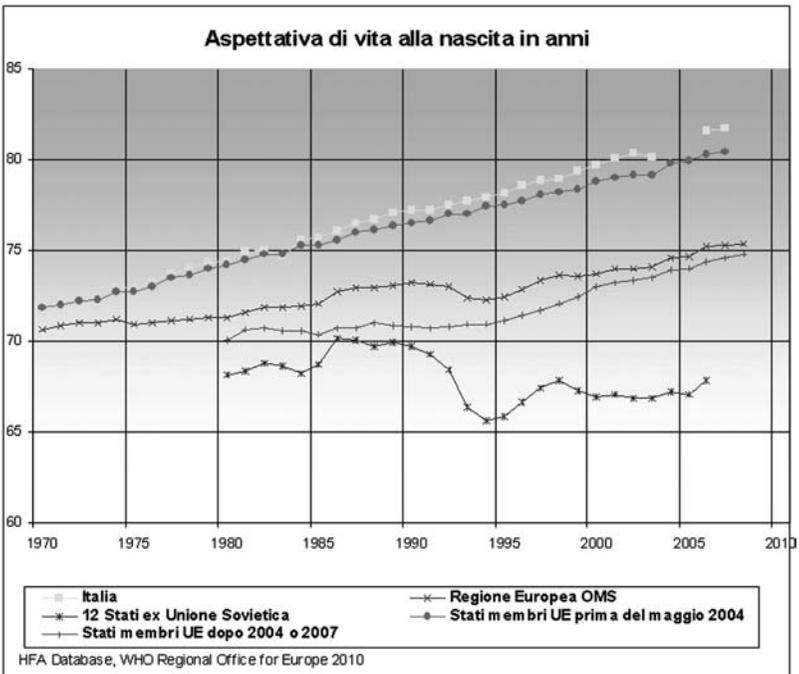
⁴ WHO (1997). *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organization Geneva. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

⁵ Whitehead M., Dahlgren G. (2007). *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Studies on social and economic determinants of population health, No.2, WHO Regional Office for Europe.

ESPERIENZA E RIFLESSIONI

lute, il continente europeo è più disomogeneo che negli anni '70. Tra i Paesi dell'Unione Europea prima del maggio 2004 e dopo il maggio 2004, c'è una differenza di circa 5-6 anni di speranza di vita alla nascita. La differenza raggiunge addirittura i 15 anni se compariamo la situazione dei Paesi a medio-alto reddito e i Paesi con minori risorse.

Ad Est il crollo delle infrastrutture sociali, economiche e sanitarie ha provocato, con picchi a metà degli anni '90, una forte caduta degli indicatori di salute. Per esempio, nel decennio 1992-2002, l'Ucraina ha perso più di 4 anni di speranza di vita, la Russia più di 6. In Occidente invece mediamente gli indicatori sono abbastanza buoni ma grandi disuguaglianze emergono al loro interno. In molte



Fonte: OMS: HFA Database

città dell'Europa occidentale, si sta registrando una differenza di speranza di vita alla nascita tra diversi gruppi della popolazione di circa 8-10 anni. Queste differenze sono rintracciabili in aree geografiche all'interno della stessa città e riscontrabili in termini di quello che scientificamente viene definito *social gradient* (gradiente sociale). Esse sono causate da problematiche sociali, economiche e spesso ambientali, mentre i determinanti genetici sono marginali nel causare queste iniquità di stato di salute.

È all'interno di questo contesto che dobbiamo comunicare ed agire per la promozione della salute e per livellare verso l'alto il gap esistente di iniquità di stato di salute tra i Paesi europei ed al loro interno migliorando e promuovendo la salute dei gruppi più vulnerabili.

Il campo emergente dei determinanti sociali ed economici della salute delle popolazioni giocherà un ruolo chiave nel contribuire a dare risposta alle domande di salute nei Paesi europei. Ma per potere recitare tale ruolo, chi lavora nel campo della salute pubblica e nel settore delle politiche di sviluppo economico, sociale ed ambientale dovrà rivedere sia i fini che le metodologie di lavoro attualmente prevalenti. Per esempio, l'epidemiologia contemporanea, in molti Paesi europei, si concentra quasi esclusivamente su analisi puramente descrittive inerenti la distribuzione di *patterns* di salute-malattia. Troppo poco viene fatto affinché analisi scientifiche e strategie di politica per la salute affrontino direttamente tematiche come l'investimento per la promozione della salute e la sua integrazione all'interno di un piano di sviluppo nazionale, regionale e locale. Non è pensabile di promuovere la salute della popolazione se non all'interno di una strategia intersettoriale di sviluppo economico e sociale caratterizzata da equità e sostenibilità⁶.

⁶ WHO (2008). *Commission on Social Determinants of Health: Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva.*

La promozione della salute e la necessità di rafforzare i sistemi sanitari

Le sfide descritte brevemente nella sezione precedente sono state oggetto di un lavoro intenso tra l'OMS ed i Paesi membri. Un impegno concreto è stato raggiunto con la sottoscrizione della Carta di Tallinn⁷ (giugno 2008). L'obiettivo della Carta è impegnare i 53 Paesi membri della Regione Europea dell'OMS a migliorare la salute dei cittadini, attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari, riconoscendo tuttavia le diversità socio-culturali ed economiche tra i vari Stati della Regione.

Le cinque aree strategiche di intervento per la promozione della salute identificate dalla Carta di Ottawa⁸ comprendono:

- *Create Healthy Public Policy* (creare politiche pubbliche che promuovano la salute della popolazione, per esempio orientare verso la promozione della salute le politiche sociali, agricole, del trasporto, del turismo, della pianificazione urbana, etc.);
- *Strengthen Community Action* (rafforzare i processi di partecipazione dei cittadini nella formulazione, implementazione e valutazione di politiche che direttamente o indirettamente influiscono sulle opportunità di promozione della salute in una determinata popolazione);
- *Build Supportive Environment* (costruire ambienti che sostengano la promozione della salute, per esempio la scuola, il contesto lavorativo, etc.);
- *Develop Personal Skills* (sviluppare abilità personali per meglio affrontare decisioni inerenti la salute individuale e della popolazione nel suo insieme);
- *Re-orient Health Services* (riorientare i sistemi sanitari verso la promozione della salute e non solo sulla cura e riabilitazione).

⁷ WHO Regional Office for Europe (2008). *The Tallinn Charter: health systems for health and wealth*. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>, accessed 20 February 2010). see also http://www.euro.who.int/healthsystems/Conference/Documents/20080620_10;

⁸ Testo tradotto liberamente da: WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, World Health Organization

In queste 5 aree di intervento per la promozione della salute il ruolo dei sistemi socio sanitari nel promuovere salute deve essere molto rafforzato. Ma che cosa si intende per sistemi sanitari per la salute? Nel contesto politico-istituzionale di ogni Paese, il sistema sanitario è l'insieme di tutte le organizzazioni, istituzioni e risorse pubbliche e private preposte a migliorare, mantenere o ripristinare la salute. I sistemi sanitari comprendono sia i servizi per i singoli individui che per la collettività e attività miranti a influenzare interventi e politiche di altri settori che riguardano i determinanti sociali, ambientali ed economici della salute.

La Carta di Tallinn, sottoscritta da tutti i Paesi membri della Regione Europea dell'OMS, riconosce che tutti i Paesi membri della Regione Europea dell'OMS devono affrontare importanti sfide per la salute in un contesto di cambiamenti epidemiologici e demografici, di crescenti disparità socio-economiche, di risorse limitate, di sviluppo tecnologico e di crescenti aspettative dei propri cittadini. Oltre ad avere un valore intrinseco, il miglioramento della salute contribuisce al benessere sociale grazie al suo impatto sullo sviluppo economico, la competitività e la produttività. Sistemi sanitari efficaci ed efficienti contribuiscono a creare sviluppo economico e *welfare*.

Sulla base di queste considerazioni, la Carta di Tallinn ha trovato accordo sui seguenti principi di politica per la salute⁹:

- Investire nella salute significa investire nello sviluppo umano, nel benessere sociale e nel *welfare*.
- (Oggi in Europa) è inaccettabile diventare poveri a causa di problemi di salute.
- I sistemi sanitari non devono erogare unicamente cure, ma devono anche operare nel campo della prevenzione delle malattie, della promozione della salute e devono convincere altri settori ad inserire la salute nelle proprie politiche.
- Un sistema sanitario efficiente è essenziale per migliorare la salute; rafforzare i sistemi sanitari significa salvare delle vite; pertanto:

⁹ Testo tradotto liberamente da: WHO Regional Office for Europe (2008). *The Tallinn Charter: health systems for health and wealth*. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>

ESPERIENZA E RIFLESSIONI

- I sistemi sanitari devono dimostrare di avere una buona *performance*.

Con la Carta di Tallinn gli Stati membri, si impegnano a:

- Promuovere i valori condivisi di solidarietà, equità e partecipazione attraverso le politiche sanitarie, la distribuzione delle risorse e altri interventi, facendo particolare attenzione alle esigenze dei poveri e di altri gruppi vulnerabili.
- Investire nei sistemi sanitari e promuovere gli investimenti nei vari settori che possono avere un'influenza sulla salute, utilizzando le evidenze disponibili sui collegamenti esistenti tra sviluppo socio-economico e salute.
- Promuovere la trasparenza e la responsabilità di tali sistemi per ottenere risultati misurabili in termini di *performance*.
- Rendere i sistemi sanitari più capaci di rispondere alle esigenze dei cittadini, alle loro preferenze ed aspettative, ed educare il cittadino ed esercitare i suoi diritti e le sue responsabilità nei riguardi della propria salute.
- Coinvolgere le parti interessate nello sviluppo e nell'attuazione delle politiche sanitarie.
- Promuovere lo scambio di conoscenze e la cooperazione tra i Paesi su come preparare ed attuare una riforma del sistema sanitario a livello nazionale, regionale e locale.
- Promuovere dei sistemi sanitari preparati e capaci di rispondere alle crisi, a collaborare e ad applicare il Regolamento sanitario internazionale.

Nel processo che ha portato all'accordo di Tallinn si è nuovamente affermato che tutti gli Stati membri della Regione Europea dell'OMS condividono lo stesso obiettivo ovvero il raggiungimento del più alto livello possibile di salute come diritto fondamentale dell'uomo. Pertanto ogni Stato cercherà di migliorare l'efficienza del proprio sistema sanitario al fine di migliorare la salute di tutti i cittadini e di rispondere a particolari esigenze di salute legate al genere, età, etnia e livello di reddito.

Ogni Paese cercherà inoltre di contribuire al benessere e alla coesione sociale per far sì che il proprio sistema sanitario:

- Distribuisca l'onere del finanziamento in maniera equa, secondo le capacità economiche dei cittadini, per evitare l'impoverimento

degli stessi e delle loro famiglie per motivi di salute o per aver usufruito dell'assistenza sanitaria.

- Risponda alle esigenze ed alle preferenze dei cittadini, erogando loro un servizio sanitario improntato sulla dignità e il rispetto.

I Paesi dovranno adoperarsi con tutte le loro energie per perseguire questi ambiziosi obiettivi legati alla *performance* del sistema. Ciò richiede efficienza ed ottimizzazione delle risorse disponibili. Ogni Paese potrà raggiungere questi traguardi individuando degli obiettivi e degli interventi di natura politica in linea con le sue priorità socio-politiche e con i suoi mezzi economici e finanziari. Tutti i Paesi possono facilitare l'accesso ad un'assistenza sanitaria di qualità ed educare i propri cittadini a migliorare il loro stato di salute. Gli obiettivi dovrebbero essere specifici e misurabili per poterne seguire l'evoluzione nel tempo. Questo è l'approccio da adottare per progettare, attuare e valutare riforme che mirino a rafforzare i servizi sanitari nazionali. Indubbiamente questo approccio di rafforzamento dei sistemi socio-sanitari è di un'importanza enorme soprattutto alla luce della presente crisi economica.

I Sistemi sanitari sono diversi da Paese a Paese, ma hanno delle funzioni comuni sulla base delle quali è possibile individuare gli obiettivi e gli interventi indicati qui di seguito.

Erogare i servizi sanitari ai singoli e alle collettività

- Gli Stati membri della Regione Europea riconoscono quanto sia importante erogare servizi di qualità a tutti e in particolare ai gruppi vulnerabili, rispondere alle loro esigenze e permettere ai cittadini di adottare uno stile di vita più sano.
- I cittadini vogliono avere accesso ad un'assistenza sanitaria di qualità, rispondente ai progressi della scienza medica e delle tecnologie più appropriate per migliorare l'efficienza del sistema e la sicurezza per i pazienti.
- Una buona assistenza sanitaria di base è essenziale per promuovere questi obiettivi, per creare un'interfaccia tra il Servizio sanitario, i cittadini e le loro famiglie, una collaborazione intersettoriale e interprofessionale per promuovere la salute.
- I sistemi sanitari devono erogare i servizi sanitari sulla base di un

approccio olistico con l'obiettivo di promuovere la salute, prevenire le malattie ed adottare programmi di gestione integrata delle malattie. Devono creare un coordinamento tra i vari operatori, istituzioni ed organizzazioni, sia privati che pubblici e prevedere, tra gli altri servizi, l'assistenza sanitaria di base, le strutture per patologie acute nonché per lungo-degenti e per l'assistenza domiciliare.

Finanziamento del sistema

- Non esiste un unico sistema ideale per finanziare i servizi sanitari, in quanto le differenze tra i vari modelli stanno diventando sempre meno nette man mano che i Paesi sviluppano nuove forme di tassazione, adottano programmi di *pooling* delle risorse e di acquisti a seconda delle proprie esigenze, del proprio contesto storico, fiscale e demografico e a seconda delle proprie preferenze e priorità sociali.
- Le modalità di finanziamento dovrebbero sostenere la re-distribuzione delle risorse per soddisfare le esigenze sanitarie, ridurre le barriere finanziarie per accedere ai servizi necessari e proteggere in maniera responsabile i cittadini dai rischi finanziari legati all'assistenza sanitaria.
- I piani di finanziamento dovrebbero inoltre fornire degli incentivi per organizzare ed erogare i servizi sanitari in maniera efficiente, basando l'erogazione delle risorse al sistema sanitario su valutazioni di *performance* e in base ai bisogni dei cittadini, promuovendo la responsabilità e la trasparenza nell'uso dei fondi.
- Le risorse dovrebbero essere equamente distribuite tra assistenza sanitaria, prevenzione delle malattie e promozione della salute per poter rispondere alle esigenze sanitarie attuali e future.

Creazione delle risorse umane e tecnologiche

- In un mondo in rapido cambiamento, generare conoscenza, creare le infrastrutture, le tecnologie, ed in particolare, sviluppare le risorse umane con un giusto equilibrio di competenze e di capacità, richiede una pianificazione e degli investimenti di lungo ter-

mine per rispondere ai mutati bisogni in materia di salute e ai nuovi modelli per erogare i servizi.

- È inoltre cruciale investire sul personale sanitario. Difatti, questo apporta benefici non solo per il Paese che investe ma anche per gli altri, vista la mobilità di tali professioni. Il reclutamento internazionale del personale sanitario dovrebbe essere guidato da considerazioni etiche, di solidarietà e fondato su un *code of practice*¹⁰.
- Tutti i Paesi sono chiamati a promuovere ricerche in tema di politiche e sistemi sanitari e ad usare in maniera etica ed efficiente le tecnologie mediche ed i prodotti farmaceutici.

Stewardship

- Ogni Stato Membro governa il proprio sistema sanitario, ma sono i Ministeri e gli Assessorati della Salute che devono definire il contesto per lo sviluppo di tali servizi e che hanno il mandato e la responsabilità di attuare leggi, regolamenti e politiche sanitarie e di raccogliere i dati relativi alla salute e ai suoi determinanti socio-economici ed ambientali.
- I Ministeri e gli Assessorati alla Salute dovrebbero promuovere l'inclusione del tema della promozione della salute in tutte le politiche e far sì che queste vengano applicate in maniera efficiente in tutti i settori per ottimizzare il ritorno in termini di salute.
- È essenziale monitorare e valutare la *performance* dei sistemi sanitari e promuovere una collaborazione equilibrata con i vari gruppi di interesse a tutti i livelli della *governance* per promuoverne la trasparenza e la responsabilità.

Le funzioni dei sistemi sanitari, sopra descritte, sono tra loro interconnesse. Migliorare la *performance* di tali sistemi richiede quindi un approccio coerente basato su interventi coordinati che coinvolgano efficacemente le varie funzioni. L'esperienza suggerisce che in-

¹⁰ In linea con la risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità in tema di "Migrazione internazionale del personale sanitario: una sfida per i sistemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo" (WHA57.19) e con la Risoluzione del Comitato Regionale Europeo dell'OMS sulle politiche relative agli operatori sanitari nella Regione Europea. (EUR/RC57/R1).

tervenire su una sola funzione o programma non consente di migliorare in maniera sostanziale e sostenibile i risultati desiderati.

Non vi è dubbio che molte delle riforme in atto nei Paesi europei possono apportare una migliore razionalizzazione all'interno del sistema sanitario. Queste riforme saranno accelerate dalla crisi economico-finanziaria che sta ponendo forti pressioni di controllo della spesa pubblica in tutti i Paesi europei. In moltissime realtà europee c'è indubbiamente la necessità di aumentare l'efficienza e l'efficacia dei servizi sanitari con opportune misure manageriali, finanziarie e di formazione del personale. Detto questo, un'analisi approfondita di queste riforme lascia spesso perplessi sulla loro reale capacità di affrontare le grandi sfide per la promozione e il mantenimento della salute delle popolazioni in Europa. Queste sfide sono connesse con la necessità di supportare le popolazioni europee ed aiutarle ad avere un maggior controllo sui determinanti sociali, economici ed ambientali della salute¹¹. La sfida è complessa sia perché questi determinanti vanno oltre la tradizionale giurisdizione delle politiche sanitarie, sia per la dinamica dei grandi cambiamenti politici, sociali ed economici attualmente in corso in Europa. In aggiunta alla razionalizzazione del sistema sanitario (aumento della sua efficacia ed efficienza), le domande chiave che i Paesi, le Regioni ed i Comuni dovranno porsi in modo crescente ora e nei prossimi anni, includono:

- come produrre salute in una determinata popolazione?
- con che strategie? con quali misure?
- con che approccio settoriale e multi-settoriale?
- con quale sviluppo organizzativo?
- con quali incentivi?

L'OMS suggerisce di posizionare la promozione della salute come una strategia di investimento. Infatti, una robusta strategia di promozione della salute, in aggiunta a benefici di salute misurabili in una determinata popolazione, offre ritorni sociali ed economici.¹²

¹¹ Ziglio E. (1998) "Key Issues for the New Millennium." *Promoting Health The Journal of Health Promotion for Northern Ireland*, 2, pp. 34-37.

¹² OMS (2002) *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Ginevra: WHO.

È importante quindi che la promozione della salute della popolazione sia posizionata al centro dello sviluppo sociale ed economico di una Nazione, regione o area locale. Questo posizionamento ha una valenza sia metodologica che strategica.

Dal punto di vista strategico, il concetto e i principi di promozione della salute, contenuti nella Carta di Ottawa, hanno maggiore possibilità di essere implementati in modo sostenibile ed efficace quando si adotta un approccio che l'OMS chiama *Investment for Health* (investire per la salute).

Ci sono quattro domande cruciali a cui una politica di promozione della salute, come strategia di investimento, dovrebbe dare risposta¹³:

- Dove si crea e si sostiene la salute di una determinata popolazione?
- Che tipo di investimenti (o dis-investimenti) danno il maggior ritorno in termini di guadagni di salute per quella popolazione?
- Che tipo di investimenti e strategie diminuiscono le ineguaglianze di stato di salute e rafforzano i diritti umani?
- Quali investimenti danno valore aggiunto allo sviluppo sociale ed economico in modo equo e sostenibile e producono contemporaneamente guadagni di salute nella popolazione?

Le riforme dei sistemi sanitari in atto in molti Paesi europei dovrebbero ricercare risposte concrete a questi interrogativi.

La strategia dell'OMS incoraggia i Paesi membri ad affrontare alle radici gli ostacoli alla promozione della salute. Non vi è dubbio che esista la necessità di intensificare programmi che facilitano cambiamenti comportamentali individuali su tematiche quali il fumo, l'alcol, l'attività fisica, i comportamenti sessuali, ecc. Per essere credibili ed efficaci, questi programmi debbono essere implementati all'interno di una strategia quadro che riconosca e cerchi di influen-

¹³ Levin S.L. and Ziglio E. (1997) "Health Promotion as an Investment Strategy: A Perspective for the 21st Century" in M. Sidell, L. Johns, J. Katz and A. Peberdy (Eds) "Debates and Dilemmas in Promoting Health". London: MacMillan Press Ltd. Kickbusch, I. (1997) "Think Health: What Makes the Difference? Address given at the 4th International Conference on Health Promotion". Jakarta, Indonesia, 21-25 July 1997. Geneva: World Health Organization, HPR/HEP/4IChP/BR/97.3.

zare le circostanze economiche, sociali e culturali che determinano la salute. Questo è il significato del termine “determinanti della salute” usato dall’OMS e più volte utilizzato anche nel Piano sanitario nazionale italiano ed in vari Piani regionali. Le politiche sociali, del lavoro, della casa, dell’istruzione, dell’ambiente sono da considerarsi determinanti cruciali della salute. Esse determinano le condizioni di vita degli individui e possono facilitare ed aumentare le opportunità concrete di promozione della salute in una determinata popolazione. Oppure, se non orientate verso criteri di salute, tali politiche possono rimanere parte del problema e rappresentare grandi ostacoli per la produzione di salute.

La figura 1 dà visivamente l’idea che l’approccio *Investment for Health* deve essere basato su politiche robuste che cercano di migliorare i determinanti sociali, ambientali ed economici che influiscono sulle condizioni di vita della popolazione.

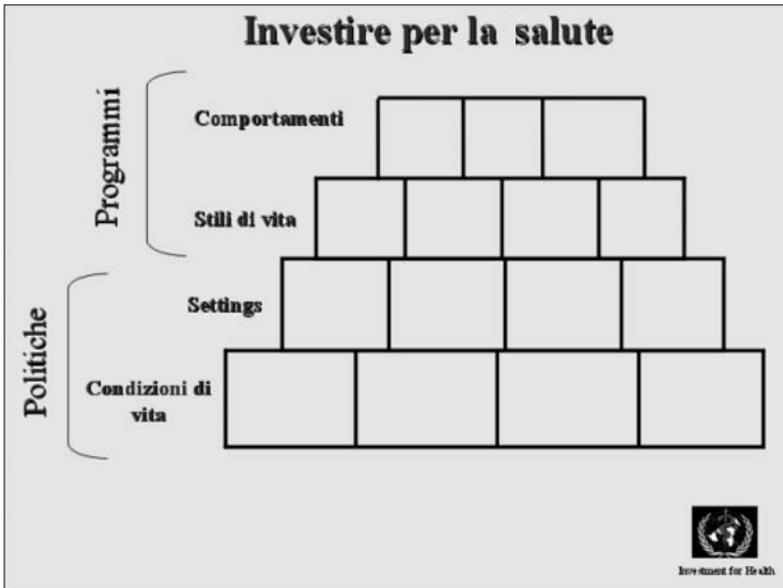


Figura 1

Quale investimento?

Tipo di Investimento	Condizioni di vita	"Settings"	Stili di vita	Comportamenti
Pubblico/ Privato	✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	✓ ✓	✓
Individuale	✓	✓	✓ ✓	✓ ✓ ✓



Figura 2

La figura 2 chiarisce che una strategia moderna di promozione della salute richiede un "portafoglio di investimenti". Questi investimenti sono connessi a misure di sviluppo – politiche pubbliche ed iniziative private (per esempio, investimenti per ridurre i livelli di povertà) e misure individuali (investimenti in termini di motivazione personale per il cambiamento comportamentale inerente fattori di rischio quali, per esempio, il fumo). Non vi è dubbio che l'approccio *investire per la salute* ed il concetto e principi di *promozione della salute* incorporati nella Carta di Ottawa (OMS, 1986) sono di grande rilevanza nel campo dei programmi di comunità di prevenzione dell'AIDS.

Il ruolo dell'Ufficio OMS con sede a Venezia

In queste brevi note si è cercato di porre l'attenzione sui criteri per sviluppare una strategia solida e sostenibile per la promozione della salute. I Paesi europei hanno un gran bisogno di adottare e sostenere una strategia moderna di promozione della salute.

L'Ufficio Europeo per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con sede a Venezia, è stato creato per facilitare un'azione di riposizionamento delle politiche per la salute come priorità per lo sviluppo economico e sociale dei Paesi europei.

L'ufficio OMS di Venezia, è una struttura tecnico-scientifica risultato di un accordo di cooperazione internazionale tra l'OMS Ufficio Regionale Europeo, la Repubblica Italiana e la Regione Veneto. Lo scopo principale è fornire evidenza scientifica ed assistenza tecnica nel nuovo campo dei determinanti sociali ed economici della salute ai 53 Stati membri che compongono la Regione Europea dell'OMS.

Uno dei risultati raggiunti dall'Ufficio OMS di Venezia è la messa a punto di una metodologia scientifica capace di dimostrare come gli interventi atti a migliorare la salute dei cittadini e a ridurre le iniquità dello stato di salute possano creare condizioni di sviluppo economico sostenibile a livello nazionale, regionale e locale, promuovendo il rispetto dei diritti umani. Nessuna economia europea può, oggi, ritenersi esente dal riconsiderare e ridefinire i propri investimenti nel campo della salute. Le spese in campo socio-sanitario, per esempio, non possono più essere viste soltanto come "costi" da contenere, bensì come investimenti le cui rendite a medio-lungo termine possono essere scientificamente rendicontate a livello di micro e macro economia nazionale, regionale e locale.

L'evidenza scientifica in questo campo prodotta dall'Ufficio OMS di Venezia ha dimostrato che il benessere economico raggiunto da molti Paesi ricchi deve molto ai miglioramenti della salute conquistati nel tempo. Viene ad esempio stimato che circa il 30% della crescita economica del Regno Unito tra il 1790 e il 1980 possa essere attribuito al miglioramento delle condizioni di salute. In una recente pubblicazione del nostro Ufficio abbiamo analizzato le dif-

ferenze in termini di crescita economica tra i diversi Paesi OCSE. Abbiamo stimato che una riduzione del 10% del tasso di mortalità per malattie cardiovascolari (durante l'età lavorativa) contribuisce ad un aumento dell'1% del tasso di crescita del reddito pro-capite nazionale¹⁴. In questo periodo di recessione è fondamentale che la salute dei cittadini, e la sua promozione, sia vista come parte integrante dei Piani nazionali e regionali per affrontare e superare la crisi economica.

L'obiettivo è che l'Ufficio di Venezia diventi sempre più un punto di incontro e di lavoro per i Paesi europei. Un catalizzatore di opportunità e risorse uniche per gli specialisti di diversi settori, che altrimenti raramente potrebbero lavorare assieme sulle tematiche dei determinanti sociali ed economici della salute della popolazione.

¹⁴ Suhrcke M et al. *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2005 http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf

La qualità nella comunicazione

Marco Campiglia

*Direttore Risorse Umane, Qualità ed Organizzazione
Gruppo BMW Italia*

BMW Italia appartiene ad un Gruppo internazionale sorto nel 1916 a Monaco di Baviera, che aveva inizialmente come oggetto sociale la costruzione di motori per aerei (da cui deriva il logo di BMW che rappresenta un'elica stilizzata con i colori bianco azzurri della Baviera).

Oggi il BMW Group progetta, produce e commercializza auto, moto, ricambi e accessori nonché servizi, in particolare finanziari.

BMW è presente in Italia dal 1965, inizialmente ad opera di un importatore indipendente e, dal 1974, in seguito ai brillanti risultati di vendita ottenuti, come Filiale ufficiale di BMW AG in Italia. Opera nella commercializzazione e assistenza tecnica di auto, moto, parti di ricambio, accessori e servizi connessi, attraverso la propria rete di concessionarie.

Da sempre uno degli obiettivi principali del Gruppo è quello di creare un rapporto di fiducia con tutte le persone che sono coinvolte nei processi dell'Azienda, normalmente definiti *stakeholders*, quindi clienti, collaboratori, azionisti, concessionari, partner, fornitori e per far questo BMW ha bisogno anche di comunicare in maniera coerente.

Per un'Azienda come la nostra, la comunicazione serve principalmente ad orientare il consumatore verso i nostri prodotti e i nostri servizi ed i collaboratori verso la nostra Azienda e in questo processo in Azienda distinguiamo però fra informazione e comunicazione.

Intendiamo per informazione quella parte di attività che viene normalmente gestita da uffici strutturati, che si occupano di

pubbliche relazioni e di gestione della relazione con la stampa. Si tratta dunque di un aspetto molto rilevante perché, in linea di principio, non dipende da noi: in una democrazia compiuta, infatti, l'informazione non può dipendere "in toto" da coloro che sono oggetto dell'informazione stessa.

Viceversa, quando parliamo di comunicazione, intendiamo la trasmissione dei messaggi specifici che vogliamo dare a determinati destinatari tramite un canale definito o diversi canali all'interno di un determinato contesto: chi vogliamo andare a coinvolgere nel nostro messaggio, cosa vogliamo trasferire e trasmettere? Dal punto di vista della comunicazione, il messaggio dipende da noi, è sotto la nostra diretta e assoluta responsabilità.

Quello di cui ci siamo resi conto è che gli scenari competitivi nel corso degli anni – e non parliamo di secoli ma di un arco temporale molto limitato – sono cambiati in maniera veramente radicale. Siamo passati da uno scenario competitivo di tipo statico, con una complessità molto bassa, in cui la comunicazione era una variabile semplice da gestire, ad un contesto dinamico e complesso. Basti pensare ad esempio all'impatto di *Internet* e di strumenti di comunicazione veloci come la posta elettronica, i *social network*, gli *sms*.

In passato, il contesto consentiva di gestire "il nostro piccolo Paese", permetteva di essere ben radicati nel proprio territorio e di avere il presidio completo di tutto quello ciò che accadeva. Ora le organizzazioni hanno dovuto strutturarsi, per evitare la dispersione delle risorse, dotandosi di sistemi gestionali e di controllo efficaci e non *burocratici*, di strutture snelle ma nello stesso tempo molto formalizzate.

L'ultimo stadio di questa evoluzione è quello attuale, che rileva una complessità molto alta ed un dinamismo del contesto molto elevato, che noi abbiamo battezzato *Dinaxity* (*Dinamico+Complesso*).

Semplificando al massimo il concetto, in questo scenario la comunicazione non può essere totalmente tenuta sotto controllo all'interno dell'Azienda, perché le fonti di reperimento delle

informazioni si sono moltiplicate e sono venute a cadere le barriere e i filtri che per anni hanno tutelato l'autorevolezza delle fonti informative. Oggi, ad esempio, qualsiasi collaboratore può mandare una *mail* al Direttore generale, all'Amministratore delegato o al Presidente, senza dover superare "barriere gerarchiche" che fino a qualche tempo fa erano presenti in tutte le Aziende.

Questa è la nuova frontiera su cui ci troviamo. Dobbiamo cioè fare i conti con una comunicazione aperta, molto veloce: non sono più solo coloro che hanno un ruolo di vertice all'interno dell'azienda ad avere accesso alle fonti e ai canali comunicativi. Se una cosa accade, dopo un attimo la si viene a sapere.

Il cambiamento necessario per le organizzazioni è grandissimo, perché se le informazioni sono accessibili e valorizzabili ai più bassi livelli organizzativi, bisogna diffondere anche competenze e responsabilità per quanto riguarda la comunicazione. Non potendo controllare ogni cosa, dobbiamo fare in modo che siano le singole persone a verificare se – ad esempio – le *mail* che vengono spedite sono coerenti con il posizionamento dell'Azienda, se il linguaggio è quello giusto, se lo strumento utilizzato è quello corretto.

Ultimamente ad esempio seguo quello che accade nelle Aziende per la gestione dei *social network*: molti miei colleghi hanno bloccato l'accesso a questi siti ma non credo che questa sia la soluzione perché con un PC che non sia quello aziendale o con l'*iPhone* personale, la gente può comunque accedervi. Il punto non è bloccare i canali di comunicazione, ma dare alla responsabilità personale un valore che sia condiviso a tutti i livelli.

Per quanto riguarda la comunicazione del nostro *brand*, la strategia di lungo termine opera sempre affinché ci sia una percezione uniforme della nostra immagine nei confronti della pubblica opinione: un'Azienda con una forte responsabilità sociale, con una grande attenzione ai consumi, caratterizzata da altissima tecnologia ma con una forte attenzione alle tematiche ecologiche. Ad esempio, l'ultima nostra comunicazione spiega come negli

ultimi anni BMW abbia ridotto del 30% le emissioni ed i consumi delle proprie vetture, aumentando del 20% le prestazioni.

Nello stesso tempo la percezione deve essere coerente anche per quanto riguarda il prodotto, che essendo molto avanzato dal punto di vista tecnologico, non deve costare troppo ma non può nemmeno costare troppo poco. La strategia di lungo termine nella gestione della comunicazione del nostro *brand* è insomma quella di garantire una percezione uniforme tra il *brand* e i suoi prodotti.

Quando parliamo del nostro *brand* parliamo di fatto del nostro valore strategico centrale: “il piacere di guidare”. Il termine che usiamo in azienda è “*joy*”, difficilmente traducibile in italiano, perché vuol dire “divertimento” ma non soltanto: significa godere del divertimento, gioirne, in un senso molto più ampio.

Tutto quello che facciamo dal punto di vista della comunicazione di *brand* deve essere centrato su questo aspetto (“*joy*”) e sulla sua declinazione in alcuni *brand values*, che fanno parte del nostro posizionamento di marca. Costantemente andiamo a monitorare la nostra posizione su ognuno di questi valori di marca nei confronti della concorrenza, attraverso uno strumento che viene chiamato *Brand Monitor*. Andiamo a verificare, per esempio, dove ci poniamo rispetto ai nostri *competitors* sull’aspetto *cultured* ossia che cosa riusciamo ad esprimere per quanto riguarda la sensibilità verso gli aspetti culturali, e così via per ognuno dei valori.

Il *Brand Monitor* è la bussola che ci guida per controllare se tutti gli strumenti di comunicazione, eventi compresi, ci stanno conducendo sulla strada giusta. Per verificare l’efficacia della nostra comunicazione dobbiamo sempre avere la possibilità di esaminare come ci stiamo muovendo e agire di conseguenza con eventuali correttivi. Quindi ci sarà un anno in cui ci concentreremo di più su attività di tipo sportivo, il golf piuttosto che la vela, perché ci rendiamo conto che stiamo perdendo peso sulla percezione del *brand* in quel particolare aspetto rispetto ai nostri *brand values* desiderati. E sono solo queste le qualità, le note esclusive, i valori del *brand* che ci interessa costruire, altrimenti andiamo fuori tema rispetto al nostro posizionamento strategico.

Comunicazione interna

La comunicazione interna è un'altra importantissima area da presidiare: l'attenzione ai collaboratori è uno dei più importanti obiettivi strategici da perseguire insieme all'attenzione al profitto, all'attenzione alla pubblica opinione, all'attenzione all'azionista. L'orientamento ai collaboratori fa infatti parte in BMW delle aree strategiche di *business*, perché sostanzialmente è ormai provato anche dalle ricerche che un'Azienda con collaboratori soddisfatti e motivati fornisce *performances* superiori del 26% rispetto ad un'Azienda che ha un approccio del tipo “*io pago per le tue braccia e non mi interessa utilizzare il tuo cervello*”.

Quindi l'obiettivo è quello di avere persone molto attente, motivate e proattive, in modo da poter raggiungere migliori risultati e, di conseguenza, risultati economici molto superiori. In altre parole, la motivazione del personale è uno dei processi più importanti nell'ambito della gestione e dell'analisi dei processi aziendali perché significa generare valore per l'Azienda.

Nelle Aziende è opportuno dotarsi di tutti gli strumenti di comunicazione interna ma non basta: oltre a questi occorre avere anche gli strumenti per monitorare, per verificare come si sta muovendo l'organizzazione, se le cose che si fanno hanno un senso, se portano dei risultati e soprattutto quali sono le azioni correttive che bisogna mettere in pista per non rischiare di reiterare determinati comportamenti, solo per una sorta di abitudine e prassi consolidata.

Attività e strumenti di comunicazione particolarmente validi utilizzati all'interno della nostra Azienda sono:

- Indagini interne di soddisfazione e clima aziendale
- Intranet aziendale
- *Suggestion box*
- Sito di comunicazione interna
- Eventi e manifestazioni
- Riunioni plenarie e di reparto
- Bacheche aziendali
- Rassegne stampa

L'indagine di *customer satisfaction* interna, ad esempio, consente di verificare all'interno dei diversi Dipartimenti il livello ed il grado di servizio fornito, considerando i Dipartimenti stessi in un rapporto cliente-fornitore tipico di un'organizzazione integrata. Lavorando per processi è fondamentale monitorare questi aspetti, perché quello che riesce a fare un reparto dipende molto da chi gli sta a monte e viceversa un reparto può condizionare molto quello che succederà a valle. Quello che si va a rilevare in questa indagine è quindi che tipo di servizio viene dato dagli altri Dipartimenti con i quali si hanno dei rapporti.

Gli aspetti che vengono monitorati sono ad esempio la qualità del servizio, le condizioni per lavorare al meglio, la puntualità, la disponibilità e così via; quello che è bene integrare all'interno di indagini come quelle di *customer satisfaction* interna è quindi anche il tipo di relazione che si ha all'interno dei reparti.

Sono convinto che il 90% dei problemi di lavoro derivi infatti da problemi di relazione, nel senso che se un mio collega, con il quale ho un rapporto particolarmente cordiale e di fiducia, commette un errore, sicuramente sarò molto più propenso ad aiutarlo e capirlo che nel caso in cui il rapporto sia di tipo conflittuale. La cosa importante, quindi, non è soltanto valutare il tipo di servizio fornito ma fare un salto oltre la qualità totale, verificare anche il tipo di relazione. Grado di servizio e livello di relazione sono quindi entrambi importantissimi.

La nostra indagine di *clima interno* è invece un'indagine anonima, facoltativa e *online*. Coinvolge tutti i collaboratori delle Società del gruppo ed ha obiettivi articolati: monitorare il clima aziendale e la soddisfazione dei collaboratori nei confronti dell'Azienda, conoscere le opinioni dei collaboratori rispetto alla qualità dei servizi offerti dall'Azienda, della relazione con i propri responsabili, della fiducia e del livello di collaborazione.

Fondamentale per la buona riuscita dell'indagine è far sapere in modo chiaro e trasparente a tutti i collaboratori che è garantito l'anonimato, che i risultati saranno pubblicati e i responsabili dovranno attivarsi con apposite azioni per migliorare le eventuali aree di debolezza.

Realizzata l'indagine, si discute infatti direttamente con tutto il *management* sui risultati, verificando come ogni Dipartimento si è “mosso” rispetto agli anni precedenti e come si posiziona rispetto al risultato medio del resto dell'Azienda. In questa fase non si scende nel dettaglio delle aree di debolezza dei Dipartimenti in cui si riscontrano peggioramenti su qualche variabile, sarebbe ingeneroso e potrebbe apparire una sorta di azione accusatoria.

Lo si fa invece in un momento successivo, in un incontro “ad hoc” col responsabile dell'area specifica, analizzando quali sono le cause che hanno portato al peggioramento, rispetto ai dati precedenti o rispetto alla media aziendale registrata.

Successivamente nelle riunioni di ogni reparto viene fornito un *feedback* strutturato ai collaboratori sull'esito dell'indagine. In quest'ultima fase, con una comunicazione molto chiara, sincera e attraverso il coinvolgimento di tutti, si arriva a definire quali sono le azioni da intraprendere, quale è il punto critico, come si può migliorare, chi è il responsabile del piano di miglioramento e la tempistica. Quindi bisognerà implementare le azioni e premiare i risultati. Non basta soltanto la promessa che lo faremo.

Le aree da monitorare con questa indagine sono quattro:

- la soddisfazione nei confronti dell'Azienda, che comprende i valori, la *mission*, gli obiettivi strategici;
- la soddisfazione per il proprio lavoro ovvero il monitoraggio di una delle più potenti fonti di auto motivazione, la passione per il proprio lavoro;
- il bilanciamento vita privata/vita lavorativa, uno degli aspetti più critici perché gli italiani lavorano molto in termini di permanenza in ufficio e in Azienda, circa il 70% della nostra vita attiva;
- remunerazione, che non è forse l'elemento più importante nella motivazione delle persone, ma diventa sicuramente fonte di demotivazione se è troppo bassa, fino ad essere determinante nella scelta di lasciare l'Azienda.

Oltre queste attività, la nostra Azienda è dotata di una *suggestion box*, una casella dei suggerimenti, studiata in modo che le persone siano spronate a dare il loro contributo all'Azienda. La

logica è infatti quella di premiare idee che portino benefici tangibili e misurabili a BMW, tutte quelle idee che porteranno ad una modifica di una procedura, un sistema, un'attività, con un beneficio economico all'Azienda.

Oltre alla *suggestion box*, è importante valorizzare la *intranet* aziendale come ulteriore strumento di comunicazione interna. Ad esempio, la nostra *intranet* è di fatto un sito multimediale di comunicazione che va ad analizzare alcuni temi importanti per chi lavora in Azienda. Parla dei nostri *brand*, prodotti, valori, delle attività di *marketing* e degli eventi che organizziamo: i collaboratori sono contenti quando vedono in anteprima un prodotto oppure uno *spot* televisivo, possono dire di far parte del *team* che lo ha creato, e tutto questo è molto importante per dare senso di appartenenza.

Inoltre sulla *intranet* trovano spazio le tematiche connesse all'organizzazione, informazioni, risultati e notizie, interviste a *vip* e *manager* di altre Aziende, rassegne stampa settimanali sulle notizie riguardanti l'Azienda, concorsi interni, temi di attualità e domande aperte alla Direzione aziendale e/o alla Direzione del personale, anche le più scomode.

I contenuti della *intranet*, così come le risposte ai "forum", vengono gestiti da un Comitato di redazione formato da persone appartenenti a diversi reparti e di diversi livelli, "reclutate" sulla base delle loro competenze, interessi e volontà di fare, indipendentemente dal fatto che siano dirigenti, impiegati o quadri. Ogni mese si verificano statisticamente gli accessi alle varie aree della *intranet*, per capire quali di queste suscitano maggiore interesse.

Tra i vari video multimediali, ad esempio, una tipologia particolarmente apprezzata è il servizio su "l'ufficio del mese" nel quale viene dato uno spazio di 15 minuti ad un reparto dove i colleghi si presentano, spiegano cosa fanno, raccontano esperienze, mostrano i loro volti al resto dell'Azienda.

Per il successo dell'intero processo di comunicazione interna, risultano critiche però le responsabilità in carico alla Direzione, che riguardano la diffusione degli obiettivi e dei risultati azien-

dali a tutti i livelli dell'organizzazione, perché se le persone non sanno cosa si vuole da loro difficilmente si impegnano per farlo e perché le persone vogliono sapere “a che punto siamo” e “qual è il punteggio nella partita che stiamo giocando”.

Parallelamente è fondamentale dare sempre e comunque risposte puntuali alle domande dei collaboratori, anche alle più scomode, perché le persone preferiscono una brutta verità ad una bella bugia. Per questo noi organizziamo, quando serve, riunioni plenarie molto dinamiche per spiegare le scelte aziendali.

Tutto questo porta ad avere una visione molto ricca rispetto al clima interno. Quello che nasce come uno strumento di comunicazione, diventa quindi uno strumento di gestione delle risorse umane, in quanto per implementare un sistema di valutazione e di determinazione degli obiettivi, dobbiamo avere ben presenti tutti i valori personali comuni e gli interessi individuali quali elementi che ci devono accompagnare nella loro definizione.

Comunicazione orizzontale

Quando parliamo di comunicazione interna e di comunicazione orizzontale organizzativa, divulghiamo l'area strategica dell'Azienda, quindi siamo già ad un livello più alto: la *mission* deve rappresentare il più alto livello di strategia, ovvero il motivo per cui “esistiamo”. Comuniciamo poi in che cosa crediamo, che cosa vogliamo essere, cosa saremo. La strategia (ovvero la pianificazione di come agiremo) deve essere anch'essa coerente con il nostro livello di collaborazione e di fiducia interna. Quando la strategia resta fine a se stessa, diventa soltanto uno slogan.

Lo strumento che in BMW utilizziamo per la realizzazione della strategia è la *balanced scorecard*, che va a verificare le quattro aree strategiche della gestione e soprattutto consente di valutare il modo di operare, non guardando lo “specchietto retrovisore” (ovvero le cose già successe) ma come le cose si stanno realizzando in quel momento.

È la struttura per l'allineamento e la focalizzazione sull'obiet-

tivo che dobbiamo raggiungere, questo ci consente a partire dalle linee strategiche di quantificare cosa è necessario per raggiungere i risultati, anche in termini di allocazione di risorse, di tempo e di *budget*, quali azioni vanno intraprese, fino ad arrivare al massimo livello di dettaglio con gli obiettivi personali, ovvero cosa è necessario che ogni singolo faccia.

In sostanza definiamo: l'area strategica, importante perché spiega da dove partiamo; lo strumento di controllo che utilizziamo, che deve essere capito e condiviso da tutti (altrimenti i risultati si possono prestare a diverse interpretazioni); l'area operativa, che in pratica è il *daily business*, che significa tradurre la strategia in obiettivi operativi; i *KPI* (*key performance indicator*) ovvero strumenti di *feedback* puntuali, pietre miliari all'interno dell'organizzazione.

Esiste in Azienda uno strumento chiamato *MIS* (*management information system*), un importante *tableau de bord* che fornisce analisi sul nostro *business*. Possiamo interpellarlo per sapere del mercato, quali prodotti stanno andando bene e quali meno, degli indicatori di qualità, del consuntivo ad oggi, del *forecast*, della previsione di chiusura sulla quale siamo tutti valutati e premiati.

Nello specifico, gli indicatori di qualità vengono concordati con i diversi reparti e devono essere indicatori che aiutano a lavorare bene oltre ad essere utili effettivamente. Sono i cinque o sei dati che serve avere sulla scrivania, per poter monitorare la propria area di responsabilità. Ad esempio, io voglio avere sotto controllo sempre e solo i seguenti indicatori, che mi servono per interpretare i *trend* e lo stato dell'arte nell'area "risorse umane":

- soddisfazione dei collaboratori,
- indice di *turnover*, cioè quanta gente lascia l'Azienda rispetto ad un obiettivo che mi pongo a inizio anno,
- indicatore sull'assenteismo,
- ferie non godute.

Non ho bisogno di 250 dati, se volessi entrare in tutte le attività non farei più il mio lavoro. Se ho subito il dato, ad esempio nella *BSC*, faccio in tempo ad intervenire mentre se avessi il dato alla fine dell'anno non avrei più molte possibilità di intervento. L'efficacia degli indicatori (*KPI*) è garantita dal fatto che sono

strumenti concordati con il responsabile dell'area aziendale monitorata. È lui che decide quali informazioni utilizzare per valutare l'andamento del suo reparto e questa scelta libera ed individuale lo ingaggerà, come se avesse firmato un contratto.

Comunicazione verticale

“Le prestazioni ad alto livello vengono determinate più dal modo nel quale un dirigente tratta i suoi subordinati che dal modo in cui li organizza.”

Per organizzare le persone non servono necessariamente capi illuminati, basterebbe avere delle procedure chiare e una *leadership* riconosciuta. La logica è che la gente fa le cose sulla base di quello che ritiene sia opportuno. Se il capo dà una visione di ciò che vorrebbe raggiungere, delle vittorie che si ottengono insieme agli altri, il risultato è già ottenuto.

Nel caso della “gestione per obiettivi”, ad esempio, in BMW il processo è all'opposto di quanto tradizionalmente succede nella maggior parte delle Aziende, dove la gerarchia impone dall'alto verso il basso obiettivi, tempi e metodi. Da noi, si rendono chiari gli obiettivi strategici che la casa madre chiede e a quel punto il *top management* chiede al suo *management* (i capi servizio) di proporre gli obiettivi che ritengono di dover consuntivare, attraverso i loro collaboratori, per far sì che l'Azienda raggiunga i suoi. I capi servizio coinvolgono poi nel processo i responsabili – *per favore, parlate con i vostri diretti referenti e proponete a me, Direttore della Divisione, quegli obiettivi che voi ritenete siano opportuni perché il nostro servizio raggiunga i propri, così da poterli presentare alla Direzione per che fa sì che l'Azienda raggiunga...* – È quindi una logica *bottom up* piuttosto che *top down*.

Per quanto riguarda la caratterizzazione degli obiettivi, questi devono rispondere a regole precise: devono essere S.M.A.R.T. (Specifici, Misurabili, Accettati, Realizzabili, Tempificati) e in più ambiziosi. Tenendo sempre presente da un lato che se gli

obiettivi sono troppo facili non servono a niente, ma dall'altro che se non sono condivisi o troppo ambiziosi non provo nemmeno a lavorare per ottenerli: se mi chiedono di fare i 100 metri in otto secondi non metto neanche le scarpe da ginnastica...

Il meccanismo è sempre lo stesso, che io definisco di "auto-in-gaggio": visto che la proposta parte direttamente da chi poi porterà avanti il lavoro, l'impegno è automatico, il raggiungimento è praticamente assicurato.

Partendo da questa logica, è anche chiaro il compito del *top management* nell'ambito dei progetti di comunicazione interna. La Direzione deve saper formulare e divulgare una *mission* vincente fino a farla diventare la *mission* di ognuno.

A questo punto interviene la responsabilità dei capi ad ogni livello e dei *manager* di linea – che non sempre coincidono perché esistono i coordinatori, i responsabili, i *leader* "senza i gradi" – che prima di tutto devono saper generare e gestire le tensioni per guidare e indicare le giuste direzioni, dando sempre *feedback*, sia positivi che negativi, in maniera puntuale e tempestiva. Devono avere momenti anche formali di incontro con le persone per parlare solo di questi argomenti. Per quanto riguarda i *manager* di linea, questi devono saper generare i valori condivisi in tutta la struttura organizzativa e capire se ci sono dei nodi da sciogliere, delle dissonanze relativamente a questi valori ed approfondirle. Per ciò che concerne la Direzione delle risorse umane, che ha anche responsabilità organizzative, questa deve saper affiancare dei *leader* che sappiano assecondare la crescita e lo sviluppo aziendale di tutte le persone, ad ogni livello, anziché gestire secondo una logica *top down*. Per questo la Direzione organizzazione e personale non deve essere percepita come un centro di potere (anche se di fatto lo è) ma come un prezioso alleato per poter vincere le sfide.

Esistono poi dei problemi con i quali ci troviamo a dover fare i conti, ad esempio affrontiamo un cambiamento a livello di *top management* e ogni tre, quattro anni cambia un Presidente o un Amministratore delegato. Normalmente c'è sempre un periodo

di *overlapping* per il passaggio. Questo perché in realtà le Aziende chiedono al vertice aziendale di lavorare nel breve termine per portare risultati da celebrare in fretta.

La chiave di volta che deve guidare il rapporto manageriale, anche e soprattutto in questi casi, è la relazione: passare da un rapporto di dipendenza (subire il rapporto con il capo) ad uno di interdipendenza dove “*se vinco io, vince l’Azienda, vinci anche tu*”. Mettersi in gioco in prima persona porta a questo vantaggio: un cambiamento, un miglioramento, all’interno dell’organizzazione il che per il nuovo capo deve essere visto come un risultato “utile” nel breve termine.

C’è sempre timore quando cambia un Direttore generale, per i progetti in corso: non è soltanto un problema di risorse interne che abbiamo messo in campo bensì un problema di credibilità, che attiene alla nostra professionalità. Se abbiamo preso un impegno, creato delle aspettative nell’organizzazione, diventa nostra responsabilità far sì che i progetti vadano avanti, pena la nostra perdita di credibilità/immagine ed un danno dal punto di vista economico per l’Azienda. Perché sono state coinvolte persone, impegnati dei *budget* e combattere perché i progetti avviati non muoiano è un po’ la condanna di chi deve coinvolgere i nuovi capi e ricominciare a tracciare nuovi percorsi verso il *top management* in occasione del *turnover*.

A volte basta estraniarsi un po’ dal *business*, dal quotidiano, per pensare a qualcosa di effettivamente diverso e rimettere in discussione le cose come sono state fatte finora: credo che questo possa aiutare anche noi ad avere una motivazione più alta. Fare le cose solo perché in passato hanno avuto successo, spesso non ci dà i giusti stimoli, alla fine pensiamo alla motivazione di tutti ma non dobbiamo dimenticare quanto sia importante anche la nostra!

Sistemi di ascolto organizzativo

Walter Passerini

Giornalista, Esperto di comunicazione, Docente universitario

L'ascolto è una dote che va recuperata. Noi tutti operiamo in un paesaggio sonoro che ormai è spesso fuori controllo. In principio c'era l'ascolto, poi è arrivato il frastuono, ciò che ha creato l'ipercomunicazione.

Propongo il tema dell'ascolto innanzi tutto perché andrebbe recuperata una facoltà perduta. Spesso si confonde la comunicazione con l'emissione di messaggi e mai come la ricezione di messaggi. Se si concepisse la comunicazione come emissione ma anche ritorno di messaggi, questo renderebbe necessario aguzzare le orecchie, quindi moltiplicare i meccanismi di ritorno, dunque di ascolto, è banale ma è così.

Questo è riconosciuto a parole ma alla fine non c'è quasi mai o raramente un'attenzione alla comunicazione di ritorno. Il problema non è tanto essere attrezzati quando arriva il ritorno, ma di prevederlo prima di emettere messaggi. Insomma, la comunicazione deve comprendere l'ascolto. Invece l'ascolto viene chiamato in causa quando accade un'emergenza o qualcosa che non si riesce a capire, una varianza, un comportamento divergente, improvvisamente ci si chiede che cosa stia accadendo e nel momento in cui si pone questa domanda, emerge l'esigenza di dover capire meglio, è lì che si cominciano a mettere in moto dei meccanismi di rilevazione del disagio, per esempio, o comunque dei meccanismi di ritorno.

La mia tesi è: l'ascolto è una componente strategica della comunicazione, interna ed esterna. Nel momento in cui si elabora un piano di comunicazione interno ed esterno, bisogna anche scrivere se il piano, poniamo, è composto di 15 pagine, almeno due pagine sono dedicate all'ascolto. Per rendere il tema più concreto possibile, l'ascolto non va concepito come un atteggiamento

mento dello spirito o una dimensione della bontà umana, una disponibilità un po' pelosa a mettersi al livello degli altri. È molto facile infatti dire: *ti ascolto* con arroganza e superiorità, un atteggiamento sbagliato, come pure quello di mettersi in condizione di subire questi atteggiamenti. L'ascolto vuole parità, mettersi in gioco, in sintonia con gli altri, con le persone, le organizzazioni, la natura; sì, perché non è possibile ascoltare dentro le organizzazioni se non si sa ascoltare anche la natura.

Ad un certo punto della mia vita ho avuto l'opportunità di conoscere una persona per me determinante. Cercherò di raccontare i contenuti di questa esperienza. Ho sempre lavorato nel giornalismo e nella comunicazione organizzativa. Essendo un lettore di riviste in lingua francese, mi accorgo di un personaggio che opera in Francia, Alfred Antoine Tomatis, descritto come un espulso dall'Ordine dei Medici che si dedica al tema dell'ascolto. Incuriosito, l'ho incontrato e per un periodo ho avuto la fortuna di lavorare con lui: il risultato è stato un libro "Management dell'ascolto".

Alfred Tomatis nasce a Nizza, di origine italiana, figlio di piemontesi, è un otorinolaringoiatra, lavora sulla sordità degli operai dei cantieri navali di Marsiglia. I cantieri navali sono luoghi dove il rumore è fortissimo, la sordità è la malattia professionale più diffusa. Tomatis lavorava appunto per migliorare e prevenire l'impatto di questa patologia. Si parte dal desiderio di curare una malattia, poi si capisce che in realtà il problema è la prevenzione.

Dallo studio delle ragioni che portavano alla sordità Tomatis ha creato, inventato, il sistema complesso dell'ascolto, l'audiopsicofonologia. È un sistema composto di tre elementi: il sistema *uditivo*, fatto di componenti fisiologiche, di conduzioni ossee; il sistema *psicologico*, e il sistema *vocale*, sonoro, fonatorio. Tomatis ha individuato un legame tra questi elementi, inestricabilmente legati, e ha scoperto che non si può curare l'orecchio se non si va alla radice di questo sistema. Il sistema audiopsicofonatorio è autoregolato dalla persona: se è sorda non sa cantare, perché non sente la propria voce e questo inibisce la corteccia cerebrale a mettere in moto qualsiasi processo. La voce viene regolata dal-

l'orecchio che, con la corteccia cerebrale, crea un sistema autoregolato dalla persona che parla o canta. Tomatis consiglia attenzione a che questi canali restino liberi, il canale della parola ovviamente deve essere limpido e trasparente, come quello uditivo, la corteccia cerebrale deve essere libera da disagi, problemi, condizionamenti. Ha una bella voce chi riesce a lavorare bene su questi tre elementi.

Il sistema fonatorio deve essere libero e trasparente. Ad esempio, per la balbuzie, ci sono persone che, prevalentemente per ragioni emotive e psichiche, non riescono a regolare la propria voce, hanno una velocità psicologica che va oltre le parole ed inciampano, corrono troppo in fretta rispetto alla possibilità della voce di seguire la mente. È un sistema di equilibrio tra questi elementi, parola, udito e cervello, quello che ha inventato Tomatis. Dagli operai dei cantieri è passato al brevetto di un suo modello, chiamato *effetto Tomatis*, di carattere terapeutico, che gli è costato l'espulsione dall'Ordine dei Medici francese. È un modello molto semplice, una specie di ginnastica dell'orecchio, questa è l'audiopsicofonologia, che si avvale anche di una mini-apparecchiatura.

Tomatis si è accorto che la sordità ha tante ragioni. Ad esempio, lavorare in una fabbrica molto rumorosa, dove i rumori creano degli scotomi nelle orecchie, dei buchi che fanno perdere la facoltà dell'ascolto, rende parzialmente sordi; non si riesce a sentire bene, alla lunghezza d'onda giusta. Il rumore è generato anche dalla voce dei cantanti lirici ed il rapporto che essi hanno, tra la bocca e l'orecchio, è così stretto e vicino, che prima o poi tutti rischiano di diventare sordi. Tomatis ha curato Maria Callas, Luciano Pavarotti, Sting. Il problema è dato dal cantare ad un volume molto alto, e i più vicini a quella fonte sonora sono proprio loro, i cantanti che, con il tempo, diventano spesso semi-sordi.

La sordità impedisce l'ascolto della propria voce e così non si riesce a parlare o a cantare come prima, è la malattia professionale dei cantanti, che tra l'altro riguarda soprattutto l'orecchio destro, l'orecchio direttivo secondo Tomatis. Certamente ci sono dei livelli di gravità della sordità che impediscono un ritorno.

Quando lo scotoma è profondo non è più riparabile, si può intervenire prima, quando cominciano a formarsi le prime crepe.

Un tempo l'uomo sentiva i suoni della natura. Poi sono nate le fabbriche ed il loro rumore, poi la radio, la televisione, i *walk-man*, gli *i-pod*, con i quali mettiamo una cuffia e ci isoliamo, ascoltiamo il nostro mondo. È una sorta di autismo delle persone che ha ormai raggiunto livelli di guardia. Esiste un elevatissimo livello di sordità collettiva dato dal rumore, l'inquinamento acustico non è un'invenzione dei giornali ed è enorme. Io amo usare a questo punto un linguaggio analogico, metaforico, per riportarlo alla realtà di ognuno. Quando i rumori sono molto forti non riusciamo a decodificarli, un frastuono continuo impedisce di distinguere il canto degli uccelli, delle cicale piuttosto che una sirena o un tornio. Il paesaggio sonoro è molto cambiato, l'uomo nasce nel momento in cui è l'orecchio, prima dell'occhio, a percepire il pericolo, è il radar che avisava l'uomo delle caverne dell'arrivo di una minaccia, tant'è che si usava mettere l'orecchio a terra.

Tomatis ha realizzato anche gli etno-audiogrammi. Secondo la sua esperienza, ogni Paese, ogni popolo, sente in modo differente e incontrando migliaia di persone nella sua vita professionale, è riuscito a misurare queste differenze. Ha usato come unità di misura l'hertz e ha scoperto, ad esempio, che i francesi parlano intorno a 2.000 Hz, gli italiani tra 1.000 e 4.000 Hz, al nord tra 1.000 e 2.000 Hz ovvero più sui toni gravi; gli inglesi arrivano fino a 12.000 Hz. La banda uditiva va da 16 a 12.000 Hz/secondo, unità tecniche che lui ha inserito nelle sue macchine, scoprendo appunto che l'italiano del nord parla più sui gravi mentre al sud si parla cantando, più sugli acuti. Gli italiani hanno difficoltà nell'imparare la lingua inglese perché non la sentono, gli inglesi parlano a 12.000 Hz, gridano, vanno sugli acuti e noi con l'orecchio basato sui gravi, soprattutto nell'Italia del nord e centrale, non riusciamo a sentirli. Tomatis consiglia di andare in quei luoghi per provare quello che loro provano e quindi capire perché loro parlano a quella lunghezza d'onda. L'orecchio slavo ha una banda uditiva enorme, impara le lingue ad una grande velocità, nelle aree dell'est l'orecchio è diverso dal nostro, sa sentire in

una gamma che va da 200-300 Hz a 10.000-12.000 Hz, dove è compreso tutto. Noi italiani abbiamo un orecchio deformato tra 1.000 e 4.000 Hz, tutto quello che è al di sotto e verso i 12.000 Hz non lo sentiamo. Analogicamente parlando, se siamo soliti comunicare ed ascoltare sempre le stesse cose non riusciremo ad ascoltarne altre, abbiamo un'abitudine all'ascolto. Cerco di riportare l'ascolto anche a livello dei contenuti, se abbiamo un linguaggio e parliamo sempre quello, in quella banda uditiva, non riusciremo a sentire ciò che sta prima e dopo, perché abbiamo un orecchio, una comunicazione ed una comunicazione di ritorno, deformati. Riportando l'ascolto alla nostra vita organizzativa quotidiana, dobbiamo ampliare la gamma, la banda uditiva, ovvero far lavorare il nostro orecchio, fisico, fisiologico ma anche organizzativo, in modo da sentire quei suoni che non siamo in grado di sentire.

Udire, sentire, ascoltare, per Tomatis sono tre cose diverse. Udire è l'atto fisiologico, possiamo essere disponibili a udire – *sento dei suoni* –. Sentire è cominciare a decodificare questi suoni, è la razionalità dell'ascolto – *sento dei suoni e so cosa mi vogliono dire* – ma è il cervello che lo dice. L'ascolto è un'altra cosa, supera tutto, è la consapevolezza o la coscienza di ascoltare delle cose, il sapere cosa queste mi vogliono dire e quello che devo restituire dopo questo ascolto. L'ascolto è una specie di passaporto che fa entrare in sintonia con un mondo acusticamente inquinato ed in qualche modo fa capire perché, come si può e dove migliorare la comunicazione.

Attraverso un piccolo apparecchio brevettato, con sedute quotidiane per due, tre settimane, Tomatis fa ascoltare un tipo particolare di musica ed in un certo modo; utilizza le composizioni di Mozart, non è un caso che si parli di *mozarterapia*. Lui diceva che Mozart componeva con il cuore, aveva sempre 120 battiti al minuto e la sua capacità è stata quella di creare musica con il cuore del bambino, che capiscono tutti, giovani e adulti. Mentre Beethoven è capito solo da alcune persone, richiama ad un rapporto musicale razionale, fa lavorare il cervello, Mozart mette in gioco tutto, sensi, cuore, cervello: la sensorialità dell'ascolto è molto importante. Alcune persone, quando parlano, spesso met-

tono quasi inavvertitamente una mano davanti alla bocca, se l'orecchio ha qualche piccolo difetto questo gesto fa in modo che il suono rimbalzi alle orecchie. Ho visto queste cose assistendo alle sedute di Tomatis, che non è solo un medico ma è diventato anche un terapeuta dell'ascolto; vedevo come si comportavano le persone che lui aiutava, ero un osservatore con il consenso di tutti. Non c'è nulla di misterioso in questo, non c'è alcuna pratica magica, siamo nell'audio-psicofonologia. È stato molto importante capire la musica di Mozart *filtrata*, una seconda dimensione questa, in modo da togliere i suoni gravi, bassi, e lasciare solo i suoni acuti, la musica risulta un po' deformata ed il motivo per cui lo ha fatto, va letto anche metaforicamente. Quando l'essere umano è nell'utero materno sente i suoni filtrati dal corpo della madre e dal liquido amniotico. All'interno avviene il filtraggio di questi suoni ed il bambino riesce a sentire in un apparente gorgoglio solo i toni acuti. Tomatis proponendo la musica di Mozart filtrata ha riprodotto l'ascolto nel ventre materno. Ciò significa che da qualche parte ci deve essere un ritorno, lui ha fatto questo lavoro da un punto di vista medico, scientifico, che forse si può ammantare di filosofia e mitizzare. In sostanza lui dice che quando una persona, e io dico un'organizzazione, avvertono un disagio bisogna tornare alle origini. Vuol dire che la persona ricorre ad un analista, l'organizzazione utilizza un analista o lo diventa di sé stessa, si va alle radici, al mito della nascita, a quel periodo della vita umana oppure organizzativa, in cui i valori erano chiari, come anche la visione, forse poi persa per strada a causa dell'inquinamento acustico e non solo acustico.

Nella mitologia greca, Ulisse, dopo aver messo la cera nelle orecchie dei suoi marinai, si fece legare per poter ascoltare, senza poi essere costretto a seguirle, il canto delle sirene. Oggi in giro ci sono tanti canti, troppi, e troppe sirene che ci portano fuori dal cammino. Troppo rumore molto spesso fa deviare, perdere il senso della missione per la quale si è nati. La carriera, il successo, il denaro, il potere, fanno perdere di vista qual'è la propria funzione nell'organizzazione, si diventa auto-referenziali, sordi. Cerco di riportare analogicamente questo discorso all'organizzazione. Il lavoro fatto con Tomatis è questo libro scritto a quattro

mani; la prima parte si chiama “La grammatica dell’ascolto” curata da lui, la seconda “La pragmatica dell’ascolto”, l’ascolto organizzativo, è scritta da me. Lui lavorava prevalentemente sulle persone, insieme abbiamo trasportato questa metodologia all’analisi delle organizzazioni e lui stesso ha gradito molto questa estensione.

Questa tecnica, per dire della sua altissima valenza concreta, per esempio, viene utilizzata anche in alcune scuole di lingue. Se l’italiano ha l’orecchio *duro* e non riesce a sentire l’inglese, è necessario fare la ginnastica dell’orecchio, attraverso una cuffia e dei cicli di ascolto, per ri-allenarlo ai suoni acuti. La tecnica viene poi usata anche per esempio nella cura della balbuzie, che è l’inciampare di una persona che corre troppo in fretta e che bisogna riportare all’origine del suo sistema audiopsicofonatorio. Tomatis ha curato così Gerard Depardieu che è poi diventato un grande attore.

Gli ordini professionali non ascoltano, non parlo solo della sanità, commercialisti, avvocati, giornalisti, sono villaggi chiusi, sordi, è quindi chiaro che ogni innovazione viene vista come magica. Tomatis era considerato uno stregone e per questo espulso dalla corporazione francese, ma da un punto di vista scientifico ha brevettato uno strumento, un apparato tecnico, dietro al quale c’è un lavoro, uno studio, non soltanto della fisiologia e della psicologia umana, ma anche di tipo tecnico, elettrico, elettronico. Tomatis ha anche coniato il termine dell’impedenza di luogo, perché l’umidità influisce molto, con un filtraggio diverso dell’aria, l’ascolto. Ha studiato e trasformato i colori in onde, individuando quali favoriscono o impediscono l’ascolto. Nel campo dell’architettura Tomatis ha sempre sostenuto il primato delle chiese romaniche come luoghi di ascolto, San Galgano e Sant’Antimo sono due modelli straordinari a suo dire, andava spesso in Val d’Orcia, un posto meraviglioso vicino a San Quirico, essendo anche uno dei massimi esperti al mondo di canto gregoriano.

L’ascolto parte dall’analogia tra individuo ed organizzazione. L’individuo può diventare sordo e può recuperare l’ascolto così come le organizzazioni. È chiaro che gli attrezzi cambiano, ma la filosofia, il percorso, restano esattamente gli stessi. Una delle

operazioni da fare è tornare alle origini e qui si entra nel campo, che a me sta molto a cuore, dell'etnografia organizzativa o antropologia organizzativa. Leggere un'organizzazione, un sistema sanitario, un'azienda di fonderia, di telefonia, sulla base del mito della nascita è molto importante. Che cosa c'era, quale nucleo dei valori, della visione stava alla base di quella nascita? Perché un gruppo di persone ha fatto nascere quell'organizzazione e con quale scopo? Qui le visioni puramente economicistiche sono troppo semplici e non spiegano tutto.

Il ritorno alle origini è un'operazione che è bene fare ogni tanto, rinfrescare i panni, fare un bel ripasso, ripartire da dove si è nati; è possibile farlo come individui: perché non come organizzazioni?

Se, come individui, si è meno consapevoli del proprio futuro e più incerti, uno dei modi per acquisire maggiore sicurezza di sé, maggiore comprensione di quello che si vuole nella vita, è di ripercorrere la strada fatta, la nascita, la casa, le esperienze e forse oggi, attraverso quel tipo di percorso a ritroso, si può essere in grado di capire i motivi del proprio malessere e come eventualmente superare un momentaneo disagio.

Certamente, ci sono dei valori di fondo da aggiornare, però ce ne sono altri ineliminabili, il problema è non snaturare un sistema. C'è chi si deve assumere la responsabilità di farlo. Molti vorrebbero introdurre per esempio il modello della privatizzazione ovunque. C'è chi vuole introdurre alcune metodologie aziendali nel sistema pubblico, per esempio. Ma dovremmo domandarci: il sistema pubblico ha ancora un senso oppure vogliamo definitivamente rovinarlo e romperlo? Questo innesto non sempre riuscito viene attuato o tentato dappertutto. Si fa nella Scuola, nella Sanità ed in molti campi. Attenzione, però, e questa è dialettica, proviamo a domandarci: siamo così sicuri, invece, che il sistema pubblico ed i nostri valori, siano fondativi, siano ancora buoni in una società che è cambiata? Forse è necessario introdurre qualche correttivo, ma il nucleo originario dei valori resta e va preservato, è diverso da quello delle cosiddette liberalizzazioni, è cambiato il rapporto con l'utente, il cliente. Si tratta di prendere delle cose che altri sistemi ci possono dare senza però perdere di

vista la natura del nostro sistema. È la dialettica, certamente ci sono tante interferenze, la politica, le scelte, le decisioni, il conto economico, le risorse, l'arrivo di soggetti nuovi tendenzialmente esclusi da questo mondo.

Un articolo molto recente di Adriano Sofri sul quotidiano "la Repubblica" trattava di immigrati in Toscana, ci sono 350.000 stranieri, circa il 10% della popolazione, dal modo come sono trattati discendono uno scontro ed un confronto sui valori di fondo, riscontrabili sulle cose pratiche, non esiste alzare la bandiera del Servizio pubblico senza tradurlo in fatti. Nel 2007 in Toscana sono state 47.000 le domande di regolarizzazione di cui 13.000 andate a buon fine; significa che il resto sono clandestini e da come li trattiamo discendono i nostri valori, la nostra visione del mondo in questo momento.

L'articolo mi ha molto colpito perché nella visione originaria che si può avere del problema dell'immigrazione e del Servizio pubblico, come vengono trattate queste 34.000 persone non regolari è la metafora del grado di legame o meno che riusciamo ad ottenere con i nostri valori di fondo. Parlando da giornalista, 34.000 clandestini sono un numero preciso, persone cui corrisponde un visto. Mi rendo conto della difficoltà di gestire un problema di questo tipo e come lo facciamo dipende da chi siamo noi; possiamo decidere che non si accettano clandestini nelle Scuole, negli Ospedali.

Le metafore partono sempre dalla Sanità e dalla Scuola, i punti critici, i due nervi scoperti. Torniamo un po' indietro: i sistemi di *welfare* sono nati per offrire certe cose, in una chiave di tipo assistenziale nel senso più positivo del termine, fare assistenza alle fasce più deboli della popolazione che, non avendo risorse economiche proprie, potevano scambiare un basso stipendio con dei Servizi pubblici che compensassero lo scarso potere del reddito. Il *welfare* c'è sempre stato, oggi è sotto attacco anche perché mancano i soldi, esistono delle problematiche contabili precisissime, però attenzione perché qui siamo nel sistema delle scelte, e la concertazione è uno dei modelli di *governance* possibili. Qualcuno è responsabile del sistema delle decisioni, o è in grado di fare le scelte da solo ed andare verso il consenso almeno della

maggioranza, se non di tutti, ma se non è in grado o non ritiene di dover prendere delle decisioni da solo va allargata la presa della decisione, la *governance* del sistema deve cambiare. Dentro questo cambiamento ci possono essere delle “rappresentanze” dei corpi sociali interessati a quel problema, non è uno scontro ideologico. È necessario de-ideologizzare il più possibile questo problema, non confrontarsi sui valori, a un certo punto, ma sulle politiche, quello che si può fare ora per preservare il valore. Qui e ora, con i problemi, i soldi, le persone che ci sono.

Questa è la ragione per cui mi ha colpito il tema dell’ascolto della persona, riportandolo al contesto organizzativo e da qui sono nate una serie di idee, di ipotesi, anche di pratiche. Il problema è che se c’è questa acquisizione allora poi si va ad indagare la realtà con questa specie di bussola in testa. Insisto su questo punto di passaggio in modo un po’ deduttivo, perché se invece non si ha questa acquisizione, il modo di lavorare resta sempre quello e ciò che viene usato è una vecchia bussola per un nuovo percorso, e ciò è sbagliato. Se si incorpora in modo strategico l’elemento ascolto, anche nel piano “di comunicazione”, allora si riesce a leggere i bisogni in modo diverso. Si riesce intanto ad adeguarsi al livello dei bisogni, il problema è se dare potere a questi bisogni oppure no. Lo stesso stile di direzione del *leader* che ascolta è diverso da quello che non ascolta. Richard Branson, fondatore della Virgin, veniva definito come un grande *leader ascoltatore*, è riuscito ad ascoltare il mercato del trasporto aereo e della musica in modo tale da aver messo in piedi un impero.

Grazie all’esperienza fatta con Tomatis sono riuscito a fare, secondo me, il mio giornale più bello, che nasce proprio da un’operazione di ascolto, usando quella metodologia e ho portato in Italia “Corriere Lavoro”. Ho cercato di mettermi all’altezza dei bisogni. In Italia non c’erano strumenti di dialogo con le persone sul tema lavoro, “Corriere Lavoro” è nato per questo ed era un sistema dialogico che cercava sempre di avere una comunicazione biunivoca, *avanti-indietro*, *emissione-ricezione*, nella sua stessa progettazione. È stato rifatto quattro volte il prodotto, abbiamo fatto *focus group*, interviste telefoniche, cioè un’operazio-

ne di ascolto su un giornale e devo proprio ringraziare Tomatis se sono riuscito a convincere gli editori. È stato un investimento di alcuni miliardi di lire, per convincere questa gente è stato necessario parlare, ascoltare le obiezioni, sulla mia pelle ho sperimentato la difficoltà di fare un prodotto, ma con gli opportuni accorgimenti si è fatto.

Come legare l'ascolto alla comunicazione?

Nell'esperienza francese mi sono accorto di come alcune grandi Aziende locali avessero introdotto dei modelli di ascolto organizzativo al loro interno. Tutto nasce da questa premessa: non si può non comunicare. La scuola americana di Palo Alto dice che stiamo comunicando anche quando stiamo zitti, a questo aggiungo che per comunicare bisogna saper ascoltare e, quindi, per comunicare non si può non ascoltare. Ho imparato più dai francesi che dai semiologi italiani, che spesso stanno dentro certi ermetismi un po' inconcludenti sull'origine ed i significati delle parole. La semiologia è una disciplina che ormai ha preso distanza dalla realtà. Mi interessa se posso applicarla da qualche parte e non se è fine a se stessa, invece l'Accademia dei semiologi è molto spesso auto-referenziale, un *club* chiuso, che sa parlare un proprio linguaggio ermetico ai più. I francesi hanno coniato il termine *tautismo*, autismo tecnologico, vuol dire che siamo in un paesaggio sonoro diverso, nel nostro oggi non ci è permesso di ascoltare i suoni della natura, abbiamo un po' perso il rapporto con essa e questo condiziona il rapporto con gli altri esseri umani, siamo coperti dal rumore e la comunicazione è diventata autismo tecnologico. Abbiamo un rumore di fondo prodotto dalla proliferazione delle tecnologie che però non aiuta a migliorare la nostra comunicazione, molto spesso si è cercato di affidare alla tecnologia un livello di comunicazione che da sola non è in grado di offrire. La tecnologia rischia l'autismo, più aumentano i mezzi e più dovrebbe migliorare la comunicazione, ma non è così, forse per alcune forme sì: con la comunicazione di servizio, per esempio, si possono raggiungere con un messaggio più persone,

in tempo reale, a costi bassissimi, abbattendo barriere geografiche, il tempo e lo spazio. Non si può dire che la nostra comunicazione sia migliorata, per certe cose sì, quando si tratta di un ordine di servizio, una comunicazione che presuppone un'esecuzione e basta. Ci sono delle comunicazioni *alto-basso* ed altre invece che cercano consenso, condivisione. Comunicazione è condividere, mettere in comune delle cose, un progetto, se c'è questo *tautismo* è perché siamo nell'era che chiamo della ipercomunicazione. Siamo bombardati dalla comunicazione, ne siamo catalizzatori e vittime, ce n'è troppa, queste generazioni di esseri umani, specialmente le nuove generazioni, sono fortemente condizionate dalle tecnologie ma questo non garantirà una maggiore comprensione e comunicazione.

Uno dei prodotti di questa ipercomunicazione è che i messaggi hanno perso spesso senso, come la stessa parola. Mi riporto ad una scala *masloviana* dei bisogni di comunicazione. Il grado zero si chiama informazione, poi ci sono: la comunicazione, l'orientamento e la formazione. C'è una cosa chiamata comunicazione ma che in realtà è informazione, non presuppone un ritorno, la Torre di Babele non è soltanto un mito della preistoria dell'umanità ma è qua, ora, anche in questa sala, nel senso che assegniamo significati diversi alle parole, figuriamoci se possiamo essere dei comunicatori consapevoli. Allora si deve certamente cercare di dare un senso alle parole ma soprattutto di trasferire questo senso anche quando si farà il lavoro con gli altri, con il *target*, con i clienti, stiamo costruendo un linguaggio. L'ipercomunicazione ci ha portato via le parole, il linguaggio, ha aumentato i mezzi ma non ha migliorato il linguaggio, ha creato confusione, siamo immersi in questo problema, dobbiamo ridare senso alle parole, per noi stessi per essere consapevoli ma soprattutto perché abbiamo delle persone cui rivolgerci e se noi siamo in questo frastuono metaforico, allora dobbiamo cercare di ridare senso al nostro lavoro, al nostro linguaggio e poi avere chiaro che cosa, a chi e con quali mezzi vogliamo comunicare.

La politica, qualunque essa sia, oggi si confronta con una disponibilità di mezzi molto forte, è chiaro che c'è una concentrazione di mezzi ma il problema è che ormai tutto si condiziona e

si decide lì, non c'è niente da fare, non possiamo tornare ad una società agricola, possiamo semmai usare i mezzi per una nuova politica dell'ascolto. Possiamo usare i mezzi non come *trasmettitori* di ordini e di messaggi, ma nel doppio procedere del problema, quindi, mezzi che vanno e ritorni che arrivano. Non c'è nessuna differenza tra centro-destra e centro-sinistra nell'usare i mezzi per fare pura propaganda. Propaganda è emettere dei messaggi al di là dei bisogni, invece che differenza c'è tra uno che cerca di raccogliere attraverso i mezzi, non solo di emettere messaggi, rispetto a chi emette messaggi e basta? È una comunicazione che rende partecipi, il problema è se esistono dei popoli nel mondo che vogliono farsi governare partecipando oppure no. La *leadership* di Obama consiste nel fatto che lui è riuscito a parlare con la gente perché è riuscito a mettersi nella lunghezza d'onda della gente, sul suo sentimento, sull'America in mano ai petrolieri ed ai mercanti di armi. Come ha fatto Obama a mettersi nella lunghezza d'onda giusta? Non era tanto buono d'animo, lui ha dovuto rimontare, nella sua pelle, nella sua carne, tanti problemi, tante difficoltà, era un clandestino, ne aveva tutte le caratteristiche, veniva un po' dall'Asia, dalle Hawaii, un miscuglio di razze, forse irripetibile. Fatte le debite proporzioni, non è che ci meritiamo per forza dei *caudillos*. La differenza della politica da noi non è tanto nel dispiegamento dei mezzi ma nel come li si usa, solo in andata oppure anche in ritorno? Questo è il punto.

Nell'ipercomunicazione, nel frastuono, nell'eccesso di rumore e di comunicazione, nella proliferazione dei mezzi, la confusione regna massima sotto il cielo, la via d'uscita è nella ricerca di un differenziale comunicazionale.

Il differenziale comunicazionale è fatto di più cose, di ascolto e di comunicazione diversa. Diversa nel senso di trovare la banda passante giusta, riferita al sistema audiopsicofonatorio, trovare la sintonia con il *target* prevalente. In questo caso il differenziale è di doppio tipo: mette l'ascolto come componente organizzativa e strategica dentro i piani di comunicazione e l'aderenza della comunicazione non alla domanda ma al bisogno della gente. Qui c'è un'altra distinzione profonda: un conto è cercare di

dare risposte alla domanda della gente, un altro è capire che fra la domanda esplicita ed il bisogno ci può essere una differenza ed è qui che si vede la funzione educativa del comunicatore, che non è un propagandista o un venditore di spazzole, ma il decodificatore del rapporto fra la domanda esplicita ed i bisogni effettivi della gente.

Adesso il filo del ragionamento da analogico passa ad essere non dico digitale, ma ad una, forse apparente, maggiore concretezza. Prima di venire al concreto bisogna vedere, secondo me, alcuni concetti fondamentali, perché dalle immagini della realtà poi discende spesso il nostro atteggiamento verso la realtà stessa. Credendo in questa tesi di fondo a volte corro il rischio di essere un po' deduttivo, di partire dai concetti per poi arrivare al concreto, alla loro possibile applicazione.

Voi lavorate in contesti diversi, avete un doppio *commitment*: uno regionale, grande, unitario e poi avete dei territori che non possono essere definiti uguali, appartengono comunque alla stessa entità amministrativa, culturale però ogni contesto di Provincia ha bisogno di una sua verifica sul campo. Un metodo di lavoro può essere acquisito insieme, poi la sua concretezza, la sua applicabilità, dipendono anche dal contesto. Non si può dire che Siena sia uguale a Pisa, c'è poi il ruolo regionale di Firenze, di coordinamento, più in generale. Un *workshop* come questo non arriva a dettagliare il vostro piano di comunicazione, almeno per quanto mi riguarda, ma sarebbe forse un momento successivo che farete poi sul campo, nel vostro contesto, magari sarebbe bello se ci provaste e poi ci confrontassimo sui singoli piani e progetti.

Passando ad un ragionamento successivo, definirei quelle che chiamo le *antenne aziendali*, prima ancora delle cose da fare, anche qui seguendo un percorso di tipo deduttivo. Sto cercando di socializzare, di condividere con voi, *chi fa questa cosa, la comunicazione, chi fa i piani di comunicazione interna*.

In un settore come il vostro è sbagliato dividere nettamente la comunicazione interna da quella esterna, coincidono largamente. Nelle attività di magazzino è più facile distinguere, nel senso che si produce un prodotto, si immagazzina e perché questo prodot-

to sia buono bisogna far sì che le persone che lo lavorano siano fortemente motivate. Tra la produzione di quel prodotto e la vendita sul mercato c'è un momento intermedio che si chiama magazzino. Nel caso dell'economia dei servizi invece non c'è il magazzino, quindi è difficile distinguere le strategie di comunicazione su chi fa il prodotto, vedi comunicazione interna, rispetto alle strategie con il mercato, chi fa servizio ha un momento di coincidenza netta tra chi eroga il servizio e chi lo consuma. La Sanità è quel settore dove la qualità del servizio si misura nel momento in cui il consumatore, l'utente finale, la sperimenta, non c'è la possibilità di metterlo in magazzino e poi sul mercato, perché ormai il servizio è stato prodotto e bisogna venderlo. Il servizio ha lo svantaggio di non avere una camera di compensazione tra la produzione e la distribuzione, però ha il grande vantaggio, non avendo il magazzino con beni all'interno, di poter agevolmente rettificare il tiro a seconda della domanda e del bisogno espresso. È più difficile offrire un servizio di alta qualità che un prodotto equivalente, la sperimentazione del servizio è immediatamente sul campo nel momento in cui una persona si rivolge ad una struttura, un presidio e misura la qualità dell'accoglienza che è già qualità del servizio. Dove c'è la separazione tra prodotto e consumo, se si sbaglia il prodotto è per quattro anni, le fabbriche di automobili certamente hanno ridotto il tempo tra progettazione e produzione; il servizio non ha mai avuto questo problema, il tempo di progettazione, produzione e consumo, è immediato, quasi coincidente. Per questo bisogna lavorare molto a monte per offrire un servizio a prova di consumo immediato.

Chi fa che cosa

Per esempio, *nel che cosa* recupereremo quello che mettiamo nei nostri schermi, ci dovremo occupare anche di "televisione", di "web", di strumenti e di linguaggi, il problema è quali contenuti, linguaggi, immagini, collochiamo nei nostri strumenti. Ci si deve dotare di strumenti più avanzati possibile, quello che è

compatibile e sostenibile in un contesto regionale, provinciale e così via. Non si tratta tanto di prendere le scorciatoie tipiche dei dirigenti tecnocrati che risolvono tutto con la dotazione strumentale. Molti dicono: qui c'è un problema, Che facciamo?

Si risponde: facciamo un giornale, apriamo una televisione, una radio. Benissimo, ma con quali contenuti? Ancora una volta il tentativo è di usare delle scorciatoie, in qualche caso legate agli strumenti – ciò che dobbiamo fare lo faranno gli strumenti – ma gli strumenti sono dei mezzi vuoti, non solo vanno sempre usati nei due sensi, andata e ritorno, devono essere riempiti di immagini, facce, storie, miti e contenuti.

Il mito

Un ultimo riferimento al tema dell'ascolto. Tutte le società umane nel loro evolversi hanno sempre lavorato sul mito. Il mito è perlomeno un insieme, un *mix* tra aspetti razionali, economici, le risorse, le tecnologie, la scienza, la concretezza, con aspetti meno razionali, le culture, le aspettative, che sono elementi più *soft*. Il mito ha fatto andare avanti il mondo perché ha trovato le parole e le storie giuste per tenere insieme le società e tutto questo è avvenuto in un campo dove non c'erano tecnologie. Nell'epoca mitica la trasmissione è orale, basata sull'ascolto, dove il racconto del mito cambia ogni volta perché non c'è un testo scritto. L'Iliade e l'Odissea sono state scritte dopo, prima venivano raccontate e nel momento in cui sono state scritte, a volte, hanno perso potere, potenza e passione. Bisogna saper fare un uso sapiente dei miti, consci del fatto che la pura trasmissione orale è un ritorno nostalgico ad un tempo che non c'è più, però bisogna in ogni caso salvare il salvabile della storia orale e del racconto dei miti. Questo perché ogni organizzazione, ogni Azienda anche sanitaria, ha i suoi miti. Come si può mitizzare un'Azienda sanitaria? Servirebbe molto farlo, nel senso di trovare una codifica del linguaggio, un senso delle parole che si usano, delle storie, delle testimonianze, delle persone, delle facce, che possono aiutare questa costruzione del mito organizzativo.

Creare un'organizzazione mitica è mitizzare i riti di passaggio: quando un individuo entra, quando viene promosso, degradato o non premiato, e quando esce,; sono almeno quattro passaggi, in realtà sono molti di più. Significa dare grande importanza a questi quattro momenti. Quando si entra in un'Azienda c'è tutta una politica di accoglienza della risorsa ed è già un modo per farla sentire parte dell'organizzazione, parlando di comunicazione interna dal lato di chi ci lavora, si può vedere come nel servizio l'analogia è totale tra quelli che lavorano e quelli che entrano come clienti.

Chi ci lavora ha bisogno di essere accolto nell'Azienda nel momento in cui entra, è entrato o quando entreranno altri che andranno accolti ed a cui trasmettere subito il valore, il senso, la direzione di marcia, di quell'Azienda e qui servono le parole, le lunghezze d'onda, giuste, i concetti, oltre che gli strumenti. Arrivano magari dei giovani, delle persone nuove, diverse, che hanno fatto altre esperienze, nel privato; bisogna davvero trovare una traduzione simultanea, un linguaggio comune, subito. Riti di promozione, partecipare ad un corso di formazione ne è un esempio ma va mitizzato, non si accede alla formazione per raccomandazione, è un rito di passaggio che va reso trasparente il più possibile perché si sappia che si fa un investimento su alcune persone per migliorare. La degradazione, il non partecipare più al corso di formazione, anche questo va motivato, reso trasparente, questa organizzazione mitica deve essere molto alla luce del sole. Il momento dell'uscita è un tema di grande attualità perché c'è più gente che esce e spesso non per scelta, la crisi sta dimostrando come questi strumenti di ammortizzazione sociale stiano un po' nascondendo la bolla occupazionale che potrebbe appesantirsi nei prossimi mesi. Nel futuro, in certe realtà, nelle organizzazioni, ci sarà bisogno di meno persone ma più qualificate, è un processo quasi irreversibile anche nelle Aziende manifatturiere. Non è detto che questo farà diminuire complessivamente l'occupazione, il tipo di apporto della persona al suo lavoro dovrà essere molto più avanzato, sviluppato, specializzato, competente. È meglio saperlo perché è anche un'autodifesa – se lo so, ci sto – altrimenti si pensa di stare in un'organizzazione come si

faceva venti anni fa. Attenzione, si opererà in chiave di qualità, di risorse critiche di cui le Aziende avranno sempre più bisogno; meno gente, ma più preparata.

Credo in ogni caso che nel sistema pubblico ci sia un bisogno di preservare la memoria, molto più che nel privato e bisogna davvero crederci, che non significa chiedere a tutti di fare la stessa cosa, ma alla fine deve essere individuato un gruppo di persone che *tira il carro*, bisogna creare un minimo di “strutture”. Che si diventi dirigente e comunicatore, pur non avendone il ruolo, è cosa rara, però vanno forse previste delle strutture di comunicazione, delle antenne aziendali, persone fisiche, un minimo di rete, che lavorino nella stessa direzione. La comunicazione non prescinde dai comunicatori, si fa solo se ci sono questi. Non tutti siamo comunicatori, è sbagliato dirlo, non è vero e non ha nessun significato, credo, nella comunicazione intenzionale: c'è un gruppo di persone che ha il compito di fare la comunicazione, magari poi ha anche molto altro da fare, ma bisogna creare queste strutture. Nelle Aziende il primo passo per mitizzare il mitizzabile, con le risorse scarse a disposizione, lo deve fare una struttura, non possono farlo tutti, ci vuole una decisione formale del vertice di un'Azienda che, oltre agli altri compiti, assegna a delle persone anche quella mansione, prima di tutto, c'è un investimento di ruolo.

Laddove invece c'è confusione di ruolo allora bisogna chiedere una migliore precisazione del ruolo, *se oltre le dieci cose, devo fare anche questo, lo dovete dire, lo dobbiamo dire, e far sapere*. Il fatto stesso di farlo sapere è già un pezzo della comunicazione che si sta facendo, dire che si è creata una struttura di tre persone che si occupa di comunicazione, interna ed esterna, va mitizzato, reso un fatto forte, potente, al cospetto di tutti, alla luce del sole e probabilmente poi è la misurazione della qualità del gruppo che è stato scelto. Le antenne aziendali quindi non sono una disponibilità d'animo ma una ministruttura. Questa struttura aziendale dedicata trova la sua forza nella rete professionale, nel fatto che ci sono contesti territoriali diversi con i quali essa si incontra periodicamente e cresce. La struttura lavora nel suo contesto territoriale ma poi opera, per crescere, insieme alla comuni-

tà professionale, è l'altra importante decisione che va assolutamente presa. Si possono avere delle difficoltà, di movimento, di capire le cose e così via, nella situazione locale, ad esempio, però si può trovare respiro, ossigeno, idee, aiuto, motivazione, dal confronto con altri che, in diversi contesti, stanno lavorando più o meno nella stessa direzione.

L'orgoglio della comunità professionale di appartenenza è molto importante, c'è un grado minimo dell'ascolto nelle Aziende, si chiama bilancio sociale. In Francia è una legge dello Stato, le Aziende sopra i 300 dipendenti sono obbligate a fare il bilancio sociale, è un modello cui possiamo concretamente riferirci senza andare in America. Bisogna copiare i transalpini nella comunicazione privata e pubblica in Sanità, si trovano esperienze di ascolto straordinarie, però loro hanno fatto la Rivoluzione francese, da sempre c'è una cultura istituzionale pubblica. Va riconosciuto ciò che è stato fatto da un Presidente straniero, ungherese, ma chiunque comandi in Francia rappresenta qualcosa che si chiama Istituzione pubblica statale. Quindi, copiando l'esempio francese, creare un gruppo di studio che verifichi le esperienze di comunicazione pubblica interna ed esterna. Quando stenderete e verificherete i vostri Piani, ad un certo punto, un *benchmarking*, un confronto internazionale su parametri precisi, si può fare riferendosi soprattutto all'esperienza d'oltralpe. La legge sul bilancio sociale spesso è uno dei punti di partenza, la premessa però è che ci vuole qualcuno che solleciti dicendo: anche in Italia ci deve essere una direttiva di fare, in ogni realtà, unità produttiva, un bilancio sociale.

Così come l'informazione è il grado zero della comunicazione, il bilancio sociale è il grado zero di quello che chiamo *audit sociale*, prima di tutto bisogna andare a studiare cos'è un bilancio sociale, a questo punto c'è il problema di chi lo fa e di quello che deve contenere. Non stiamo lavorando nel vuoto: chi lo sollecita siete voi, chi lo fa siete voi insieme ad altri e su cosa farlo, possiamo guardare agli standard. Non è un modo burocratico di concepire la comunicazione ma di ancorarla comunque a qualcosa di concreto, altrimenti la diatriba, con i dirigenti ed i vertici, è persa; invece se riusciamo, come comunicatori, a trasferire un

problema, un tema, insieme ad una soluzione poco costosa, è molto più semplice. Di solito però le esperienze di bilancio sociale fatte in Italia hanno più una funzione di comunicazione esterna che interna. Il bilancio sociale, che resta una cosa importante, viene però fatto con un'accentuazione maggiore per un suo utilizzo in chiave di pubbliche relazioni, quindi esterne e questo trascura l'aspetto essenziale che è la comunicazione interna.

Il bilancio sociale

Quando un bilancio sociale si occupa esclusivamente del rapporto tra l'amministrazione ed il cittadino e *bypassa* i dipendenti, è un cattivo bilancio. Il bilancio sociale è fatto di almeno due dimensioni, di solito viene fatto solo in una. C'è un percorso di misurazione del capitale sociale interno alle organizzazioni e quella curva di vitalità ha un andamento diverso da quello del bilancio economico-finanziario che dipende dall'analisi, dalla misurazione della qualità delle risorse umane all'interno dell'organizzazione. Un bilancio sociale non può trascurare la dimensione sociale interna all'organizzazione – chi siamo e come siamo segmentati –. La cultura della misurazione nel pubblico è un po' debole, ma almeno sapere che la struttura di cui si parla occupa un certo numero di persone, uomini, donne, laureati, tecnici, specialisti, è importante entrare nella segmentazione della popolazione interna. Il bilancio sociale però non si ferma qui, ad esempio, dà il valore delle competenze che sono all'interno, che non vuol dire soltanto verificare i titoli di studio di chi lavora ma anche, come comunicatori che guardano avanti, capire che mancano delle competenze, poniamo, nel geriatrico, nell'accrescimento demografico, nell'invecchiamento della popolazione, che porta delle domande cui non siamo ancora in grado di rispondere, vuol dire che non è stata monitorata in modo sufficiente questa dimensione esterna ma anche quella interna. Quindi si fa un bilancio di competenze insieme a quello sociale sulla popolazione interna, competenze che si hanno ed altre dove si è deboli. Nel fare il bilancio di competenze delle persone all'interno, en-

tra il mercato esterno: se la società va in quella direzione, ci sono sufficienti competenze nell'Azienda pubblica, sanitaria, per rispondere a quella tendenza oppure no? Ci stiamo occupando ancora dei *battilastra* oppure di nuove cose?

Vorrei sottolineare, avendo avuto purtroppo esperienze familiari di tipo oncologico ed aiutando un'organizzazione di volontariato, Vidas, che ha creato un *Hospice* che si occupa di malati terminali di cancro, che l'elemento di competenza va visto anche in una chiave interna ed esterna. È possibile incorporare delle competenze attraverso strutture di volontariato, non c'è il bilancio per comprarle, però c'è la possibilità di avvicinare delle competenze che non si hanno, questo significa fare rete e metterci dentro competenze del volontariato cosiddetto professionale.

Il bilancio sociale deve anche prevedere le uscite, le mappe, se tra dieci anni andrà perso il 30% delle competenze a disposizione è importante saperlo oggi. Fare la mappatura delle competenze che potrebbero uscire, poniamo per ragioni anagrafiche, è un problema, costruire davvero un lavoro di bilancio sociale significa entrare dettagliatamente dentro la popolazione interna ed ogni tanto, sul piano delle competenze, vedere le competenze interne rispetto alla domanda, al bisogno ed alle tendenze della società. Un documento come il bilancio sociale va fatto per l'interno oltre che per l'esterno, un documento unico, è giusto mitizzare questa esperienza ma non bisogna buttare via un ottimo lavoro che è stato fatto, in chiave puramente numerico-quantitativa.

Da un punto di vista operativo abbiamo: delle esperienze francesi da seguire, un orgoglio di appartenenza al pubblico che può essere in qualche modo usato a nostro fine, una ricchezza di competenze di persone nel nostro territorio, delle possibili alleanze territoriali con gruppi di volontariato competente e specializzato, risorse da "avvicinare" per fare anche questo tipo di lavoro, modelli di bilancio sociale applicati ai Servizi pubblici in Italia, costruiti nonostante l'assenza o l'obbligatorietà di legge. Insomma, bisogna darsi da fare.

Il bilancio sociale, per quanto complicato, complesso, da inventare, da fare, seguendo anche le migliori esperienze, è una parte del problema. In molti casi, cosa per me fastidiosa, viene

usata nella cosiddetta CSR, la responsabilità sociale d'impresa, una moda privata che si sta estendo al pubblico. La *Corporate Social Responsibility* (CSR), presente anche in alcune realtà pubbliche o para-pubbliche, ha perso un pezzo delle radici perché anziché essere più legata al tema bilancio sociale, quindi di sostenibilità d'impresa in tutti i suoi vari fattori, è diventata un po' il fiore all'occhiello della politica pubblica delle imprese. Il *Diversity Management* dentro l'Azienda sanitaria di Canicattì è importante perché fa capire che ci sono delle differenze tra laureati e non, bianchi e neri, anziani, razze e religioni diverse, fa capire il valore della differenza. Tutte queste Aziende hanno degli uffici dedicati al *Diversity Management*, persone, stipendi che volano, mi rendo conto che è difficile avere analoghe strutture in Aziende italiane, in particolare se sanitarie pubbliche, però non va persa la speranza. Parlo di alleanze sul territorio. Siamo sordi rispetto al nostro territorio, perché lo conosciamo troppo ed abbiamo un po' perso la speranza, forse non andiamo a segmentare bene le possibilità esistenti, magari sono arrivate delle novità e non ce ne siamo accorti, delle potenzialità, delle esperienze, delle cose che si possono proporre. È necessario controllare che non ci siano delle possibili alleanze da inserire in un bilancio sociale, che non è basato su ciò che faremo ma su quello che è stato fatto o che si continua a fare. Il bilancio sociale non è la "Carta dei principi e dei sogni", si riferisce all'anno precedente e non ai prossimi dieci, altrimenti diventa cosmetica, da questo punto di vista si deve mappare il territorio, la realtà aziendale interna, tutte le differenze e le ricchezze, ma anche potenziali alleati sul territorio.

Non è vero che non abbiamo risorse, molte sono in cerca di progetto, anche nel privato rispetto al pubblico, poi esistono fenomeni di travaso in cui il pubblico diventa appetibile per una fascia di *manager* e di tecnici di quadri privati che a 50-55 anni vogliono cambiare esperienza. L'*employer branding* del settore pubblico verso alcune fasce manageriali, persone che hanno decurtato il loro reddito del 30% per andare a lavorare nel pubblico, addirittura come esterni, anche in questo caso è necessario fare una mappatura delle associazioni legate ad un *no-profit* com-

petente ma anche di Aziende che possono favorire il lancio di alcuni progetti.

Dal bilancio sociale all'*audit* sociale

Come se il bilancio sociale fosse un antenato dell'*audit* sociale, che è un passo in avanti perché contiene l'*ascolto*. L'*auditor sociale* oltre che stendere un bilancio deve anche in qualche modo renderlo non solo misurabile, ma un momento di verifica, di revisione di bilancio, è un passaggio logico in più. Quindi, c'è un lavoro di diagnosi, di mappatura, del territorio aziendale ed esterno. Un secondo passaggio è l'innesto di una strategia sociale verso il territorio e l'interno. Poi la parte che riguarda i mezzi a disposizione, la pianificazione delle azioni interne ed esterne di tipo sociale, la revisione, l'*auditing* in senso stretto, del percorso realizzato e la sua misurabilità in termini di "efficacia", laddove e nella misura in cui è possibile farlo. Sostanzialmente dunque un lavoro di mappatura delle risorse interne ed esterne; sarebbe necessario osare un po' di più, spingersi verso attori cui non si era pensato, queste cose vanno fatte a tavolino ma anche frequentando, cercando di capire, ascoltando maggiormente la realtà in cui si è inseriti. A volte noi siamo i primi sordi.

Non si tratta soltanto di un percorso a tavolino ma di un documento che, nel momento in cui viene scritto, diventa un impegno, un elemento di comunicazione, un rapporto finale, intermedio o periodico. Alcuni lo allegano al bilancio economico-finanziario. In un periodo di introduzione di nuove tecnologie suggerirei di sfalsarlo completamente all'inizio, di slegarlo. Nel momento dell'affermazione dello strumento consiglio di non farlo morire dentro l'altro grande strumento, il bilancio economico-finanziario, altrimenti si discute solo di risorse e non di azioni. Tenerlo separato vuol dire trovare un altro momento di mitizzazione, di celebrazione, di comunicazione, perché poi questo modello viene presentato in un rapporto scritto e ciò significa usarlo magari come secondo momento annuale di un'Azienda, nel momento in cui lancia il bilancio economico-finanziario in una se-

conda fase in cui sceglie di distinguere la parte “sociale” proprio per dare più peso, più importanza. Il bilancio sociale tende a misurare fenomeni più quantitativi e misurabili, analizza la popolazione e la sua segmentazione, i livelli di competenza, la ritualità interna, i vari riti di accoglienza, di passaggio, ritualizza e misura anche certe alleanze in termini di risorse destinate alle attività sociali. *L'audit* sociale introduce alcuni elementi *soft* e soprattutto, in quanto *auditing*, di valutazione, di verifica dei fabbisogni, quindi aggiunge al bilancio sociale, che è documento più quantitativo, una valutazione su elementi fortemente qualitativi, non facilmente misurabili come, ad esempio, l'analisi di clima che è uno di quegli strumenti che si introducono proprio per capire che tipo di percezione c'è dentro l'Azienda rispetto a quello che si sta facendo, degli obiettivi e delle relazioni che ci sono tra le persone, una disciplina molto profonda e ricca. *L'audit* sociale interviene su questo, in qualche modo ne riporta punti di adeguatezza e non. *L'audit* sociale stabilisce poi delle verifiche degli scostamenti degli andamenti, se si è lavorato bene sulla dimensione sociale in questo periodo oppure no, è un elemento più critico che introduce dimensioni qualitative e fa una verifica, una valutazione periodica dell'andamento dell'attività.

Se la Società della Salute, al di là dei rischi che può correre, è un'opportunità e permette di scovare nella società delle risorse nuove, in termini di ideazione, di progettazione ma anche di risorse, mi sembra quello che si stava cercando e se questo diventa l'interlocutore dei comunicatori, insieme alle Aziende istituzionalmente codificate e stabilite, benissimo, si può fare una dialettica positiva verso le istituzioni. Un *work in progress*, un lavoro che verrà fatto, verso un modello pienamente condiviso, ossia che il *welfare* si fa sul territorio. Questo è il punto vero ormai e le alleanze, le *partnership*, il *fundraising*, sono assolutamente fondamentali e necessari.

Tornando al tema dell'ascolto, a questo punto si dovrebbe riuscire a sbizzarrire la fantasia per trovare il maggior numero possibile di strumenti dell'ascolto. Dal punto di vista organizzativo si mandano delle persone ad ascoltare oppure si fanno intercettazioni telefoniche delle comunicazioni dei cittadini?

Questa è una battuta, ovviamente.

Tra gli strumenti, le analisi di clima sono chiaramente interne e vengono fatte tramite questionari. È necessario farsi aiutare, ovviamente mettere insieme delle competenze, l'analisi del clima è una cosa molto complessa, è quantitativa e qualitativa. La parte quantitativa può essere fatta con dei questionari, per quella qualitativa si prendono dei *target* e si fanno dei *focus group*, si può fare anche un'analisi di clima generale. Sull'esterno, usare l'URP, probabilmente già si fa, che deve essere attrezzato per raccogliere, codificare ogni tipo di reclamo ed elaborare i dati.

L'ascolto richiede *feedback*. L'ascolto è una verifica anche della possibile contraddizione, sottopone alle critiche, dobbiamo aspettarcele in partenza per il solo fatto di darsi in "pasto" ai dipendenti, è la ragione per la quale non si fanno molto spesso queste cose nelle Aziende, salvo che nelle multinazionali dove è normale, perché i *manager* sono i primi a temere un esito negativo.

Il *web* è una delle cose cui dovrà pensare la Società della Salute, è a due direzioni, possiamo scrivere *web* e *web*, dentro e fuori oppure il *web* che serve come *push* o che è *pull*. Ci sono strumenti che hanno duplici funzioni ed il portale si presta perfettamente ad entrambe le direzioni: serve per trasmettere dei messaggi, informare sulla presenza di servizi, comunicare, ma può anche essere uno strumento di raccolta, di ascolto, perché si possono fare sondaggi e "forum" di discussione. C'è un unico difetto, il *web* nel nostro Paese non è così diffuso su tutta la fascia della popolazione e sappiamo che non è possibile chiedere il parere dei pensionati da 500 euro al mese. È ridicolo, se le istruzioni per ricevere un sussidio sono sul *web* ed i destinatari non ne hanno l'accesso, si sta facendo un'operazione poco chiara, di immagine, perché si veicola una comunicazione per persone che non possono riceverla. Bisogna usare bene il *web* nelle due direzioni, ma può funzionare solo per alcune fasce di persone e professioni e per le generazioni più giovani. Il *web* è uno strumento fondamentale ed ineliminabile, tanto più che la regia dei mezzi e degli strumenti dell'ascolto è altrettanto importante di quella dei mezzi di comunicazione. È assolutamente necessario riportare i mezzi alla loro vera funzione.

Siti *web* aziendali efficaci

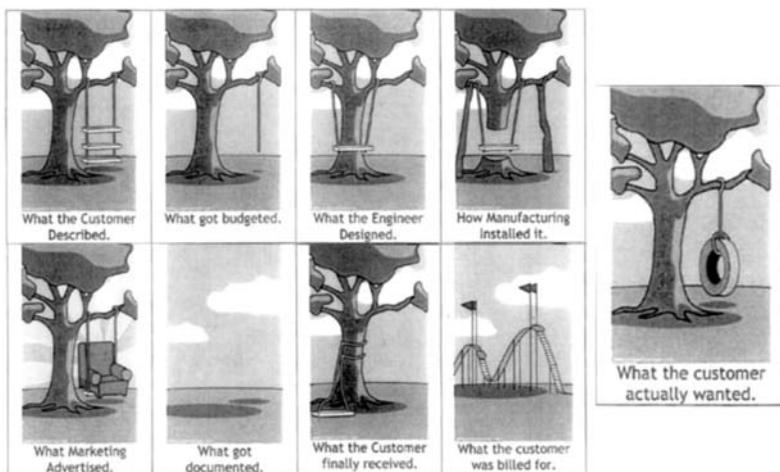
Sofia Postai

Web e site designer - Dirigente Studio Vocabola

Questa vignetta gira da oltre quindici anni in rete: il *customer* di cui si parla è il committente e il soggetto è l'Azienda di *software* o di *web design*, ed è ancora validissima anche pensando all'utente finale.

Se è divertente da ben quindici anni vuol dire che non è così semplice accontentare il cliente, chiunque esso sia, compreso l'utente finale, che sul *web* non paga e sopporta abbastanza di tutto.

È interessante, inoltre, la notevole differenza tra quello che il *customer* descrive e ciò di cui aveva bisogno (prima e ultima vignetta). La cosa più corretta per capire cosa vuole un utente, infatti, è chiederglielo: però, poiché questi non è un progettista, bisogna poi interpretare le sue richieste, il che non è così semplice come sembra, perché l'utente tende a suggerire la soluzione, che è concettualmente più semplice che analizzare i propri bisogni.



Nel caso di un'indagine per capire come ridefinire gli orari degli esami di laboratorio in Ospedale, per esempio, alla fine si otterrà una lista, in cui ogni intervistato suggerisce la propria soluzione secondo i propri orari ed impegni, ma il vero bisogno, probabilmente, è quello di non dover chiedere un giorno di ferie per andare a fare gli esami.

Ad ogni modo, qualunque sia l'obiettivo, si deve partire dall'utente e non dalla tecnologia. Non ha importanza cosa può fare una determinata tecnologia, ma qual è il servizio da offrire all'utente. La tecnologia la si sceglierà dopo, su questa base.

Prendiamo per esempio il servizio delle Ferrovie dello Stato che permette di fare il biglietto da casa, non soltanto per l'Eurostar ma anche per un treno locale. Si va sul sito, si prenota, si paga con la carta di credito e si stampa il biglietto, non occorre fare la coda alle macchine automatiche, si arriva cinque minuti prima e si prende il treno. È un servizio eccezionale per l'utente e richiede due cose: da un lato, che sia possibile via *web* effettuare il pagamento e dall'altro che, sul treno, il controllore abbia una piccola macchina in cui imposta il codice e questa, comunicando con il *database*, accetta il viaggiatore. È logico che se non ci fossero state queste tecnologie a disposizione non si sarebbe mai potuto offrire questo servizio, però è vero anche il contrario, se non si fosse pensato di farlo non si sarebbe mai andati a cercare le tecnologie adatte.

Quando si parte dalla tecnologia il rischio è di modellare i servizi e le procedure, che imponiamo all'utente, sui limiti del servizio e non sulle esigenze reali dell'utenza: è come se ci chiedessimo perché spendere tanto per le ambulanze o il motivo per il quale il medico di base deve andare a visitare gli ammalati a domicilio e poi decidessimo *“le persone che ne hanno bisogno devono arrivare con i propri mezzi, sia dal medico di base che all'Ospedale”*. Nel *web* si fa spesso questo tipo di ragionamento, erogando un servizio nel modo più comodo per noi e non per l'utente.

Le prime domande a cui rispondere sono: *“Perché mai l'utente dovrebbe venire sul nostro sito? Quali sono le motivazioni che lo guidano? Che informazioni può cercare, cosa può voler fare sul sito? Co-*

sa potrebbe evitargli una coda, una telefonata, il correre da un ufficio all'altro?"

Può darsi che si abbia anche l'obiettivo di ottenere una procedura più comoda per noi e non ritengo questo obiettivo sbagliato.

Per esempio, è ovvio che per le Ferrovie dello Stato il biglietto via *web* è più comodo, hanno meno gente in coda nelle biglietterie, e già il 20% rappresenta comunque un notevole vantaggio anche economico. Lo svantaggio per l'utente è, nel caso di FS, che il biglietto emesso dal sistema *web* è come se fosse già obliterato e non ha la validità di due mesi come quelli acquistati nella biglietteria o dalle macchine automatiche, e non potrebbe essere altrimenti perché ci sarebbe una quantità esagerata di frodi.

Se si è ragionevolmente sicuri di prendere quel determinato treno è comunque uno svantaggio molto sopportabile, tanto più che, in caso di mancata partenza, entro un'ora e con delle procedure abbastanza noiose, si può ottenere un cambio di prenotazione e non perdere il denaro speso.

Nel nostro caso, se abbiamo come obiettivo che le persone facciano delle scelte invece di altre, come per esempio andare sul *web* a prenotare le visite ambulatoriali senza dover telefonare, dobbiamo offrire un vantaggio, che può essere la possibilità di fare queste operazioni ventiquattro ore al giorno, anche di domenica. Quando si struttura un servizio *web* è necessaria una rivoluzione copernicana: dimenticare i nostri servizi e partire dalle esigenze cui questi servizi rispondono. Uno stesso servizio può rispondere ad esigenze diversissime così come una stessa persona può avere un'esigenza unica che può essere risolta solo attraverso diversi servizi. Non c'è una corrispondenza uno a uno, servizio/esigenza, le cose sono un po' più variegate, ed è necessario riuscire a mettersi dall'altra parte e vedere la struttura con gli occhi dell'utente.

Da dove iniziare?

Un metodo consiste nel tradurre i servizi in esigenze, fare un elenco dei servizi che si vogliono erogare via *web* e tradurre questi

servizi in possibili esigenze del singolo utente: alla fine si avrà una matrice in cui si hanno i soggetti, le persone, le loro motivazioni ed esigenze.

Questo elenco sarà probabilmente molto lungo se riguarda tutto il sito, molto meno se solo un singolo servizio. È un lavoro che purtroppo non può essere affidato a persone esterne, avventizi o consulenti, non è possibile darlo in *outsourcing* perché richiede una conoscenza dell'Azienda ed i suoi utenti. Se non ci sono le persone e le risorse che possono farlo, si può affidare ad una persona, per un tempo determinato dalla dimensione del progetto, il compito di segreteria di redazione e di coordinamento, che strutturi in qualche modo l'informazione. Si trasformano le esigenze dell'elenco precedente in personaggi, si immagina il loro comportamento sul sito e le aspettative sulle basi delle motivazioni di visita, le loro azioni vengono scritte come un copione. Questo può sembrare curioso, è una tecnica americana molto usata a livello professionale ed ha il grosso vantaggio di non essere astratta ma compresa da tutti e di essere più vicina all'utente. Tra le varie esigenze del singolo utente ci possono essere: genitori che debbono far vaccinare i bambini, chi deve fare un viaggio in Paesi dove è obbligatorio o consigliato farsi vaccinare e così via. Lo scenario immaginato è: gli utenti entrano nel sito e tra le *label* (nomi sui menu, pulsanti, eccetera) attinenti, cercano di individuare quale è il percorso attraverso cui arriveranno al loro obiettivo: segue poi la descrizione dei passi che devono compiere per trovare tutte le informazioni.

Prendiamo per esempio l'esigenza di un singolo utente: trovare l'orario di ingresso per la visita ad un'amica ricoverata in Ospedale per la rottura di una gamba. L'utente è un ragazzo giovane con poca esperienza di Ospedali.

Lo scenario è: entra nel sito, cerca il reparto di Ortopedia e poi l'orario di visita.

In una ricerca che ho fatto su due Ospedali della mia città non sono riuscita a trovare questa informazione. Ho volutamente scelto questi luoghi per simulare lo stato dell'utente, che è a conoscenza del proprio territorio – a meno che non sia arrivato da poco oppure che sia un turista – ma non conosce i siti e quindi volevo farlo in un luogo dove conosco gli Ospedali ma non i siti *web*.

L'orario di visita nei due siti ospedalieri che ho visitato non è visto, evidentemente, come un servizio, ma come una triste necessità che si deve concedere ai pazienti. Il fatto che questa informazione non sia presente riflette il fatto di non essersi mai messi nei panni dell'utente: la sua famiglia e gli amici, vogliono sapere quando poter accedere alla struttura. Anche questo è un aspetto della rivoluzione che si deve fare: smettere di pensare in termini di servizi che si erogano e cominciare a tradurli in esigenze cui rispondere.

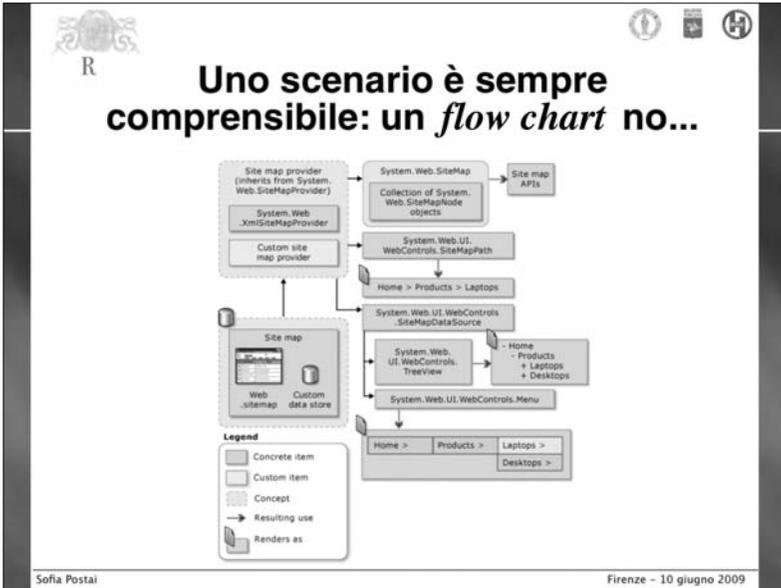
Lavorare per scenari permette di immaginare meglio le esigenze d'uso.

Una delle cose di cui pochissimi progettisti tengono conto è che durante l'interazione col sito si può essere interrotti per vari motivi. Molto spesso il sistema prevede dei *time out*, e se la procedura non viene terminata entro un tempo stabilito si perde tutto il lavoro svolto. Questa è una cosa che può accadere tantissime volte, certo è più difficile con un *time out* di un'ora però se dopo dieci minuti la sessione scade e si perde tutto, l'utente ne rimane quantomeno infastidito, quando non perde fiducia nel sistema.

Per una situazione molto complessa possono servire anche centinaia di scenari. Certamente non tutti insieme e non subito, e piuttosto che non farne nessuno per motivi di tempo, è meglio fare solo i più emblematici.

Gli scenari, che hanno il grandissimo vantaggio di prescindere dalla tecnologia e da come è strutturato il *database*, possono essere compresi e fatti assolutamente da tutti, senza competenze tecniche specifiche e possono essere realizzati in qualunque maniera, anche con carta e matita.

Normalmente succede che, nelle riunioni dove si prendono le decisioni, venga presentato un *flow chart*, uno strumento indubbiamente molto utile quando si deve poi sviluppare il *software*, però assolutamente inadeguato per rendersi conto di come sarà effettivamente questo ambiente, e se sarà amichevole o meno per l'utente.



In siti già esistenti innanzi tutto si devono individuare le criticità e le mancanze nell'ottica della logica dell'utente. Per mettere a punto la lista delle criticità è importantissimo intervistare le persone che hanno più frequentemente contatto con il pubblico. Nelle Asl normalmente ci sono delle persone che, se intervistate adeguatamente, sono una miniera di informazioni. Importante è anche raccogliere queste informazioni in modo organico, di modo che possano essere confrontabili e se ne possa misurare la consistenza.

Il sistema per raccogliere le informazioni

Procedura 1. Il questionario.

Si identificano delle aree critiche e si prepara una griglia di possibili risposte, con l'aggiunta di qualche campo libero. Si interrogano gli addetti, ad esempio, dell'Ufficio relazioni con il pubblico. Al termine del questionario si può già quantificare il risultato, in questo

caso il lavoro di impostazione concettuale viene fatto prima del questionario, cioè si devono già avere delle teorie su cosa va oppure non va bene e semplicemente sottoporre queste teorie al vaglio di chi può rispondere.

Pro: può essere somministrato anche da persone poco qualificate, non occorre un intervistatore provetto o uno psicologo cognitivo, è sufficiente che siano persone intelligenti e con la dovuta preparazione.

Contro: è difficile che attraverso questo sistema possano filtrare delle informazioni che già non si conoscevano o si sospettavano in origine, nel senso che se anche è presente un campo in cui è possibile aggiungere altre informazioni, l'intervistato deve essere pervicacemente convinto che qualcosa non va in modo assoluto per avere la voglia di segnalarlo.

La scelta di questo strumento è anche quantitativa perché, se si devono intervistare quattro addetti, è meglio farlo con l'intervista, ma se sono 400 si deve ricorrere al questionario chiuso.

↑ ↓ ↻

Procedura 1: questionario

- Si identificano le aree critiche
- Si prepara una griglia di possibili risposte, e qualche campo libero.
- Si interrogano gli addetti
- Finito il questionario, si può già quantificare il risultato
- Il lavoro di impostazione viene fatto prima del questionario.



Sofia Postai

Firenze - 10 giugno 2009

Procedura 2. Raccolta di informazioni

È più qualitativa che quantitativa. Si raccolgono le informazioni in modo libero, nel senso che si intervista una persona che è a contatto con il pubblico per sapere, ad esempio, cosa chiede di più la gente o di cosa sembra più scontenta, e solo successivamente le risposte vengono categorizzate per tipologia. È un metodo che lascia libero l'intervistato di esprimere anche degli spunti che altrimenti non sarebbero emersi. Volendo si può applicare una procedura mista, su 400 addetti si intervista un campione di dodici persone con questa procedura per raccogliere spunti e idee, sulla base di questi primi dati si costruisce un questionario a risposte chiuse che può quindi essere somministrato da persone meno qualificate molto rapidamente e fornisce un risultato numerico.

Pro: se si dispone di persone qualificate che somministrano il questionario, si possono avere chiarimenti ed approfondimenti, nel senso che, in una risposta libera, una persona con un minimo di


R



Procedura 2: raccolta di informazioni

- Si raccolgono le informazioni in modo libero
- Successivamente si cerca di catalogarle per tipologia.
- E' un metodo più rapido, e lascia libero l'intervistato di esprimere anche spunti che altrimenti forse non emergerebbero.
- Volendo, successivamente, si possono verificare i risultati con un questionario di tipo 1



Sofia PostaiFirenze - 10 giugno 2009

esperienza può indagare su quello che gli viene detto e ottenere risposte più ricche.

Contro: il lavoro di catalogazione viene fatto a posteriori e indubbiamente è meno agevole, e c'è bisogno di una persona abbastanza brava che riesca a capire che due cose espresse in modo differente possono essere catalogate nella stessa maniera, inoltre richiede che il lavoro di impostazione sia fatto dopo, al contrario del questionario.

Procedura 3. Un questionario *online* a risposte chiuse o aperte

Con le risposte chiuse si ha senz'altro una maggiore percentuale di compilazione.

Le risposte aperte non sfruttano la capacità di approfondimento che si può ottenere quando c'è una persona che somministra l'intervista, per questo i questionari *web* sono quasi sempre a risposta chiusa.

Pro: è semplice ed economico da gestire, non comporterà prati-





Procedura 3: *web survey*

- Questionario on line (a risposte chiuse o aperto)
- A risposte chiuse avrà maggiore percentuale di compilazione
- A risposte aperte non sfrutta le capacità di approfondimento di chi somministra il questionario (rimane valida la maggiore "apertura" a segnalazioni impreviste che questa modalità comporta)



Sofia Postai

Firenze - 10 giugno 2009

camente nessun costo quando sarà ripetuto, una volta messa in piedi la procedura di test, con programmi ad hoc che possono essere implementati in poco tempo da un informatico, possono essere *linkati* dal sito e quindi hanno un costo assolutamente irrisorio, le risposte finiscono già nel *database*.

Contro: richiede un pubblico molto numeroso. Queste tecniche sono ovviamente utilizzabili anche per raccogliere informazioni da parte degli utenti finali, ma nel caso degli addetti al contatto con il pubblico, se si mandano gli intervistatori da un dipendente, un consulente, un addetto di una struttura, si ha praticamente il 100% di risposte. Intervistando gli utenti di un Ospedale si otterrà il 20%-30% di risposte, mentre su web dall'1% al 5%.

I risultati delle indagini

Qualunque sia la procedura utilizzata, come risultato si ottiene un elenco di criticità del sito esistente. Su questa base si procede a riprogettare per scenari, modificando o ricostruendo gli ambienti presenti.

L'architettura informativa

Il lavoro precedente ha fornito un elenco di esigenze dell'utente, di criticità di possibili soluzioni.

A questo punto quindi si ha un'idea di quali saranno gli argomenti del sito. Il passo successivo è quello di aiutare l'utente a trovare la risposta alle sue esigenze all'interno del sito e quindi bisogna confrontarsi con quella che è definita comunemente architettura informativa.

Le esigenze di *trovabilità* e di interazione (ad esempio, le *form* in cui l'utente può scrivere ed interagire) condizionano le scelte su come strutturare la base dati. Esistono diversi modi di catalogare l'informazione. I principali sono: la tassonomia o organizzazione gerarchica, la ricerca, le *tag*, le *faccette* (dette anche architettura multidimensionale).

La *tassonomia* è quella cui si è più abituati, il classico sito *online* da dieci anni è essenzialmente tassonomico, gerarchico ed è frequentissimo, tradizionale come scelta web e conosciutissimo dall'utente che non ha nessun problema ad utilizzarlo. L'unica cosa che richiede è una certa pulizia formale: l'architettura si può progettare con qualsiasi strumento comodo da utilizzare, anche carta e penna. Si deve prestare attenzione, nel modello mentale, che nei menu, se un'unità è in una determinata posizione, deve sempre esserci in tutte le pagine, altrimenti può confondere la navigazione. Quando si vuole che un elemento sia *linkato* da diverse pagine, non si devono "sporcare" i menu inserendo 100 volte il collegamento, ma inserire nella pagina di navigazione principale, in qualunque punto, un menu contestuale, banalmente detto "vedi anche", dove fare tutti i rimandi. Tecnicamente viene chiamato menu contestuale ma non ha l'apparenza del menu, nel senso che questo normalmente ha un'apparenza di quadro-comandi, di pulsanti o di *link* con delle piccole righe ed è abbastanza codificato, mentre il menu contestuale appare come un testo, una lista di *link*. Il vantaggio della formula "vedi anche" emerge quando ci sono degli argomenti correlati o delle pagine di incerta classificazione.

Un altro tipo di architettura informativa è dato dalle *ricerche*, non solo il banale "cerca sul sito" ma anche forme più avanzate, che funzionano come un *advanced* di *Google*, ben conosciuto dall'utente e adatto ad una base informativa vasta, poco strutturata ma che contenga facilmente delle parole-chiave. Le due cose possono coesistere, nel senso che si può avere la base informativa tassonomica di base e su questa strutturare qualcosa che consenta all'utente di fare delle ricerche più efficaci. C'è l'assoluta necessità di creare degli anelli di sinonimi, soprattutto per collegare il linguaggio dell'utente con quello medico: non sono così complessi da gestire e possono anche essere implementati nel tempo. Altra cosa utile è il *Tesaurus*, che individua le parole dal lemma, comunque l'utente scriva la propria espressione, con storpiature del nome di esami diffusissimi o con corruzioni dialettali. Con questo sistema siamo sicuri, per esempio, che se l'utente ricerca "orecchioni" il sistema gli segnala tutte le pagine che contengono "parotite".

Un'altra forma di architettura informativa molto usata anche per la sua economicità è quella delle *tag*, praticamente delle "etichette" che si danno ad un'unità informativa individuandone gli argomenti principali. È una soluzione molto rapida di catalogazione, ed è preferibile un *tagging aperto*, nel senso di lasciare che la persona, che deve catalogare liberamente, scriva come può essere *taggata*. Naturalmente anche in questo caso ci sarà bisogno di anelli di sinonimi che mettano in connessione il linguaggio comune con quello medico.

Il quarto metodo di catalogazione di architettura informativa è chiamato "*facette*" e deriva dalle facce del cubo, ovvero i diversi aspetti sotto i quali è possibile catalogare un oggetto o un'unità informativa. L'esempio tipico è quello del vino, che può essere catalogato per l'origine, come tipo, per colore, per il prezzo e per l'abbinamento con i cibi. Ogni faccetta può avere dei criteri differenti, per esempio, può essere autoescludente, come il colore del vino (che può essere bianco o rosso) oppure no, nel senso che si può abbinare un vino con il pesce ma anche con un antipasto o una verdura, inoltre ci possono essere anche dei valori numerici, come il prezzo. È un'ottima metodologia di catalogazione che può essere però onerosa da implementare.

Un settore in cui questo è l'unico sistema possibile riguarda la vendita di abbigliamento *online*. *Yoox* è un sito che vende anche abiti di grandi marche, con un vasto *range* di prezzi e con oltre 500.000 articoli diversi contemporaneamente. In questo caso utilizzare una ricerca tassonomica sarebbe un tormento, allora si definisce una faccetta, "uomo/donna", un'altra "tipologia" che a sua volta è tassonomica, al cui interno c'è, ad esempio, *gonna* e poi *gonna corta*, *media*, *lunga*, altre faccette sono il prezzo, la taglia, il colore, la marca. Nel campo dell'abbigliamento ovviamente è facilissimo fare una catalogazione a faccette, anche da parte di una commessa, e questo consente all'utente di poter fare una ricerca anche estremamente mirata.

La navigazione

Qualunque sia la soluzione scelta e soprattutto nell'architettura tassonomica, che è ancora oggi la più usata per i siti informativi, l'utente ha bisogno di essere orientato rispetto alla sua posizione all'interno del sito, perché può arrivare da un motore di ricerca, trovarsi in una sezione del sito e può confondersi, come può accadere del resto anche partendo dalla *home page*. Da un punto di vista sperimentale è provato che l'utente non ricorda il percorso che ha fatto.

Gli strumenti di navigazione devono comunque dare l'idea delle macro aree del sito, la posizione dell'utente all'interno del sito, cosa si può fare e dove si può andare da quella pagina. Nel caso della tassonomia si avrà il classico menu che di solito è orizzontale nelle sue parti principali fisse in tutto il sito, mentre è verticale il sottomenu dell'area in cui ci si trova.

L'orientamento che possono dare le faccette, invece, è ricordare cosa si è cercato, vino/bianco/fascia di prezzo/origine/adatto per il pesce. Normalmente si può eliminare una di queste selezioni, di solito *cliccando* su una piccola croce rossa.

Qualunque sia l'architettura informativa, ciascuna peculiare situazione richiede delle tecniche di orientamento "ad hoc". Il *path* "a briciole di pane", che ripropone la collocazione di quella pagina nella gerarchia, è un tipico aiuto su una riga dove c'è scritto, ad esempio, *home/ospedale al mare/pediatria*. Il nome del *path*, ereditato dalla lingua inglese, purtroppo è stato fonte di tantissimi equivoci ed in tanti siti un piccolo *script* mostrava tutti i *click* effettuati dall'utente, anche quelli ripetuti o non voluti e non la posizione effettiva nel sito. In siti di dimensioni contenute può essere utilizzata la "mappa" ed i menu contestuali "vedi anche" per argomenti trasversali.

Nel sito inglese del *welfare* (<http://www.direct.gov.uk/>) le informazioni sono aggregate per tipologia di utente o di esigenza: non è tassonomico ma semplicemente un'aggregazione di argomenti. Nessuno impedisce di utilizzare questo modello in aggiunta ad un sito diversamente strutturato: ha un costo modestissimo rispetto al risul-

tato che può offrire. Deve essere molto vicino alla *home page* e può essere messo a punto nel tempo, si può fare su quasi tutti i siti e richiede un lavoro minimo.

Le regole di base dell'interfaccia

L'interfaccia è l'insieme di segni, bottoni, simboli, icone, che consente all'utente di interagire con il sistema, sia nella navigazione che nell'utilizzo di una *web application* o di altre funzioni *online*.

In questo periodo si parla molto dei “nativi digitali”, ragazzi sui venti anni nati nell'epoca delle tecnologie digitali, ed è indubbiamente vero che si può contare su una generazione che ha molta più dimestichezza con il computer, però ci sono due concetti di base del funzionamento della mente umana che non si sono modificati in milioni di anni.

L'abitudine è un funzionamento automatico della mente che risparmia “risorse *attentive*” come le chiamano gli psicologi cognitivi. Quando si ha un'abitudine consolidata è difficilissimo fare diversamente: un esempio classico è la guida dell'automobile in Inghilterra, l'abitudine a guidare a destra rende assai arduo fare il contrario, molto di più che se non si fosse mai guidato.

Sul *web*, in relazione alle abitudini, è necessario considerare di analizzare e rispettare gli *standard de facto*. Se manca un modello *web* della procedura che si vuole attuare, vanno riprodotti i passaggi logici di una procedura analoga nel mondo reale. L'esempio classico è il carrello dell'*e-commerce*. Nel carrello virtuale non c'è propriamente la merce che si desidera acquistare ma la sua prenotazione, e se nel momento del pagamento il prodotto non è disponibile o esaurito, la vendita non è possibile (è tuttavia un'eventualità estremamente rara). La procedura funziona perché somiglia a quello che accade di solito nella realtà. Tutte le regole hanno eccezioni e quindi è possibile che sia necessario uno scostamento da abitudini *web* consolidate: deve però essere fatto per reali esigenze dell'utente e non per motivi di implementazione o perché è più comodo per chi implementa il sito.

Altrettanto importante per progettare interfacce ed ambienti *web* facili da usare, è il concetto di *focus* dell'attenzione, che in tutti gli umani ed anche negli animali è sempre uno soltanto. Non si può essere attenti a due cose contemporaneamente, il massimo che si può fare è muovere l'attenzione da una cosa all'altra alternativamente: una condizione di altissimo stress. Tutto questo è valido nella vita reale e sul *web* e, per esempio, comporta che un *feedback* immediato deve sempre essere dato vicino al punto di interazione.

Per esempio, se devo prenotare un esame del sangue via *web*, può accadere che il sistema allestito, nel momento della conferma dell'operazione, apra una nuova pagina nella quale c'è il riepilogo delle richieste e delle informazioni relative all'esame da svolgere: questo è un *feedback* più che adeguato. Invece nel caso di un sistema pensato in modo da prenotare gli esami uno per uno, *clickando* sulle voci che interessano, senza nessun cambio di pagina, se si vuole che l'utente effettivamente si accorga della risposta è necessario che questa sia posizionata nelle immediate vicinanze del punto dove lui ha *clickato* e non, per esempio, solamente in uno spazio di riepilogo in testa alla pagina.

Il *design* centrato sull'utente

Gerry McGovern grande architetto americano dell'informazione, sostiene che se fossimo dei progettisti di automobili saremmo tutti in galera. La progettazione iterativa funziona così: si progetta qualcosa, di solito si fa un minimo test con gli utenti e poi si va *online*. Può accadere che non tutto vada proprio come deve e lo si rimedia, ci si accorge poi che certi utenti fanno degli errori e di nuovo si interviene, è appunto un processo iterativo. Non è l'ideale, e se si va a vedere cosa vorrebbe l'ISO per il *design* centrato sull'utente, si dovrebbe rilasciare qualcosa già ad un livello decente di qualità. Ma il *web* è un'arte "povera" e per questo molto spesso si esce con il minimo accettabile, che comunque successivamente si mette a punto e qui si vede la grande differenza tra le organizzazioni che in ogni caso tengono al loro sito e quelle che lo hanno fatto nel 1998 e così lo hanno lasciato.

Per il *design* centrato sull'utente l'ISO prevede: la pianificazione, la definizione del contesto d'uso, la raccolta dei requisiti sia degli utenti che di tutti coloro che hanno interessi collegati all'utenza, la progettazione, la produzione, la valutazione alla luce dei requisiti.

La pianificazione deve prevedere prima quale sarà il processo, nel senso che prima di iniziare si specifica che si avranno, ad esempio, *tot* numero di incontri, *tot* sondaggi, che saranno condotti in tale maniera e come sarà effettuata la verifica finale. Questa fase ovviamente non può essere uguale per tutti i progetti ma tagliata su misura per quello che si sta realizzando.

La definizione del contesto d'uso è molto importante. In genere si pensa a persone che con calma, in ufficio o a casa, utilizzano un computer.

Però non sempre le cose vanno così: si potrebbe immaginare che un'Azienda sanitaria costruisca un *database* antiveleni che sia a disposizione solo dei medici o delle emergenze.

È necessario sapere:

1. Se l'utente può essere interrotto nel suo compito, vedi telefonata del capo piuttosto che qualche imprevisto.
2. Se usa il proprio computer (sempre lo stesso): è importante se si lavora con i *cookies*, cioè, con il riconoscimento automatico che evita all'utente di dover scrivere tante volte la stessa cosa. Inoltre, se si volesse permettere di scaricare del *software*, che potrebbe essere comodo, se l'utente è proprietario del computer può farlo, ma se lavora in una struttura, potrebbe non avere i poteri di amministratore del sistema e sarebbe necessaria l'autorizzazione da una procedura interna.
3. Se l'utente cambia spesso postazione.
4. Presenza di condizioni di luminosità insolite: si possono immaginare situazioni di emergenza dove però si può utilizzare un computer, magari all'aperto collegato ad una chiave Usb, di questo va tenuto conto per scegliere il massimo contrasto tra colore del testo e sfondo.
5. Se nell'ambiente sono presenti altre persone l'utente potrebbe essere distratto ed il programma, ad esempio, se fa uso di segnalazioni acustiche potrebbe creare fastidio ad altri.

6. Se si utilizza l'applicazione in stato di stress, come nel caso di chi cerca informazioni sulla propria malattia oppure il medico che consulta il *database* antiveleni mentre il suo paziente sta malissimo.

Queste definizioni del contesto d'uso, anche se per il 90% dei siti, degli ambienti o dei servizi che si realizzano possono essere inutili, vedono comunque una percentuale di casi 5%-10% in cui è necessario invece porre domande relative al contesto d'uso.

La raccolta dei requisiti evidenzia cosa deve fare il sito, quali servizi e informazioni deve fornire. Se possibile sarà bene intervistare i responsabili del *call center*, dell'assistenza o del numero verde, persone che hanno contatti con l'utenza perché quotidianamente ne percepiscono i problemi ed i desideri. Utilizzare questionari *online* e non dimenticare altre persone che possono essere interessate soprattutto per applicazioni *Intranet* o *Extranet*; forse anche un medico di base, se deve prescrivere al suo paziente un esame un po' strano o che non è disponibile dappertutto, cerca le informazioni relative su un sito sanitario. Si può anche immaginare che qualche Azienda sanitaria abbia delle sezioni, informative o di interazione, dedicate agli addetti ai lavori, ai medici.

Progettazione e produzione, la parte iterativa del processo

Le soluzioni progettuali, che di solito si devono comunque concretizzare quantomeno in bozzetti grafici giudicabili da un utente, si sottopongono a verifica, vengono sviluppate nei dettagli e modificate alla luce dei risultati della verifica. Tipicamente, con un costo sostenibile, si creano le *videate* principali, quattro o cinque, con un *file* immagine e si eseguono dei test veloci con utenti, che ovviamente non possono giudicare la procedura nei suoi dettagli, però con domande pertinenti si verifica quello che interessa e si ha un *feedback* molto precoce, quando cambiare le cose ancora non richiede molto lavoro. Nel caso di una verifica al termine dello sviluppo, invece, si deve aspettare la *release* successiva, circa un anno,

con dei costi estremamente più alti.

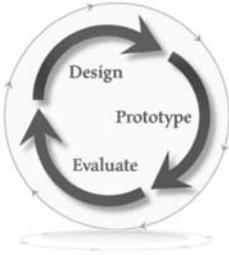
Sono stati fatti test anche su stampati cartacei che comunque hanno una loro significatività per individuare i problemi più grossi o per essere rassicurati sulla loro assenza. Si parte da bozze di massima per verificare le parti principali dell'interfaccia e si passa poi alla *prototipazione* di alcuni percorsi e processi. La *prototipazione* è un qualcosa che nel monitor, a un non tecnico, sembra il sito vero, in realtà sono semplicemente pagine visibili in successione, come se l'utente facesse l'esperienza effettiva del sito. In questo modo è possibile verificare il sito abbastanza bene con gli utenti, anche se la fase del processo è più avanzata ma comunque abbastanza precoce. Inoltre è il metodo più sicuro, fornendo il prototipo agli sviluppatori, per fare in modo che vengano rispettate le specifiche. La fase successiva è la produzione, se si è ragionevolmente sicuri di aver fatto un lavoro efficace.



R

Usare una progettazione iterativa

- Affinare i prototipi per approssimazioni successive sulla base delle verifiche con utenti
- Questo è il cuore di tutto il processo
- Si utilizzano prototipi prima a bassa poi ad alta fedeltà e si effettuano test con utenti.
- Man mano si mette a punto l'ambiente, cercando di andare *on line* quando il processo ci dà un minimo di sicurezza di usabilità.



Sofia Postai

Firenze - 10 giugno 2009

La *valutazione dei requisiti* consiste nel verificare, su prototipi un po' più avanzati e che già funzionano, non solo che il sistema sia usabile ma che risponda anche ai requisiti che sono stati raccolti nella fase delle interviste. Una forte interazione tra progettazione e verifica è importante per trovare gli errori di usabilità ma soprattutto per correggerli quando ancora costa poco. Le tecniche di verifica devono coinvolgere gli utenti, non occorre che siano centinaia proprio perché la mente umana funziona nella stessa maniera quasi per tutti, e con cinque soggetti è già possibile individuare l'85% dei problemi di usabilità.

Secondo le norme ISO gli elementi caratterizzanti del processo sono: coinvolgere attivamente gli utenti, capire in modo dettagliato le loro caratteristiche ed i loro compiti, definire adeguatamente le funzioni degli utenti e quelle della tecnologia, usare una progettazione iterativa affinando i prototipi per approssimazioni successive sulla base delle verifiche con gli utenti, progettare in modo multidisciplinare.

Coinvolgere attivamente gli utenti. Non bastano delle tecniche ispettive che consentono di giudicare l'usabilità e l'efficacia di un sito a prescindere dalla prova sperimentale con gli utenti. Alcuni questionari *web* sono considerati come un coinvolgimento attivo dell'utente, anche se in realtà il test realizzato con questi strumenti riguarda soltanto l'immagine di usabilità del sito, ossia l'idea soggettiva dell'utente.

Definire le funzioni, dato un processo, degli utenti e della tecnologia. È un metodo che aiuta a mettere a punto e a evidenziare i vari passaggi, soprattutto quando ci si deve discostare da un modello tradizionalmente attestato. La definizione delle funzioni è indispensabile in alcuni casi in cui effettivamente il campo è nuovo e non si sa bene come muoversi. Può essere però interessante anche in altri casi dove può aiutare a chiarire meglio la situazione.

Usare una progettazione iterativa, affinando i prototipi per approssimazioni successive sulla base delle verifiche con utenti ed utilizzare prototipi a fedeltà crescente. Un prototipo a bassa fedeltà è

un qualcosa che magari non ha neanche i colori precisi, le illustrazioni pulite ma, più o meno, mostra i contenuti e la loro organizzazione. Già su questo si possono fare i test e per approssimazioni successive verificare la sempre maggiore rispondenza tra quello che si sta facendo e le esigenze dell'utente. Si andrà poi *online* quando si avrà un minimo di comprensione e di gradimento degli utenti.

Progettare in modo multidisciplinare, nel senso di coinvolgere tutte le diverse professionalità che possono servire, il comunicatore, lo specialista di *database*, lo sviluppatore, il *log designer*, l'architetto dell'informazione, lo psicologo cognitivo, l'esperto di *marketing* e quello di dominio, sono soltanto alcune delle possibili figure, quindi creare un *team*. Non vuol dire che tutte le decisioni devono essere prese all'unanimità ma che nessuna di queste sia presa a prescindere dagli altri. Con un *team* multidisciplinare comunque si ottiene un minimo di sicurezza che il progetto non venga portato avanti in modo eccessivamente canalizzato in una sola direzione.

Verifiche di usabilità

Le principali verifiche di usabilità sono rappresentate da test con utenti e simulazioni d'uso, in realtà le tipologie di verifica sono più di una decina però queste due sono le più utilizzate.

Test con utenti. Si reclutano da cinque a otto soggetti appartenenti al pubblico di riferimento. Nel caso di un'Azienda sanitaria che abbia realizzato un programma, una rete *Intranet*, una procedura per i medici di base, si devono reclutare i soggetti in quella categoria professionale, in quanto l'usabilità e l'efficacia non sono mai considerate in assoluto ma in relazione ad una persona o categoria. Dopo il reclutamento, è necessario soltanto un computer con due postazioni affiancate, perché in questo modo il soggetto ed il facilitatore vedono la stessa cosa, e non c'è la posizione frontale che darebbe al soggetto la sensazione di essere sotto esame mentre deve essere chiaro che si sta valutando il sito.

Viene preparato un protocollo di test, si danno dei *task*, dei com-

piti, uguali per tutti ed il facilitatore osserva cosa l'utente fa oppure no. Normalmente i test vengono svolti quando il sito è già fatto abbastanza bene e soprattutto quando c'è il dubbio che qualche processo o ricerca non siano proprio corretti. Per seguire tutte le prove eseguite dall'utente si utilizza una registrazione audio, che costa poco e non è invasiva, mentre nel caso della registrazione video si usano preferibilmente ambienti predisposti con vetri a specchio e microfoni. Il test ha la durata di circa un'ora: di più sarebbe faticoso e diventerebbe poco attendibile. Il facilitatore registra le incertezze, gli errori e spesso anche le imprecazioni dell'utente. In genere l'utente cerca di finire il compito a tutti i costi, quindi nel test non si verifica l'effettiva fruizione (se fosse da solo l'utente spesso abbandonerebbe il compito) ma tutti i punti in cui il soggetto si trova in difficoltà. Alla fine, anche se non fa parte del test, si somministra un breve questionario che riguarda il gradimento, ma non perché sia indispensabile: semplicemente si approfitta del fatto che si hanno dei soggetti a disposizione. Va tenuto conto che comunque si è potuto spesso correlare il gradimento di un sito con la facilità d'uso: in linea di massima se un sito risulta facile viene ritenuto anche "bello".

Successivamente, queste interviste vengono correlate e si fanno anche delle mini statistiche. Gli errori più gravi comunque sono individuati da più soggetti e quando è uno soltanto a trovare problemi può dipendere anche da una sua idiosincrasia: se già sono in due la cosa diventa significativa. Jacob Nielsen ritiene appunto che in questo modo si possono individuare circa l'85% dei problemi di usabilità, con cinque soggetti.

Se altri (oltre al facilitatore) vogliono assistere (committente, progettista, eccetera) possono farlo solo se non visti, altrimenti potrebbe aumentare nel soggetto la sensazione di essere sotto esame.

La *simulazione d'uso* si basa sull'individuazione di possibili utenti con possibili motivazioni d'uso. Il lavoro propedeutico è simile a quello che si fa per costruire scenari. Si immagina una persona, l'ambiente da cui si connette al nostro *web* e le sue possibili azioni sul sito. È bene che le simulazioni d'uso vengano fatte da persone o molto esperte in questa tecnica o quantomeno non implicate nella progettazione del sito, in modo che vi si rapportino e interagiscano

senza conoscerne i meccanismi, ma incontrando le stesse difficoltà dell'utente-tipo.

Nel corso della simulazione d'uso si compiono le presumibili azioni dell'utente e si annota ogni difficoltà incontrata.

Come dicevo, è bene che lo sperimentatore non abbia fatto parte del *team* di progettazione e non conosca troppo bene il sito su cui avviene la simulazione d'uso ed è preferibile che questa venga effettuata da uno specialista, ma se non fosse possibile, è meglio farlo in proprio che non fare nulla del tutto.

Comunicazione e Aziende sanitarie pubbliche: un quadro di riferimento

Mario Del Vecchio

Responsabile Comitato scientifico e qualità dei Corsi Formas

Lo sviluppo di una qualunque funzione aziendale, intesa come un insieme di conoscenze e di strumenti che concretamente vengono *routinariamente* utilizzati nella vita di un sistema organizzato, necessita di due precondizioni che spesso non sono adeguatamente colte nelle loro interrelazioni: i bisogni aziendali e la costruzione di un quadro concettuale adeguato, un *frame work* di riferimento che consenta di collocare quella funzione, di darle significato e soprattutto, che consenta adeguati processi di apprendimento.

A livello aziendale si possono, infatti, sviluppare efficaci risposte a bisogni ma, se collocate in un quadro concettuale inadeguato o insufficiente, non si riescono a sostenere i processi di apprendimento necessari per accompagnarne lo sviluppo a fronte degli inevitabili mutamenti. Si fa così, la cosa giusta solo per “talento naturale”, ma il talento può scomparire al mutare delle condizioni e la funzione, e i saperi che la sorreggono, non riescono a consolidarsi nel funzionamento aziendale. I quadri concettuali sono, perciò, necessari per impostare i problemi, per sviluppare processi di apprendimento e, in una fase successiva, per legittimare quella funzione e consolidarla all'interno di un sistema aziendale. Questi quadri concettuali devono essere specifici rispetto a certe classi di Aziende o a certi problemi, nel senso che uno dei fenomeni più ampiamente studiati, soprattutto dai sociologi, è che quando si utilizzano quadri concettuali ritenuti validi, in condizioni che non sono quelle di riferimento, si producono errori o difficoltà sistematici.

Sul fronte dei bisogni aziendali e di quelli che la società esprime, è quasi superfluo sottolineare la grande necessità di comunicazione che caratterizza il mondo della sanità ed è evidente lo sforzo delle

Aziende sanitarie, soprattutto quelle pubbliche, di dare risposta a tali acuti bisogni di comunicazione. La risposta sul terreno gestionale è il diffondersi di unità organizzative o posizioni individuali specificamente dedicati alla comunicazione nelle sue diverse accezioni. Si tratta di una novità che esprime una spinta positiva, che sembra però non riuscire a tradurre in risultati concreti tutte le sue potenzialità. Una possibile interpretazione per un fenomeno che potrebbe essere definito come “sviluppo bloccato” è proprio collegata ad alcune difficoltà non risolte sul piano della riflessione relative alla comunicazione nell’ambito delle Aziende sanitarie pubbliche.

Una prima area di difficoltà deriva dalla natura pubblica di queste Aziende, dalla cultura che ne ha accompagnato lo sviluppo e che continua ad accompagnare la riflessione. Le Aziende pubbliche hanno difficoltà ad affrontare concettualmente il tema della comunicazione, intesa come gestione intenzionale dei rapporti con l’esterno volta alla modifica dell’ambiente e delle sue percezioni, in quanto continua a prevalere una concezione tradizionale che impone al sistema delle Aziende pubbliche il paradigma della neutralità. Secondo questa concezione le Aziende pubbliche devono essere neutrali nei rapporti con l’ambiente in quanto la “manipolazione” dei pubblici di riferimento, l’intervento intenzionale teso a modificare percezioni, valori e comportamenti dell’ambiente circostante, è un elemento non solo non riconosciuto come legittimo, ma assolutamente vietato. Il sistema aziendale (la macchina amministrativa nella terminologia tradizionale) deve rimanere neutro, mentre il dialogo con l’ambiente (lettura dei bisogni e ricerca del consenso) è demandato al sistema politico. Che il tema non sia facilmente liquidabile anche in una prospettiva strettamente manageriale può essere chiarito attraverso il caso dei servizi relativi all’interruzione volontaria di gravidanza. Il *marketing* ci insegna come la comunicazione sia un elemento fondamentale nel sistema di offerta dei servizi; è evidente che ogni forma di comunicazione sull’interruzione volontaria di gravidanza, un servizio legittimamente offerto dalle nostre Aziende sanitarie pubbliche, corre il rischio di essere immediatamente percepito come manipolazione o intervento attivo sul sistema dei valori e sulle attese. Certo si tratta di un caso estremo, ma ben rap-

presenta una difficoltà di fondo che rende potenzialmente problematico ogni intervento di comunicazione, in quanto difficilmente neutrale rispetto alle percezioni attese e di comportamenti dei pubblici di riferimento. L'orientamento alla neutralità, potenzialmente conflittuale con le fisiologiche finalità della comunicazione, viene poi rafforzato da una concezione che enfatizza il ruolo sovra-ordinato della pubblica amministrazione rispetto all'ambiente. In questa prospettiva la comunicazione, almeno un certo tipo di comunicazione, diventa difficile in quanto strutturalmente le Aziende pubbliche sono da sempre abituate ad *intervenire su* piuttosto che *dialogare con* l'ambiente.

Una seconda area problematica deriva dalla natura professionale dei servizi offerti e dell'organizzazione. La comunicazione nel mondo della sanità è un ambito, fortemente regolato, in tutti i Paesi avanzati, perché la sanità è caratterizzata dalla presenza di rilevanti "asimmetrie informative" e quindi, propaganda ed interventi intenzionali sulle percezioni e le attese sono visti con molto sospetto e circondati da notevoli cautele. È il motivo per cui, ad esempio, l'*advertising* sui farmaci ha delle serie limitazioni: c'è un bene pubblico da preservare rispetto al libero gioco degli interessi. Il tema della professione ha anche una sua declinazione interna. Definire, costruire e comunicare una identità in una organizzazione come, ad esempio, una Azienda ospedaliera universitaria dove una parte rilevante del personale gode dello status di professionista e concretamente esercita i propri gradi di autonomia, è cosa ben diversa dal farlo in Aziende nelle quali i vincoli gerarchici e l'omogeneità degli orientamenti rappresentano una costante.

Un ultimo elemento di difficoltà per un pieno sviluppo della funzione comunicazione nell'ambito delle Aziende sanitarie pubbliche è rappresentato dai contenuti e dai confini della funzione. Nel caso delle imprese il rapporto con il mercato interroga costantemente le diverse funzioni aziendali, misurandone l'efficacia dei contenuti e la funzionalità dei confini adottati (le aree presidiate dalla funzione). Nel caso delle Aziende pubbliche i segnali che l'ambiente riesce a mandare al sistema aziendale sono molto più deboli e confusi, così

meccanismi e funzioni tendono a soffrire di una certa autoreferenzialità che li spinge, soprattutto nelle fasi iniziali, a ipotizzare confini molto estesi. Se la comunicazione permea tutti gli aspetti della vita aziendale, la tentazione, in assenza di bilanciamenti da parte del mercato, è quella di pensare a una funzione comunicazione che interviene su tutto il funzionamento, con la conseguenza che il sovradimensionamento degli obiettivi mina le concrete possibilità di sviluppo. In questa prospettiva con una collega abbiamo avviato una riflessione, attraverso una ricognizione sulla strutturazione e i contenuti della funzione comunicazione nelle Aziende sanitarie pubbliche. L'idea che proponiamo è uno "spacchettamento" della comunicazione in tre ambiti profondamente diversi tra loro per problemi da affrontare e meccanismi da attivare. Il primo è quello chiamato *comunicazione per la salute*, cioè, tutti quegli ambiti di funzionamento dove la comunicazione rappresenta il contenuto del servizio stesso e dove, spesso, è il professionista che diventa lo specialista della comunicazione. Un secondo ambito, più difficile e faticoso, è quello della comunicazione di prodotto e servizio, dove servizio e comunicazione devono risultare allineati, in cui si deve temperare la produzione dei servizi, saldamente in mano ai professionisti, quindi la linea produttiva, con gli aspetti comunicativi. Un terzo ambito, affidato agli specialisti, è *la comunicazione senza servizio*, cioè quella rivolta alla costruzione e promozione dell'identità nei confronti dell'interno e dell'esterno.

Chi siamo

Vinicio Biagi

Direttore generale del diritto alla salute e politiche di solidarietà

A tutti è chiara l'importanza del comunicare, soprattutto nel mondo dei sistemi sanitari. In questo momento in cui tutte le nostre Aziende e i nostri operatori sono impegnati nel fronteggiare la pandemia influenzale, oltre che agli aspetti clinici e sanitari, è stata posta grande attenzione sui possibili effetti dei messaggi rivolti ai cittadini.

Il problema degli Ospedali e dei Pronto Soccorso è stato sostanzialmente di questo tipo, ossia riuscire a mettere in campo le giuste precauzioni per un'evenienza sanitaria la cui portata era comunque in parte imprevedibile: dal punto di vista comunicativo ciò significava fornire messaggi rassicuranti sulla capacità del sistema di rispondere alla possibile pandemia, illustrando allo stesso tempo i rischi e i comportamenti capaci di prevenirli.

Quando si parla di salute, infatti, si parla del tema che sta maggiormente a cuore a tutti noi, e dunque è necessario porre grande attenzione e capacità di intervento, veicolando un messaggio che, sebbene con contenuti tecnici, deve essere trasformato e reso accessibile, comunicabile e comprensibile.

Altro aspetto da sottolineare è che noi parliamo di comunicazione con riferimento al sistema sanitario ed a quelle che in genere sono le più grandi strutture organizzate sui territori, ossia le Asl; per questo è necessario far passare adeguatamente il messaggio su "chi siamo". Dico "chi siamo" perché naturalmente dobbiamo pensare in una logica di sistema dove la Regione ha un ruolo fondamentale: dietro la Asl è, infatti, immediatamente visto e percepito anche il ruolo dell'Amministrazione regionale.

Bisogna far capire come ci muoviamo, quali sono i valori e gli obiettivi che stanno dietro le nostre scelte, e la comunicazione è il veicolo principale con il quale possiamo trasferire la nostra visione e

la nostra missione ai cittadini.

Alle Aziende è stato chiesto di lavorare sui piani di comunicazione, quindi su strumenti di programmazione e pianificazione delle strategie comunicative.

Credo che questo lavoro, dal punto di vista della Regione, potrà essere uno degli aspetti centrali, uno dei pilastri di cui terremo conto anche in una prospettiva sempre più prossima, nel 2010, e poi nell'elaborazione del nuovo Piano sanitario, o Piano sociosanitario, così come sarà caratterizzato.

Comunicazione aziendale integrata

Marco Rotondi

Presidente Istituto Europeo Neurosistemica (IEN)

Siamo davanti ad alcune criticità strutturali su cui certo le Direzioni e le Aziende sanitarie si devono muovere.

Da un lato è vero che “siamo tutti comunicatori” e non è un paradosso, ma una realtà; infatti, nelle Aziende sanitarie, che erogano servizi avanzati alle persone, tutti incontriamo quotidianamente dei pubblici sempre più ampi e a queste persone portiamo l'immagine della nostra Azienda e del Servizio sanitario regionale nel quale lavoriamo. Basti pensare, per esempio, nel momento in cui dobbiamo essere operati ad una gamba, se chiediamo informazioni per scegliere da chi farci operare ad un servizio informativo della Regione oppure ad un amico che lavora nel reparto di Ortopedia dove intendiamo farci ricoverare; si può quindi ben considerare quale diversa certificazione diamo alla credibilità delle due fonti.

Dall'altro lato, però, occorre che la comunicazione che “emerge” a vario titolo dalle Aziende sanitarie indichi bene a tutti gli interlocutori la direzione che l'Azienda intende prendere nei prossimi anni, verso quali mete sta andando e perché, deve comunicare cioè in qualche modo il punto di vista del (*team* di) vertice aziendale.

Estremizzo queste due polarità perché, in qualche modo, rappresentano l'ossimoro che si deve saper superare per poter fare una comunicazione aziendale coerente e quindi efficace perché credibile. Questa apparente contraddizione diventa spesso una delle principali fonti di difficoltà che incontrano sulla propria strada quanti si occupano di comunicazione nelle Aziende sanitarie.

Come reagiscono i Direttori generali a queste difficoltà strutturali?

Ci sono evidentemente tutta una gamma di tipologie di risposte che si collocano però fra le due seguenti posizioni estreme:

– in un caso dire al (o ai) responsabile/i della comunicazione “*ti do*

carta bianca e in qualche maniera, gestisci, sviluppa o tampona questa area meglio che puoi” in quanto io, come Direttore generale, ho mille cose da fare, non ce la faccio a seguire anche questa, ma sono certo (avendo fiducia in te) che tu agirai in grande “sintonia” col mio modo di vedere le cose;

- nell’altro caso invece dirgli *“vediamoci tutti i giorni per stabilire come impostare le attività comunicative aziendali della giornata”* in quanto io, come Direttore generale, come *leader* dell’organizzazione, sono il primo comunicatore, costituisco la principale attività comunicativa aziendale. Infatti, ogni mia mossa (fatta o mancata) rappresenta esplicitamente o implicitamente un messaggio importante per tutti gli operatori interni e per gli interlocutori esterni.

Questi due atteggiamenti sono egualmente realistici, concreti e racchiudono possibilità di ritorni efficaci; vanno perciò messi simultaneamente sul tavolo per indicare la molteplicità della gamma di risposte operative che di fatto vengono date e la complessità del campo in cui stiamo entrando; campo dove, per di più, spesso manca un quadro di riferimento concettuale.

Forse oggi la comunicazione aziendale sta vivendo quello che ha vissuto la qualità venti anni fa, quando si diceva che tutti producono qualità, ma il primo che la deve produrre è il Direttore generale (che ne è garante). L’evoluzione dell’applicazione concreta della qualità in Azienda ha mostrato come non basti né dotarsi di tutta una serie di metodi, tecniche, strumentazioni (che pure sono necessari) né affidarsi alla buona volontà dei singoli, seppur formati e addestrati su questi temi; né aspettarsi che per realizzarla basti l’azione del Direttore generale. La qualità praticata ha bisogno di essere accudita quotidianamente, ha bisogno di una regia intelligente, ha bisogno di grande coerenza e sintonia con tutte le azioni della Direzione, ha bisogno certo anche di strumentazioni di rilevazione, diagnosi e intervento; il punto chiave, la cosa più importante e insieme più difficile da presidiare per realizzare in pratica la qualità in Azienda è l’integrazione fra i vari aspetti sopra indicati perché è vero che ognuno in Azienda può fare la differenza agendo comportamenti che producono qualità o non qualità.

La stessa cosa sembra avvenire oggi per la comunicazione aziendale. C’è bisogno di regia, coinvolgimento, integrazione, coordinamento

fra i diversi attori e sinergia tra i numerosi strumenti utilizzati.

Se i messaggi della Regione, della Direzione aziendale, del Dipartimento, del primario, del medico e dell'infermiere sono coerenti, ovviamente nella naturale differenza degli stili e dei punti di vista (altrimenti sarebbe un allineamento "bulgaro"), allora il messaggio globale ha una sua incisività e pregnanza e nel cittadino aumenta il livello di credibilità nei servizi pubblici sanitari di quella Regione. Laddove invece c'è discrepanza, incoerenza o addirittura contraddizione, il cittadino perde fiducia, non solo nella qualità dei servizi che riceve, ma anche nel *brand* aziendale e regionale.

Parlare di coordinamento e integrazione allora vuol dire vedere come le singole Aziende risolvono queste diverse criticità:

1. La scelta dei *focus* dei messaggi aziendali che si decide di dare, nella certezza di poter realizzare azioni che confermino tali messaggi, in modo da generare credibilità (che nasce dalla corrispondenza fra il dire e il fare); questo punto compete alle scelte strategiche e quindi al Direttore generale.
2. L'area della regia (vedi Fig. 1); è vero, tutti sono comunicatori, sono numerosi e distribuiti in Azienda e sul territorio ma in qualche modo dobbiamo porci il tema di come stare in contatto con loro per orientare la comunicazione; purtroppo o per fortuna, non si può ricorrere alla gerarchia per influenzarli, sappiamo infatti che lo strumento non funziona, anzi diventa controprodu-



Figura 1 - La complessità della regia nella comunicazione delle Aziende sanitarie.

cente; occorre quindi saper individuare ambiti e processi per sviluppare ascolto organizzativo e progettare poi le adeguate risposte.

3. Infine il tema della coerenza nel tempo e nello spazio; le Unità operative che in Azienda svolgono istituzionalmente attività di comunicazione per conto dell'Azienda sono sempre più numerose (vedi Fig. 2) e non possono essere forzatamente allineate; sicuramente però devono essere coordinate, nella diversità di voci e di opinioni, coerentemente agli intenti e agli obiettivi comuni. Lo sforzo per generare coerenza naturalmente si estende anche al faticoso lavoro quotidiano per fare in modo che l'utilizzo degli strumenti, dell'immagine, dei *brand*, dei media e di tutta la strumentazione sia ben coordinato per poter amplificare e rafforzare la percezione (di qualità) di un *brand*, sia esso la Regione, l'Azienda, il Dipartimento o il Reparto.

- 1) Direzione generale (DG, DS, DA, DSS)
- 2) Direttori di Dipartimenti e Distretti
- 3) Ufficio stampa, Portavoce, Comitati redazione
- 4) Ufficio PR, UO *Fund Rising*, Segreterie DG
- 5) UO Comunicazione & Marketing
- 6) URP
- 7) RU (politiche, gestione, amministrazione del personale, ...)
- 8) Formazione, Sviluppo organizzativo
- 9) UO Qualità
- 10) *Call center*, CUP, centralino, numero verde, informazioni ai cittadini, prenotazioni, ...)
- 11) UO Educazione alla Salute, Dip prevenzione, *screening*
- 12) EDP (servizi informatici)
- 13) Reti aziendali (staff, formazione, qualità, comunicazione, ...)
- 14) Unità di crisi
- 15) ...

Figura 2 - I diversi attori aziendali chiamati a svolgere istituzionalmente attività di comunicazione aziendale (non sono quindi compresi i singoli professionisti).

Il Piano aziendale di comunicazione 2008-2010.

L'esperienza pratese

Claudio Sarti

Direttore Staff Direzione aziendale Azienda USLA di Prato

La comunicazione su temi sanitari sta assumendo da anni un ruolo strategico e rilevante nell'informazione ed orientamento su comportamenti e stili di vita. Si inserisce come collegamento fra sistema e cittadino favorendone la sua partecipazione e rafforzandone la capacità di effettuare scelte consapevoli rispetto alla propria salute.

Comunicare in sanità, quindi, è un compito fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi del Sistema sanitario, oltre a costituire un'opportunità ed una risorsa per diffondere la conoscenza delle azioni intraprese mediante il coinvolgimento dei diversi interlocutori (istituzioni, cittadini, associazioni di volontariato e tutela, personale dipendente, medici di Medicina generale...).

Nel contesto aziendale la comunicazione diviene un'attività e come tale ha la necessità di essere pianificata.

Il Piano di comunicazione non è solo uno strumento ma costituisce una risorsa operativa nel quale sono descritti tutti i principali processi di comunicazione rivolti all'esterno ed all'interno dell'organizzazione.

Il Piano ha lo scopo di individuare le iniziative da compiere per realizzare le scelte di scambio informativo che sostengono il sistema, aiuta a programmare ed a gestire le azioni di comunicazione per il raggiungimento degli obiettivi, coinvolge uno o più *target* di riferimento, definisce le modalità di verifica di tutte le iniziative intraprese.

Gli obiettivi di un Piano di comunicazione aziendale devono essere necessariamente coerenti con quelli strategici ed operativi che l'Azienda sanitaria si è posta. Le azioni sono finalizzate al perseguimento della *mission* e degli obiettivi aziendali ed alla creazione del consenso organizzativo attraverso il miglioramento dei flussi comunicativi interni ed esterni e il coinvolgimento di quanti operano nell'organizzazione. Queste azioni contribuiscono alla promozione del-

la salute e alla tutela dei diritti dei cittadini con particolare riguardo al diritto all'informazione, alla partecipazione, alla trasparenza e alla umanizzazione dei servizi.

Nello schema che segue (fig. 1) è rappresentato il flusso documentale previsto in Toscana (e quindi anche nell'Azienda USL 4 di Prato) per quanto riguarda la pianificazione aziendale. Il nucleo fondamentale è il Piano attuativo locale che si interfaccia con il sistema di valutazione delle *performances* del MeS e con il Profilo di salute descritto dalla Società della Salute. Dagli obiettivi previsti nel Piano attuativo locale discendono, in prevalenza, i contenuti di 5 documenti strategici aziendali: il Piano degli investimenti, il Bilancio di previsione pluriennale, il Piano qualità e sicurezza, il Piano della formazione ed il Piano della comunicazione.

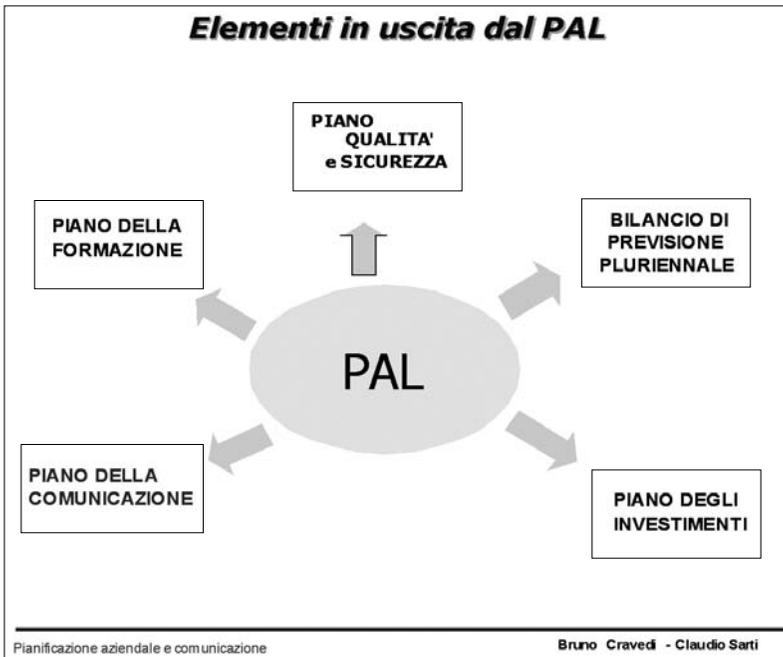


Figura 1

Fondamentale per la redazione di un Piano di comunicazione aziendale è l'analisi dello scenario, sia esterno che interno all'Azienda.

Il Sistema sanitario regionale toscano è stato caratterizzato, negli ultimi anni, da importanti cambiamenti che ne hanno modificato l'assetto organizzativo: l'ingresso sul territorio della Società della Salute, lo sviluppo degli ESTAV, il nuovo modello organizzativo degli Ospedali per intensità di cura ed il conseguente riassetto dell'organizzazione dei servizi distrettuali, la definizione del progetto dei quattro nuovi Ospedali toscani, tra cui quello di Prato.

Il processo comunicativo deve essere strutturato in modo da "governare la complessità nel cambiamento" e, come sopraddetto, influire sulla capacità di orientamento delle persone non solo riguardo le modalità di accesso ai servizi, ma anche sugli aspetti organizzativi del sistema per la salute.

Oltre al nuovo assetto organizzativo del SSR, elemento di peculiarità che condiziona i processi di comunicazione è quello della forte presenza di popolazione straniera nella provincia pratese.

Nel 2007 i residenti nei Comuni della ASL 4 con cittadinanza straniera sono risultati 27.986, pari all'11,4% della popolazione residente, valore superiore alla media della Toscana (6,4% nel 2006) e italiana (5,0%). Considerando anche gli stranieri non residenti, soggiornanti e non, si stima che gli stranieri presenti nella Provincia siano circa 32.000-35.000 (*elaborazione da Dossier statistico sull'immigrazione Caritas Migrantes-2007*).

Per quanto riguarda lo scenario interno, dall'analisi dei dati oggettivi elaborati dal MeS e da rilevazioni specifiche, è emerso che non vi è circolarità delle informazioni. Le notizie irradiate dal vertice raramente arrivano, attraverso la piramide gerarchica, alle singole unità di personale distribuite in Azienda.

Oltre a tener conto degli scenari, per poter individuare correttamente obiettivi perseguibili è stata fatta una mappatura completa degli attori e degli strumenti che agiscono costantemente all'interno della organizzazione aziendale per quanto riguarda la comunicazione, indicando per ognuno, oltre ai pubblici di riferimento, gli obiettivi e le criticità prevalenti.

Dalla mappa appare evidente la molteplicità di soggetti, presenti

all'interno dell'Azienda sanitaria, che svolgono comunicazione istituzionale. È facile comprendere anche la difficoltà di armonizzazione dei linguaggi.

ATTORI	PUBBLICO	STRUMENTI	OBIETTIVO	CRITICITÀ
URP	Cittadini Operatori aziendali Associazioni di Volontariato	Bacheche <i>Database</i> informativi Carta dei servizi e opuscoli informativi Intranet Internet	Garantire le funzioni di accoglienza, informazione, partecipazione e tutela del cittadino	Difficoltà nell'aggiornamento in tempo reale delle informazioni inserite nel <i>database</i> . Insufficiente conoscenza delle tecnologie
UFFICIO STAMPA	Mass media Uffici stampa, altri Enti pubblici	Comunicati e conferenze stampa Trasmissioni TV Rassegne stampa Interviste Bacheche Internet/Intranet <i>Mailing</i> Postel Eventi	Selezionare, filtrare e trasferire il flusso di informazioni provenienti dall'interno dell'organizzazione	Carenza di risorse per realizzare newsletters, house organ ecc..
EDUCAZIONE, PROMOZIONE ALLA SALUTE	Scuole Cittadini	Internet Intranet <i>Mailing</i> Eventi <i>Brief Meeting</i> Corsi formativi Gadget Opuscoli	Coinvolgimento della popolazione, in prevalenza scolastica, per promuovere corretti ed appropriati stili di vita	Carenza di risorse
POLITICHE E GESTIONE DEL PERSONALE	Dipendenti Sindacati	Bacheche <i>Database</i> informativi Intranet Postel <i>Mailing</i> Riunioni, incontri	Informare il personale dipendente su temi inerenti la contrattazione e la natura giuridica del rapporto	Uso di linguaggio eccessivamente "tecnico" e di strumenti non sempre adeguati
DIREZIONE AZIENDALE	Neoassunti Mass media Enti istituzionali Sindacati Volontariato Dipendenti MMG e PdLS Ordini e Collegi Società della Salute	Riunioni ed incontri Conferenze stampa Interviste Conferenza dei servizi	Informare su scelte strategiche e risultati ottenuti. Sviluppare senso di appartenenza e spirito di gruppo	Difficoltà nel mantenere periodicità costante nella comunicazione
FORMAZIONE DEL PERSONALE	Dipendenti MMG e PdLS	Corsi formativi Seminari Convegni <i>Workshop</i> Congressi <i>Meeting</i>	Garantire la possibilità di sviluppare competenze e conoscenze adeguate	Integrazione con altri attori interni della comunicazione
UFFICIO QUALITÀ	Dipendenti Cittadini	Carta dei servizi Conferenza servizi Giornata Qualità Evidenze documentali (manuali, procedure, linee guida ecc.)	Rendere evidenti gli standard di qualità garantiti dall'Azienda. Diffondere cultura organizzativa e metodi di lavoro orientati alla qualità	Difficoltà nel costruire il "sistema". Difficoltà nell'individuare gli standard professionali.

IL PIANO AZIENDALE DI COMUNICAZIONE 2008-2010

RESP.LI DISTRETTO	MMG e PdLS Specialisti ambulatoriali Medici emergenza territoriale Continuità assistenziale (Guardia medica)	Lettere e missive Internet Intranet Incontri e riunioni	Informare su argomenti di interesse aziendale specifici	Difficoltà nel costruire "rete" informativa
CENTRO UNICO PRENOTAZIONI	Assistiti	<i>Call Center</i> SmS	Consentire la possibilità di accedere ad una prestazione specialistica. Educare ad un corretto ed appropriato accesso al servizio	Carenza di risorse
CENTRO PREV.NE ONCOLOGICA	Assistiti selezionati per categorie di rischio	<i>Call Center</i> Lettere e missive	Contattare specifiche fasce di popolazione per proporre interventi di <i>screening</i> per patologie tumorali	Scarsa integrazione con gli altri attori interni della comunicazione
DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE	Cittadini Mass media Scuole Sindacati "Attività produttive" Enti istituzionali	Internet Intranet <i>Mailing</i> Eventi <i>Brief Meeting</i> Corsi Formativi Gadget Opuscoli	Promuovere la cultura della sicurezza del lavoro Promuovere attività di prevenzione sulle malattie infettive Promuovere la cultura della sicurezza alimentare Promuovere nelle popolazioni migranti la cultura della prevenzione	Difficoltà nel coordinarsi con le altre strutture aziendali che si occupano prevalentemente di comunicazione

Tenuto conto degli scenari, della mappa degli attori e degli obiettivi regionali indicati nel PSR, abbiamo individuato, per la elaborazione del Piano, quattro grandi elementi strategici:

- **La partecipazione per migliorare la comunicazione**
- **La comunicazione per migliorare l'accesso ai servizi e all'accoglienza**
- **La comunicazione per educare alla salute e promuovere corretti stili di vita**
- **La comunicazione per migliorare la qualità dell'immagine aziendale**

I suddetti obiettivi si realizzano principalmente attraverso:

- Azioni che favoriscono l'*empowerment*, riconosciuto dall'OMS sin dal 1986 (Carta di Ottawa) come uno dei pre-requisiti per la salute e che ha assunto negli ultimi decenni un ruolo di crescente rilevanza, ponendosi al centro delle politiche sanitarie a livello internazionale.
- Sistemi di alleanza con Enti locali, Istituzioni, Associazioni di volontariato e dei cittadini per la promozione e realizzazione di progetti comuni.

- Coinvolgimento degli operatori per valorizzarne la professionalità stimolando il lavoro di squadra. Una visione unitaria dell'organizzazione non soltanto favorisce la definizione delle regole, ma rafforza anche un'attenzione al sistema di valori condiviso nell'Azienda. Il personale è una leva strategica per l'organizzazione del servizio sanitario. Dialogare con i dipendenti e condividere informazioni, permette di raggiungere buoni livelli di efficienza ed efficacia, con effetti positivi sul clima interno e sul benessere organizzativo.

I risultati si perseguono attraverso l'attività esercitata quotidianamente dalle strutture e dagli attori istituzionalmente preposti alle funzioni di comunicazione indicate (URP, Ufficio stampa ecc.) e mediante specifici progetti di rilievo aziendale.

Nel primo caso, tanto per avere degli ordini di grandezza, il nostro Ufficio stampa ha prodotto nel 2007 oltre 200 comunicati stampa ed organizzato 27 conferenze stampa, l'URP ha circa 43.000 contatti telefonici annui e oltre 48.000 di persona. Con l'educazione alla salute abbiamo contatti con 70 scuole, 6.600 studenti e circa 350 insegnanti.

I progetti, generalmente sviluppati nell'arco dei tre anni di riferimento del Piano, costituiscono elementi di sviluppo del sistema nell'ottica del costante adeguamento all'evoluzione tecnologica ed al perseguimento del miglioramento continuo che costituisce uno dei cardini della strategia aziendale. I progetti di rilievo aziendale previsti per il 2008-2010, inseriti all'interno di macro obiettivi strategici, sono i seguenti:

LA PARTECIPAZIONE PER MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE

IL PROGETTO PARTÈMP

IL SISTEMA CARTA DEI SERVIZI

LA COMUNICAZIONE PER MIGLIORARE L'ACCESSO AI SERVIZI E L'ACCOGLIENZA

IL CENTRO SERVIZI TELEFONICO

L'URP MULTIENTE

IL SITO WEB SI RINNOVA

I PROGETTI DI UMANIZZAZIONE E ACCOGLIENZA

LA COMUNICAZIONE PER EDUCARE ALLA SALUTE

E PROMUOVERE CORRETTI STILI DI VITA

INFORMETICA

LA COMUNICAZIONE PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELL'IMMAGINE

MANUALE D'IMMAGINE COORDINATA

IDENTIFICAZIONE DEL PERSONALE

IL NUOVO OSPEDALE

L'attività di monitoraggio e valutazione delle azioni di comunicazione inserite nel Piano di comunicazione aziendale si concretizzeranno con l'osservazione dei dati relativi al Sistema di valutazione della *performance* dell'Azienda sanitaria da parte del MeS; in particolare attraverso l'analisi dei dati derivanti dall'applicazione degli specifici indicatori di "valutazione interna" e di "valutazione esterna".

Parimenti, saranno presi in considerazione i report inerenti la verifica del raggiungimento degli obiettivi di *budget* per le strutture che partecipano direttamente alla realizzazione degli obiettivi del Piano di comunicazione (es. U.O. Sistema qualità e relazioni esterne, U.F. Formazione, educazione e promozione della salute...).

Sarà inoltre considerata l'analisi dei dati riportati annualmente nella Relazione sanitaria aziendale, in particolare quelli relativi ai capitoli dedicati alla "Carta dei servizi" e alla "Tutela del cittadino".

Il prossimo Piano aziendale di comunicazione, che dovrebbe riferirsi ad un arco temporale di validità di 5 anni (in linea con gli indirizzi della Regione Toscana sui documenti di pianificazione) dovrà, oltre che sviluppare maggiormente i temi e percorsi per l'*empowerment*, avere ancora maggiore attenzione all'evoluzione tecnologica dei mezzi di comunicazione. L'investimento principale che il sistema delle Aziende sanitarie dovrà operare nei prossimi anni sarà quello di far crescere il numero di "professionalità esperte" per riuscire a governare il cambiamento seguendo l'evoluzione degli strumenti disponibili sul mercato. Dovremo essere sempre più in sintonia con tutti i nostri "pubblici di riferimento", in particolare con la popolazione più giovane che utilizza strumenti sempre più tecnologicamente avanzati.

L'esperienza aziendale a Lucca/1

Oreste Tavanti

Direttore generale Azienda USL 2 Lucca

Nell'ambito della comunicazione c'è ancora tanto da fare. Possiamo fare i programmi che vogliamo, vedere la nostra esperienza, ma dobbiamo soprattutto capire quali sono i bisogni della nostra comunità, alla quale è necessario che si faccia comprendere cosa significa "Azienda sanitaria". Ancora oggi, infatti, dopo tanti anni la gente non sa chi siamo e cosa facciamo. Ho usato il termine "gente" che è molto ampio, perché comprende il cittadino comune ma anche tutti i professionisti che ruotano intorno al pianeta sanità, le istituzioni, gli stessi medici di Medicina generale e i tanti operatori con i quali siamo in costante collegamento.

Il primo tema è capire che quello che comunichiamo deve essere uno strumento per la cittadinanza. Dobbiamo quindi fare comunicazione sul Piano sanitario regionale, sulle nuove problematiche, su come siamo in grado di rispondere con le nostre attività ai bisogni delle persone.

Oggi nel nostro sistema sanitario è fondamentale capire come, da ora in poi, riusciamo a mantenere i livelli di servizio garantiti finora, perché la popolazione invecchia, le necessità aumentano e dobbiamo prenderci sempre più cura delle persone anziane.

La comunicazione è un tema che, nell'ambito del mio lavoro, mi ha sempre appassionato molto. Nella nostra Azienda abbiamo attivato alcune buone iniziative, mentre altre sono sicuramente da migliorare. L'importante è che tutti i nostri operatori comprendano che la comunicazione esterna, l'informazione e la relazione non sono più attività marginali ma rappresentano settori chiave, a cui dedicare risorse, tempo e formazione.

Un altro aspetto che mi sta particolarmente a cuore è quello dell'immagine aziendale. Quando vado in giro nelle nostre strutture, mi rendo conto che in questo senso abbiamo ancora molta strada da

fare. Ci sono in atto specifici progetti per rendere più visibili e leggibili le nostre comunicazioni, sia quelle interne che quelle rivolte all'esterno, ma non di rado il nostro personale scrive un messaggio per l'utenza e lo appende, senza pensare che quel cartello molto difficilmente potrà essere letto dal cittadino. Tutte le nostre comunicazioni devono infatti essere gestite in maniera uniforme e coerente, in maniera da dare rilievo a quelle veramente importanti.

Un argomento delicato è poi quello dei punti di contatto. Quotidianamente migliaia di persone parlano con i nostri operatori, i quali devono sapere come relazionarsi con l'utenza. Per questo è fondamentale un'adeguata formazione del nostro personale di *front-office*, sia quello che opera in Ospedale, sia quello impegnato sul territorio.

Il nostro progetto per la creazione di una rete di oltre 1300 punti di contatto punta al coinvolgimento di tutti questi operatori, dei medici di Medicina generale e dei pediatri di libera scelta, ma anche alla partecipazione di referenti pubblici, delle associazioni, anche di privati disponibili a diffondere i nostri messaggi e a diventare quindi nostri "alleati" sul territorio.

Sempre per quanto riguarda la comunicazione, abbiamo verificato che esiste una grande frattura tra la "prima linea" e la Direzione generale. C'è un enorme scollamento, che va eliminato o quanto meno ridotto.

In particolare è necessario capire come comunicare meglio con il nostro personale sanitario, che a sua volta è chiamato a fare la stessa cosa con la Direzione aziendale. Fra l'altro la gente ci sceglie perché ha fiducia nei sanitari e principalmente nei primari, che sono ancora un punto di riferimento importantissimo. Dobbiamo se possibile anche "utilizzare" la loro autorevolezza e credibilità per veicolare le giuste informazioni nella cittadinanza e se un primario è bravo ma non ha voglia di comunicare, sta anche a noi sollecitarlo a intervenire in incontri pubblici e sugli organi d'informazione.

Per la comunicazione interna ed esterna vengono realizzati molti fogli informativi e giornalini, che vanno curati bene. Bisogna capire soprattutto se funzionano, cioè se vengono letti. In generale, infatti, produciamo troppa carta ed è necessaria una maggiore selezione. Apprezzo quindi molto la scelta della Regione Toscana di smettere

di stampare le singole Carte dei servizi aziendali per privilegiare gli strumenti informatici.

Il fatto che sia stata prodotta un'unica Carta dei servizi regionale è poi molto significativo, perché ci consente di fornire una visione d'insieme del Sistema sanitario toscano.

In quest'ottica non è stato affatto facile far adottare a tutti i nostri collaboratori un logo, un *brand* unico, però ci siamo arrivati, grazie alla Regione e anche alla fatica di tutte le Aziende. Si tratta di un passaggio decisivo e credo che sia utile che oggi questa immagine vada dappertutto, perché è un bel biglietto da visita.

Chiudo con un invito a tutti i comunicatori presenti a questo incontro. Non so se questo lavoro lo avete scelto oppure no, ma è un'attività importante e anche molto bella. Il vostro obiettivo dovrebbe essere quello di migliorare costantemente la vostra preparazione e formazione e di avere sempre più entusiasmo. Create una squadra di poche persone ed almeno una figura che vi sia accanto e con la quale collaborare, che sia un vostro sostituto e dia continuità all'Azienda, perché i Direttori cambiano rapidamente e un settore come quello della comunicazione deve operare senza pause o interruzioni. Formare un gruppo omogeneo che segua questi temi è fondamentale, anche se è difficile perché presuppone tanta buona volontà e anche molta preparazione tecnica.

L'esperienza aziendale a Lucca/2

Sirio Del Grande

Responsabile Comunicazione Azienda USL 2 Lucca

In questa mia relazione parlerò essenzialmente degli strumenti della comunicazione esterna, delle opportunità della comunicazione interna e anche di un concetto un po' estremo ma utile: quello che "siamo tutti comunicatori".

Partiamo però dall'immagine del *brand* Regione Toscana che è fondamentale, insieme alla presenza di una rete tra le nostre Aziende sanitarie e ospedaliere, e che corsi come questo organizzato dal Formas possono aiutare a realizzare.

Allo stesso modo, passando ad un livello più locale, è necessario che un'Azienda sanitaria come la nostra sia caratterizzata da un'immagine coordinata che riguardi tutto: la modulistica, le applicazioni telematiche ed audiovisive, la segnaletica, l'editoria, la pubblicità istituzionale, il *marketing*.

La comunicazione in sanità è un universo molto ampio e difficile da raggiungere: parte dai cittadini/pazienti e arriva fino ai mass media. È un sistema veramente complesso.

Tutti questi *stakeholders*, o portatori d'interesse, sono da raggiungere nel modo più adeguato possibile. Abbiamo quindi elaborato un progetto che prevede di realizzare una vera e propria rete di punti di contatto. In primo luogo, abbiamo ovviamente considerato tutti i punti di accesso presenti all'interno della nostra Azienda, i medici di famiglia ed i pediatri di prima scelta. Oltre a questi punti aziendali c'è poi il coinvolgimento dei referenti pubblici, delle associazioni e degli operatori privati.

In totale abbiamo censito oltre 1.300 punti di contatto che partono quindi dai nostri punti di accesso per arrivare agli uffici postali, alle banche, alle parrocchie. Ovviamente c'è anche una diversa distribuzione sul territorio di questi punti, la maggior parte dei quali sono presenti nel Comune capoluogo, Lucca (35%) senza però di-

menticare neppure i paesi più piccoli della Garfagnana.

Per iniziare metteremo in questi punti di contatto un giornale murale, molto visibile e leggibile da parte dei cittadini. È uno strumento molto agile che da locandina si trasforma in opuscolo da distribuire in tutta la rete.

Nell'era digitale in cui viviamo è poi fondamentale progettare e realizzare una comunicazione *on line* integrata, efficace per le diverse comunità d'interesse, riconoscendo tempi e modi dettati da internet.

Stiamo cercando di dare forma e sostanza al nostro sito *web* che stiamo ristrutturando, ascoltando anche il parere dei cittadini. Abbiamo infatti inserito una finestra, *cosa vorresti da questo sito*, che permette il coinvolgimento degli utenti, i quali ovviamente vedono problemi diversi da quelli individuati dall'Azienda. Già molte persone hanno inviato osservazioni e suggerimenti che si stanno rivelando molto utili.

Un altro elemento su cui stiamo lavorando è quello dei *banner* sui siti dei partner di rete: lavoriamo appunto per inserire il nostro sito in questa rete di contatti.

Ulteriore strumento che utilizziamo per la comunicazione esterna è una *newsletter* elettronica, "S@lutiamoci", nata per comunicare con la società civile nella sua complessità: il *target* individuato è quello degli Enti e delle associazioni, mentre il personale dell'Azienda è, allo stesso tempo, *target* e soggetto promotore. La *newsletter* è infatti composta da testi sintetici e non autoreferenziali firmati direttamente dagli operatori sanitari.

C'è poi tutto il lavoro dell'Ufficio stampa e della comunicazione attraverso i mass media, un lavoro quotidiano non facile, anche perché saper gestire in maniera adeguata le relazioni con gli organi d'informazione è una prerogativa decisiva nella nostra organizzazione. Gli obiettivi principali dell'Ufficio stampa sono quelli di facilitare l'accesso della cittadinanza a servizi e prestazioni, promuovere conoscenze su temi di interesse sanitario, rassicurare la popolazione nei momenti critici, favorire la partecipazione e promuovere l'acquisizione di corretti stili di vita. In quest'ultimo ambito sono in fase di elaborazione, ad esempio, alcune trasmissioni televisive ("pillole educative con esperti aziendali") proprio su tematiche di promozione della salute.

Si stanno inoltre realizzando specifiche guide ai servizi, che comprendono informazioni su percorsi e attività della nostra Azienda, con il compito di facilitare l'accesso alle prestazioni da parte dell'utenza.

Ci sono poi altri strumenti che utilizziamo per la diffusione di notizie che riguardano le nostre strutture: pieghevoli di informazione per tutti i cittadini, pieghevoli di informazione per *target* e soprattutto le pagine pronte per i *giornalini* dei Comuni e di altri Enti disponibili a darci spazio.

Nel nostro Piano di comunicazione sono anche previste locandine per *target* e campagne di comunicazione e educazione alla salute, due settori molto legati che hanno bisogno di lavorare insieme.

Un altro aspetto fondamentale è quello della segnaletica, che deve seguire determinate linee guida e deve essere considerato con grande attenzione perché le sedi ed i muri parlano per noi. Un ambiente ordinato e rassicurante è già un primo segnale positivo lanciato ai cittadini.

Una prima distinzione da fare è quella tra le comunicazioni al pubblico e quelle al personale, perché è necessario evitare una sovrapposizione di messaggi che crea solo confusione.

Nelle linee guida che abbiamo elaborato – oltre alla separazione (anche a livello grafico) tra esterno ed interno – sono previsti: l'utilizzo di una segnaletica dai riferimenti grafici univoci, l'individuazione e la sensibilizzazione di referenti interni responsabili dell'eliminazione delle comunicazioni non autorizzate, l'applicazione di nuove bacheche o di assi orizzontali in legno, la revisione dei testi di alcuni annunci nei casi in cui il significato non risulti immediatamente comprensibile. Con questa revisione si è partiti dal Centro prelievi dell'Ospedale di Lucca, area di maggior affluenza del pubblico.

Un'altra esperienza portata avanti nella nostra Azienda è quella di un canale televisivo a circuito chiuso, Tele 2 Salute, partito già da alcuni mesi con un palinsesto sperimentale composto da trasmissioni autoprodotte, un telegiornale condotto in studio, video e *spot* della Regione Toscana, produzioni molto belle della Mediateca regionale su benessere, arte e cinema. Questa tv attualmente è visibile gratuitamente in tutti gli apparecchi televisivi presenti nelle camere

dei degenti dell'Ospedale di Lucca.

L'idea è di implementare ulteriormente il palinsesto, attualmente sulle dieci ore ripetute, realizzando questo tipo di esperienza anche nei Centri sociosanitari territoriali. Partirà a breve anche il progetto *Classica dentro*, cui la Regione Toscana tiene molto, per diffondere musica classica all'interno delle sale d'attesa dell'Ospedale.

Parliamo adesso di comunicazione interna. Gli addetti alle pubbliche relazioni dell'Azienda USL 2 sono 2.700! L'idea che siamo tutti comunicatori è ovviamente un'estremizzazione ma è utile per farci capire l'importanza di coinvolgere il personale nella comunicazione esterna con tutti gli strumenti che abbiamo illustrato finora e di migliorare la comunicazione interna.

Una buona comunicazione comincia infatti "da casa propria", ascoltando e coinvolgendo nel processo di comunicazione i propri dipendenti e collaboratori.

È necessaria per questo una nuova cultura aziendale che tenga conto dell'insieme di norme, tradizioni, miti e valori che appartengono all'Azienda. Sono fondamentali, ad esempio, alcuni momenti come l'ingresso (assunzioni), l'uscita (pensionamenti) e i molti riti di passaggio personali e di gruppo (reclutamento, nuovi ruoli, passaggi di carriera e responsabilità, ristrutturazioni, cambiamenti organizzativi). Questi passaggi aziendali che si ripetono nella quotidianità devono essere curati con attenzione e diventare dei piccoli miti. L'obiettivo è insomma quello di aumentare il livello di sensibilità del *management* verso la "comunicazione emotiva" in Azienda.

I vecchi metodi trasmissivi devono quindi lasciare il passo a strumenti più dialogici e partecipativi.

Tra gli strumenti per la comunicazione interna abbiamo il foglio informativo interno, distribuito ai dipendenti ogni mese con la busta paga: è prodotto da un Comitato di redazione, coordinato dall'Unità operativa comunicazione e *marketing* e che comprende anche un medico di Medicina generale. Fra le informazioni contenute ci sono i saluti ai nuovi assunti e a coloro che vanno in pensione.

C'è poi l'*Intranet* aziendale, uno strumento strategico nei processi di innovazione, perché mette in rete il personale e facilita il lavoro all'interno dell'organizzazione. È pensato per favorire la condivisione, lo scambio di conoscenze e quindi il senso d'appartenenza

all'Azienda. Tra l'altro, già dalle 9-9.30 gli operatori della nostra Azienda possono consultare la rassegna stampa, con articoli riguardanti la sanità locale e regionale.

Un altro strumento attivato dal gennaio 2008, proprio per cercare di limitare i problemi di comunicazione esistenti nell'Azienda, è rappresentato dall'organizzazione, con cadenza mensile, dei *Giovedì del Direttore del personale*, incontri a tema che permettono un confronto tra il personale e la Direzione. La partecipazione è considerata come orario di lavoro.

Inoltre tutti i responsabili di struttura devono attivare incontri periodici con il proprio personale, che deve essere informato anche sull'organizzazione e sulle strategie aziendali. L'effettuazione di questi incontri rappresenta un obiettivo di *budget*.

Tutto il lavoro sugli strumenti interni è stato realizzato grazie ad una *task force* sulla comunicazione che comprendeva varie professionalità, anche esterne al mondo della comunicazione.

L'indagine di clima interno del MeS della Scuola Superiore S. Anna di Pisa, sui dati del 2008, ha evidenziato una buona valutazione data dai dipendenti della nostra Azienda sul clima organizzativo interno aziendale, con un miglioramento notevole rispetto al 2007 su tutti gli aspetti (*management*, formazione, comunicazione). Resta troppo alto solo il tasso di assenza, anche se c'è stato un miglioramento di oltre un punto rispetto al 2007.

C'è però ancora molto da lavorare, soprattutto per far passare la comunicazione a livello dei dirigenti (alto-basso e basso-alto), perché bisogna assolutamente eliminare la "frattura esistente".

Lo possiamo fare con gli strumenti sopra descritti e con altri ancora, da elaborare e definire nel prossimo futuro.

Piani di comunicazione
delle Aziende toscane

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

Giovanni Squarci

Ufficio stampa

Maria Alessandra Cerofolini

Redazione web

Il Piano di comunicazione di AOU Careggi è il risultato del coinvolgimento di tutti i soggetti del sistema aziendale. Di seguito si presenta un esempio di scheda per la pianificazione di obiettivi e interventi, utilizzata per ogni singolo strumento e relativo processo di gestione della comunicazione. È utile porre l'attenzione sul sito internet perché è un grande contenitore di informazioni e fornisce una rappresentazione sintetica dell'intera struttura organizzativa dell'Azienda.

L'attuale sito internet di Careggi, *on line* dal primo ottobre del 2008, è composto da circa 800 pagine e ha totalizzato una media di circa 8.000 visite alla settimana. È stato calcolato che ogni sette giorni il 50 per cento delle visite è fatto da nuovi utenti.

Per quanto riguarda i contenuti il sito presenta una grande varietà di dati tecnici, istituzionali, scientifici, di servizio, fino alla presentazione di eventi culturali.

SCHEDA RACCOLTA DATI
PIANO DI COMUNICAZIONE AZIENDALE - anno 2010

	Sito web aziendale e altri strumenti informativi sul web
Strumenti	Sito web aziendale Guida della Salute (pagine AOUC su opuscolo <i>on line</i> a cura di RT)
Finalità sito web	Assicurare un'ampia, efficace ed efficiente diffusione delle informazioni certe e validate relative alle attività istituzionali di AOUC (Carta dei servizi) rivolte ai cittadini, alla collettività e ad altri enti con le seguenti finalità (L150/2000): <ul style="list-style-type: none"> - Illustrare le attività dell'Azienda e il suo funzionamento - Favorire l'accesso ai servizi pubblici offerti promuovendone la conoscenza - Promuovere conoscenze allargate e approfondite su temi di rilevante interesse pubblico e sociale negli ambiti di competenza dell'Azienda - Promuovere l'immagine dell'Azienda, del SST e dell'Italia in Europa e nel mondo, conferendo conoscenza e visibilità ad eventi d'importanza locale, regionale, nazionale ed internazionale
Caratteristiche dello strumento sito web	Le modalità di sviluppo e gestione del sito internet garantiscono (D.Lgs. 82/2005): <ol style="list-style-type: none"> 1. Accessibilità e usabilità 2. Semplicità di consultazione 3. Affidabilità e completezza di informazione 4. Chiarezza di linguaggio 5. Continuo aggiornamento 6. Compatibilità con il diritto alla riservatezza dei dati personali
	Punti di forza <ul style="list-style-type: none"> - Grande contenitore di informazioni - È uno sportello virtuale aperto a qualsiasi ora ed accessibile da qualsiasi luogo - Consente aggiornamenti <i>just in time</i> - Consente consultazioni da telefono cellulare
	Punti di debolezza <ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento di tutti i settori aziendali nel reperire le informazioni - Necessità di aggiornamento continuo - Grande quantità di informazioni e di contenuti - Forte dipendenza dal funzionamento delle infrastrutture informatiche e dal supporto tecnico informatico
Pubblici di riferimento	Utenti/cittadini Professionisti Imprese Fornitori Studenti Dipendenti AOUC Altri <i>stakeholders</i> (collettività, altri Enti, ecc.)

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI

Referenti	Coordinatore di staff aziendale Referente della Redazione
Risorse umane	1 redattore dedicato, vari redattori per le aree specifiche (Ufficio stampa, Bandi e Gare, Ufficio atti, Uff. Acquisizione Risorse Umane, ecc.), referenti aziendali di informazioni, supporto tecnico della U.O. Sistema informativo aziendale e U.O. Gestione Infrastrutture Informatiche, supporto tecnico per elementi di grafica
Risorse tecnologiche	In dotazione: <i>server</i> , pc, <i>software</i> di sviluppo (Joomla), <i>software</i> vari (<i>Acrobat Professional e Reader, Office</i> , ecc.), ... Da acquisite: fotocamera digitale
“Stato dell’arte”	-Sito <i>web</i> : 1 anno di vita, da circa 300 pagine alla data di pubblicazione alle circa 800 attuali, alcune pagine in fase di completamento (vedi dettaglio su Relazione 2009) -Guida della Salute: consegnata ai cittadini e disponibile sul web sul sito RT. Prossima revisione nel 2011
Attività/funzioni del referente di redazione del sito	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi della normativa di riferimento e dei bisogni di informazione per il web - Strutturazione, raccolta, redazione e inserimento delle informazioni certe e validate - Aggiornamento e sviluppo delle informazioni - Coordinamento con altri attori e integrazione con altri strumenti di comunicazione
Obiettivi di comunicazione 2010	Sito <i>web</i> : <ol style="list-style-type: none"> 1. Aggiornamento, completamento e sviluppo informazioni sito (vedi Piano di dettaglio) 2. Miglioramento usabilità sito (tasto “cerca”) 3. Definizione regole di gestione di strumenti di comunicazione (partecipazione a gruppi di redazione) 4. Riconduzione pagine attive del vecchio sito al nuovo 5. Riconduzione siti non autorizzati di soggetti aziendali (in accordo con la Direzione) 6. Ricerca su internet di siti che linkano AOUC o riportano informazioni AOUC, per verifica dati e richiesta di correzione
Tempi	1 anno
Budget (stima)	Sito <i>web</i> : 1500 ore lavorative del redattore, ore non stimate di altri redattori, referenti di informazioni, supporto grafico Supporto tecnico:dopo il passaggio in Estav sono in via di definizione le specifiche di servizio e le modalità operative del supporto tecnico.
Verifica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pagine complete e aggiornate di tutte le strutture, trasparenza ecc. 2. Approvazione dei regolamenti per il marchio aziendale, gestione sito <i>web</i>, manuale di stile e immagine coordinata 3. Chiusura pagine vecchio sito 4. Chiusura dei siti satellite non autorizzati 5. Richiesta di correzione ad almeno 50 siti esterni

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisa

Paolo Garzella

Responsabile settore tecnico, informatico, comunicazione URP

Il Piano di comunicazione ancora non è stato deliberato (*verrà adottato definitivamente nel 2010*), anche perché in tre anni ci sono stati significativi cambiamenti nella Direzione aziendale. Come Gruppo sulla comunicazione ci siamo già riuniti, soprattutto sulla pagina *web* a cui il nuovo direttore ha attribuito la priorità.

Seguendo l'impostazione di Nicoletta Levi (vedi le pubblicazioni del 2004 e del 2006) e quella del Dottor Ursino (Direttore di Unità operativa URP AOUP) e di altri autori nella gestione della comunicazione è sempre preferibile anteporre l'aspetto relazionale ed organizzativo a quello burocratico.

Devo dire che questa impostazione ha sempre funzionato: *Piano di comunicazione, inteso non tanto come documento ma più come processo organizzativo, impatta l'organizzazione e, viceversa, l'organizzazione agisce sul Piano...*

L'ascolto è fondamentale, perché una grossa Azienda concentrata in un ambito ristretto è un come Paese ad alto tasso di complessità, è quindi importante prestare attenzione a come si comunica.

Il Piano di comunicazione attuale, 2005-2006, è basato su un semplice schema, l'ascolto, interno ed esterno, e gli obiettivi in funzione delle strategie direzionali

Ora tutti sanno che quando si fa un progetto, ci sono degli obiettivi e delle strategie per raggiungerli, ma ci sono le risorse e i vincoli che sono presenti e che difficilmente sono modificabili. I vincoli, per un Ente pubblico, sono principalmente le leggi, le norme e i regolamenti. Le risorse più importanti sono quelle umane e poi c'è bisogno ovviamente di risorse strumentali ed economiche. Abbiamo sempre avuto ben presente questo semplice fatto e come in tutte le famiglie se uno ha un obiettivo, c'è da pensare come arrivarci, tenendo presente i vincoli e le risorse disponibili.

Allegato 1

Piano di Comunicazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana 2005-2006 (U.O. Relazioni con il Pubblico)						
Titolo attività	Obbiettivi	Target	Responsabile	Tempi	Previsione spesa	
Publicazione Carta dei Servizi	Aggiornamento carta dei servizi	Utenti e Operatori sanitari	Ursino	2006	€ 6.000	
N° 1000 copie guide telefoniche interne	Migliorare la comunicazione intra aziendale	Operatori AOUP	Ursino	2005	€ 1.000	
N° 30000 copie tascabile USL 5/AOUP	Fornire un'informazione integrata	Cittadini area Pos.	Ursino/Gianelli	2006	€ 3.500 AOUP/ € 3.500 USL 5	
N° 30000 copie foglio accoglienza stranieri	Orientare l'utenza	Utenti	Ursino	2006	€ 5.000	
N° 1500 copie Foglio accoglienza stranieri	Orientare gli utenti stranieri	Utenti stranieri	Ursino	2006	€ 2.500	
Nuovo sito aziendale	Qualificare l'informazione di pubblica utilità	Vari	Ursino	2005		
Corso formazione comunicazione interna	Migliorare i flussi tra URP e realtà periferiche	Referenti Comunicazione interna	Ursino	2006	€ 7.500	
Consulenza prof.le mediatori culturali c/o P.I.A.	Realizzare una reale attività di mediazione culturale	Cittadini stranieri	Ursino	2005/2006	€ 8.000	
					€ 34.000	

Allegato 2

Piano di Comunicazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana 2005-2006 (Ufficio Stampa)

Titolo attività	Obiettivi	Target	Responsabile	Tempi	Previsione spesa
Spot televisivi	Diffondere specifici servizi dell'Azienda	Popolazione del territorio	Daniela Giannelli	durante il 2005	€ 1.000
Trasmissioni televisive	Costruire e valorizzare la gestione della Sanità nel territorio pisano	Popolazione del territorio	Daniela Giannelli	durante il 2005	€ 4.000
Inserzioni sui quotidiani locali	Diffondere specifici servizi dell'Azienda	Popolazione del territorio	Daniela Giannelli	durante il 2005	€ 2.000
Sviluppo di un supplemento nei quotidiani locali	Raggiungere attraverso una "pubblicazione" ampia e dettagliata dei servizi l'utenza ed informare sugli sviluppi scientifici	Popolazione del territorio	Daniela Giannelli	ott. 2005	€ 10.000
Progetti di collaborazione con il Comune di Pisa		Popolazione del territorio	Daniela Giannelli		€ 5.000
Coordinamento di eventi di interesse nazionale gestiti dalla Direzione Aziendale	Realizzare eventi in linea con la strategia di valorizzazione dell'Azienda	Comunità scientifica, popolazione del territorio	Daniela Giannelli	durante il 2005	Spesa da determinare
Quaderni di aggiornamento	Fornire informazioni dettagliate a tutti i medici sulle attività del DIA - Un quaderno	Medici	Daniela Giannelli		Spesa da determinare
Produzione di materiale multimediale	Sviluppo e produzione di strumenti multimediali di promozione dell'Azienda e di singole eccellenze	Operatori interni ed utenti	Daniela Giannelli	durante il 2005	€ 7.000
Attività di pubbliche relazioni			Daniela Giannelli	durante il 2005	€ 3.000
Cartoleria			Daniela Giannelli		€ 2.000
					€ 34.000

Gli attori che hanno elaborato il Piano precedente (2005-2006) sono stati l'URP e l'Ufficio stampa, secondo la scaletta seguita: obiettivo strategico dell'Ente, analisi del contesto in funzione dell'obiettivo dell'Ente. Poi individuare quali fossero i *target*, le strategie, le azioni e gli strumenti, l'analisi dei risultati ecc.

Questa non è una cosa nuova, come dimostra uno schema semplice (2004-2006) delle esperienze anche dell'Emilia Romagna, di strutture sanitarie e non. Proprio lì vengono declinate in maniera precisa le schede di ogni singola attività, l'analisi del contesto, gli obiettivi ecc. Ogni obiettivo ha dei pubblici, esistono strategie per raggiungere i pubblici e ogni strategia ha dei contenuti. Una cosa fatta in modo abbastanza lineare dal punto di vista teorico, ma funzionale con anche dei risultati testabili pratici. È una teoria che deriva dalla pratica e non per la pratica.

Nella diapositive 1 e 2 osserviamo le schede del Piano di comunicazione, con le attività e gli obiettivi. Un esempio: prendiamo 'Pubblicazione Carta dei servizi'. L'obiettivo era l'aggiornamento della Carta, il *target*, rappresentato dagli utenti e anche dagli operatori della stessa Azienda, l'URP è il responsabile, il 2006 come tempo limite, la spesa prevista era di seimila euro. È tutto scritto e dal punto di vista pratico sono state declinate le azioni.

Ognuno aveva dei compiti ben precisi da raggiungere, con dei tempi definiti, dei responsabili e una previsione di spesa. Manca un po' la misurazione, ma diverse cose sono state fatte; una volta che si fa un prodotto bisogna vedere se è come lo ci si aspettava oppure no.

È normalmente più facile costruire indicatori di processo che di esito, ovvero, è più facile sapere cosa ho fatto io, di quanto l'effetto comunicativo abbia poi prodotto risultati nel tempo. Ma questo è scontato, come investire nella formazione del proprio figlio, questo non si può misurare, il ritorno lo si vedrà con il tempo.

È molto difficile, non esiste una sincronia delle risposte dal punto di vista relazionale e comunicativo, non è come in un sistema meccanico. Per esempio, nel caso di contatti sulla pagina *web*, quando si misura il numero delle pagine *clickate*, si sa quante sono, ma non si sa il perché. Ultimamente, per esempio, abbiamo visto che vengono *clickate* tutte le pagine della cosiddetta "Operazione trasparenza", migliaia di contatti, non so se di colleghi o per sempli-

PIANI DI COMUNICAZIONE

ce curiosità, ma non ha nessun senso, perché per un Ospedale se dovessimo dare un senso a quel *click*, dal punto di vista dell'assistenza, non potremmo prenderlo come *click* di accesso al nostro sito in generale.

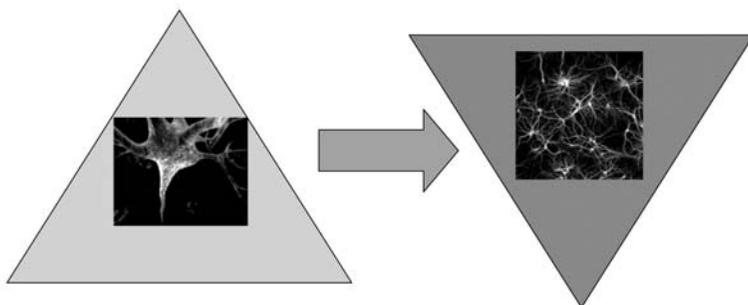
Gli obiettivi del prossimo Piano di comunicazione saranno tre, la partecipazione, l'accoglienza e l'immagine. La partecipazione, l'*empowerment* e tutto il resto vanno visti in pratica, perché il cittadino viene sempre messo al centro, bisogna poi vedere se veramente questa intenzione viene realizzata.

Uno degli aspetti centrali del Piano di comunicazione è il nuovo sito *web*. Questo avrà una pagina dedicata al cittadino e una all'utente interno, inteso come *intranet* sull'internet e ci saranno degli indicatori del Pronto Soccorso per sapere quanti codici ci sono in quel preciso momento. La terza parte riguarda l'immagine, gli operatori, il coordinamento e tutto il resto.

All'interno della pagina *web* abbiamo già una divisione dei compiti, l'URP si occuperà di informazione e orientamento di pubblica utilità, di tutela ecc., l'Ufficio stampa, invece del linguaggio, dei comunicati stampa, del filtraggio delle informazioni in uscita. Ognuno separatamente agirà sulla stessa pagina *web* inserendo delle informazioni, anche con la rete dei referenti, un sistema informativo interno.

Il Piano di comunicazione coinvolgendo varie unità operative ed i cittadini necessita anche di un cambiamento organizzativo indicato

Organizzazione



nella diapositiva 3 un cambiamento organizzativo da una struttura piramidale, verticistica, ad un sistema a “piramide rovesciata”. In realtà, si tratta di individuare le giuste connessioni neuronali fra tutti gli elementi dell’Azienda. Noi sappiamo già quali sono gli attori dell’Azienda, coloro che gestiranno le varie parti dell’aspetto comunicativo: sono prevalentemente l’URP, l’Ufficio stampa e la Direzione sanitaria, poi gli altri, il CUP, ecc.

Difficile sarà la misura e la verifica, interna ed esterna. È necessario individuare ed utilizzare indicatori interni ed esterni e i comuni strumenti statistici, i *reports* ed i *budget* nonché i *feed back* degli utenti.

Asl 1 Massa Carrara

Lia Laura Bruschi

Responsabile Ufficio relazioni con il pubblico

Giuseppe Battistini

Responsabile Ufficio relazioni esterne e marketing

A volte ci si chiede se i Piani di comunicazione, oltre che in teoria, abbiano un'efficacia anche a livello pratico e operativo.

A tal proposito per l'Azienda Us1 si è lavorato ad un Piano di comunicazione che risultasse utile, anche in sinergia con la linea indicata nel percorso del FORMAS. Il fine del nostro Piano è quello di riordinare la comunicazione all'interno della nostra Azienda, attraverso una strategia predefinita che possa portare ad una comunicazione etica ed efficace, sviluppando ad ogni livello le capacità di



analizzare e valutare le caratteristiche della comunicazione in atto, per poi, progressivamente, correggere gli aspetti negativi e sviluppare le valenze positive.

Questa strategia, fatta di obiettivi, strumenti e modalità organizzative, si muove in senso circolare e si propone di pianificare, programmare, progettare, valutare e verificare, fino ad arrivare a governare la comunicazione.

Si tratta di passaggi chiave, ad effetto *feedback*, che hanno un inizio e un ritorno.

Infatti, per risultare davvero utile, il Piano deve sapersi trasformare da strumento iniziale ad un vero e proprio processo comunicativo e per questo si è pensato ad un sistema di base, che abbiamo chiamato DNA della comunicazione.

Come il DNA contiene l'informazione genetica che permette a tutti gli organismi viventi di funzionare, crescere e riprodursi, il Piano di comunicazione dovrebbe contenere tutte le informazioni che



permettono alla comunicazione sanitaria di funzionare, crescere e riprodursi a seconda dei bisogni di salute degli individui. E come il DNA può subire dei mutamenti genetici in seguito a mutamenti di fattori esterni, costringendo l'organismo a cercare nuovi equilibri, anche il Piano può subire, nella sua applicazione sociale, cambiamenti e trasformazioni, costringendo la comunicazione sanitaria a cercare nuovi equilibri. Per questo motivo va continuamente monitorato.

Prima di passare all'operatività ci siamo chiesti: chi fa comunicazione all'interno dell'Azienda? O meglio, essa è affidata al primo comunicatore di turno o nasce da una strategia in grado di far arrivare il messaggio in modo corretto e coerente? Dopo un'analisi dello scenario interno si è evidenziato che alcune criticità potrebbero essere superate attraverso il potenziamento di alcuni fattori.

Condivisione

Un Piano di comunicazione all'interno di un'Azienda sanitaria necessita di una cura particolare, perché riguarda un diritto prioritario che è la salute del cittadino; tutti dovrebbero rendersi conto, soprattutto all'interno di un'Azienda sanitaria, che la comunicazione non è soltanto un problema dell'Ufficio relazioni con il pubblico o di un Direttore generale, ma deve riguardare tutti. Se ci sono ancora degli ostacoli che impediscono la comunicazione tra i settori è nostro compito rimuoverli se vogliamo fare sistema.

Stabilire dei requisiti essenziali

È fondamentale che ogni prodotto comunicativo risponda a dei requisiti essenziali, che insieme vanno a delineare l'immagine aziendale.

- *Riconoscibilità immediata*: ogni iniziativa deve essere immediatamente riconoscibile dai cittadini (a cominciare dal logo), in modo da poter comunicare l'identità dell'Azienda e la sua *mission*; ogni

evento specifico deve essere in sintonia complessiva con la cultura e i comportamenti che caratterizzano l'organizzazione nella sua globalità.

- *Contestualizzazione*: ogni evento deve essere coerente con le esigenze e i bisogni specifici dei cittadini del territorio e in sintonia con gli obiettivi aziendali e il Piano sanitario regionale
- *Coerenza comunicativa*: l'iniziativa deve essere conforme allo stile comunicativo aziendale, adeguandosi a colori, caratteri, toni e modalità di linguaggio stabiliti preventivamente.
- *Operatività*: l'iniziativa deve dare più rilievo all'operatività che alle persone che vi operano, evitando personalismi.
- *Valenza educativa*; oltre ad essere chiara e accessibile l'iniziativa deve avere una valenza educativa e non solo informativa.
- *Capacità di progettazione*: ogni iniziativa deve seguire una progettualità che comprende il bisogno a cui intende rispondere, gli obiettivi che vuole raggiungere, i pubblici a cui è rivolta, le azioni e gli strumenti di verifica che intende intraprendere.
- *Organicità*: ogni evento deve essere programmato in modo coordinato con gli altri eventi in campo, al fine di ridurre un'esaasperata produzione di informazioni.

Interazione tra i settori

Attraverso un'analisi dello scenario interno si sono elencati i settori che maggiormente sono preposti alla comunicazione: l'Ufficio relazioni con il pubblico, L'Ufficio relazioni esterne e marketing, l'UO educazione e promozione della salute. All'interno dell'Azienda, i settori non sono riuniti in un'Unità operativa complessa, ma afferiscono a livelli e scopi superiori diversi: sotto lo staff del Direttore generale sono collocati l'Ufficio relazioni con il pubblico e le relazioni esterne e *marketing*, mentre sotto lo staff del Direttore sanitario l'educazione e promozione della salute.

I tre settori, pur nella loro autonomia, creano una fattiva interazione per produrre messaggi che abbiano una convergenza culturale tale da soddisfare i bisogni informativi e comunicativi dell'utenza. Chiaramente la cosa non è improvvisata, perché i messaggi da vei-

colare all'esterno devono rispondere a quella che è la *mission*, lo scopo aziendale e ai principi contenuti nei Piani sanitari regionali.

Obiettivi comuni

Per fare in modo che la comunicazione dell'Azienda sia il risultato di una strategia predefinita e mai improvvisata, nel Piano abbiamo messo nel dettaglio le azioni da intraprendere. Gli operatori dei tre settori si incontreranno ogni quindici giorni, per definire gli strumenti operativi e costruire, a partire dall'Osservatorio dati regionale, degli indici di valutazione. Rilevare, tramite azioni di verifica e di consultazione, quali siano le carenze informative, ad esempio, attraverso il reclamo, vedere quali sono le mancanze, i disservizi e così via. Coinvolgere nei processi comunicativi le altre istituzioni locali, con la finalità di riuscire ad arrivare ad una cooperazione in rete tra gli URP del territorio, chiaramente su temi che riguardano tutti. Costituire una progettualità in base a specifici obiettivi per alcune tematiche attuali di maggiore interesse, cercando di conciliare i principi del Piano sanitario regionale con i bisogni territoriali. A Massa Carrara, ad esempio, abbiamo bisogno di sapere davvero se c'è una statistica alta di tumori dovuti a fattori ambientali o lavorativi e quindi è stata studiata una mappatura, per quantificare nel triennio la statistica dei tumori. Un altro punto basilare del PSR che abbiamo approfondito perché importante nel nostro territorio, riguarda la facilitazione della vita domotica ai disabili, attraverso un progetto che propone delle soluzioni tecnologiche adeguate da parte dei professionisti della riabilitazione.

Scelta dei contenuti

Deve essere conforme agli obiettivi autorizzati dalla Direzione. È poi compito dei tre settori, attraverso un continuo confronto, passare alle azioni. L'educazione e promozione della salute organizza l'attività all'interno delle scuole con il coinvolgimento di studenti, famiglie e insegnanti, il famoso "chi fa che cosa", con ruoli definiti e

sinergie. L'URP si occupa della creazione e diffusione di materiale informativo e di questionari di verifica ai cittadini. Le Relazioni esterne e *marketing* si occupano di far conoscere e coinvolgere nel progetto i media locali e le altre istituzioni. Il tutto chiaramente vede al centro il cittadino, che potrà partecipare attivamente al processo comunicativo, manifestando il proprio grado di soddisfazione.

È l'effetto *feedback*, retroazione, che abbiamo definito come *la capacità dei sistemi dinamici di tenere conto dei risultati del sistema per modificare caratteristiche del sistema stesso.*

Asl 3 Pistoia

Luciano Caccavale, Paolo Baldini
U.O. Assicurazione qualità e relazioni pubbliche

Sono necessarie alcune premesse relativamente al discorso del Piano della comunicazione. I precedenti Piani avevano delle grosse criticità, non nell'esposizione, ma nell'applicazione. Sembrava che fossero degli obblighi da attuare e nella migliore delle ipotesi, dei libri dei sogni. Abbiamo cercato di evitare questo tipo di criticità, si è cercato di trasformare il Piano della comunicazione da obbligo a necessità dell'Azienda. Il Piano di comunicazione non deve essere il momento burocratico dove l'Azienda deve dettagliare quelle che sono le azioni comunicative, ma deve rappresentare un punto di riferimento, un volano, un qualcosa di fondamentale, di fondante, della comunicazione aziendale.

Siamo partiti naturalmente dal Piano sanitario regionale, perché al suo interno ci sono dei punti che nella comunicazione individuano una strategia che tende a coinvolgere, in modo ricorrente, tutto il processo produttivo. Questo processo produttivo certamente deve favorire la condivisione delle scelte strategiche dell'Azienda, adattandola al sistema e relazionandosi con l'esterno. Secondo il Piano della sanità regionale, che naturalmente abbiamo fatto nostro, la comunicazione rappresenta un'attività rilevante per influire positivamente sugli stili di vita e per favorire la partecipazione, che ci è sembrata fondamentale per portare avanti i temi della comunicazione aziendale.

La nostra struttura coinvolge l'Unità operativa sistema qualità e relazioni pubbliche, all'interno c'è anche l'Ufficio stampa. Quindi, raggruppiamo insieme dei professionisti e degli argomenti che hanno una rilevanza basilare nella comunicazione aziendale.

Il Piano della comunicazione della Asl 3 si orienta verso obiettivi di riferimento gestionali, che secondo me sono fondamentali per la comunicazione: il sostegno del governo clinico, di cui si parla poco,

però certamente una comunicazione efficace deve sostenere il governo clinico aziendale. Dal nostro punto di vista, anche operativo, il governo clinico deve essere monitorato dalla comunicazione. Naturalmente poi, visto che abbiamo un rapporto stretto con la qualità, deve sostenere uno sviluppo del sistema della qualità finalizzato alla costruzione di una cultura gestionale, perché una delle cose fondamentali della comunicazione è di sviluppare una cultura della gestione aziendale, la Direzione deve avere ben chiari il punto e l'obiettivo comunicativo, proprio nella gestione dell'Azienda stessa, che naturalmente si aggancia al governo clinico. Lo sviluppo delle competenze relazionali del lavoro di *equipe* e comunicative, è fondamentale. Lo sviluppo di una cultura orientata all'utente, è un macro obiettivo importantissimo perché le Aziende sanitarie hanno una cultura dell'autoreferenza nella comunicazione stessa. Molto spesso si comunica per mostrare quanto si è bravi, ma non si ha l'abitudine ad una comunicazione rivolta all'utente, che invece è il centro della nostra strategia comunicativa e deve essere la parte fondamentale. Sostenere l'approccio per processi aumentando anche le competenze di autocura richieste dalle cronicità. Abbiamo un grande problema, l'aumento dell'età della popolazione. In tutte le Aziende sanitarie e a Pistoia in maniera importante, il *target* degli anziani sta aumentando, la comunicazione, relativamente ai problemi dell'autocura e quindi rispetto alla cronicità, per noi è molto efficace.

Parlando con la Direzione aziendale, prima di fare il Piano di comunicazione, abbiamo chiesto quali erano gli obiettivi, i punti strategici per l'Azienda, sui quali coinvolgere l'azione comunicativa. Abbiamo quindi sviluppato il Piano di comunicazione intorno a questi macro-obiettivi; il primo è la comunicazione al cittadino, non è cosa da poco, perché deve essere orientata attraverso obiettivi aziendali. Ogni azione comunicativa dell'Azienda deve avere il cittadino come punto di riferimento e deve essere strumento utile ad aumentare le sue conoscenze in ambito sanitario. Un cittadino informato e che conosce, sicuramente si cura meglio, il cosiddetto *empowerment* si riferisce a una persona che è informata sulle modalità di accesso a un servizio, ma che conosce anche il proprio stato di salute, il proprio stile di vita, aumentando le probabilità di curarsi.

La comunicazione istituzionale

Una delle cose che l'Azienda ritiene fondamentali è che la comunicazione deve provvedere all'applicazione di sistemi informativi di rete che coinvolgono altri Enti istituzionali e sviluppare un interscambio di modelli comunicativi rivolti alla cittadinanza. Il concetto di rete, importante anche se spesso abusato, deve essere reale, non si può sviluppare una rete sulla carta e non nella realtà. Per quanto riguarda un'Azienda sanitaria, il concetto di rete deve avere l'obiettivo di sviluppare e dare al cittadino informazioni utili dal punto di vista sanitario e il rapporto con gli altri Enti è importantissimo.

La comunicazione d'urgenza

Un tema non molto trattato, ma importante è che la comunicazione aziendale deve realizzare un forte interscambio operativo-funzionale tra le strutture che veicolano informazioni. All'interno della nostra struttura è l'Ufficio stampa che deve avere l'obiettivo di fornire all'esterno un'immagine coerente dell'Azienda, soprattutto nei momenti di criticità informativa. Tutti abbiamo avuto momenti di criticità, in cui l'Azienda veniva messa sotto accusa, ad esempio, per le liste di attesa, in quel momento la comunicazione detta d'urgenza deve essere coerente. Tutta l'Azienda deve saper trasmettere un'informazione che sia coerente, altrimenti il cittadino si disorienta, non tanto per evitare una brutta figura, ma perché deve avere la capacità di capire quello che gli si dice.

La comunicazione interna

La comunicazione aziendale deve sviluppare e approfondire strumenti e tecniche di comunicazione rivolte ad un pubblico interno, favorendo l'interscambio di esperienze e conseguente senso di appartenenza all'Azienda. Non è una novità che all'interno delle Aziende sanitarie o dei sistemi complessi non c'è comunicazione, non solo perché non si parla, ma esiste una cultura del lavoro fatta

in maniera tale che non c'è uno scambio di informazioni. Questo è l'obiettivo aziendale per cercare di favorire una migliore comunicazione interna.

La comunicazione e il *marketing* sanitario

In questo caso il concetto di *marketing* è inteso in maniera diversa rispetto ad un'Azienda privata, la comunicazione aziendale in questo ambito deve portare il cittadino ad interagire con i processi propri del *marketing*, in modo da trasformare l'Azienda stessa da produttore di servizi esterni alla collettività, in un soggetto ove la collettività alimenta, stimola e sostiene, perché lo avverte come suo patrimonio. L'Azienda deve sapersi vendere, nel senso che deve parlare al cittadino, che è lui stesso un azionista della struttura, in effetti tutti apparteniamo all'Azienda e siamo contemporaneamente fruitori e azionisti del servizio.

Abbiamo cercato di focalizzare questi macro-obiettivi su quello che per noi è importantissimo: il nuovo Ospedale. Secondo noi questa nuova struttura rappresenta un laboratorio fondamentale per l'applicazione di quanto detto in precedenza, che saranno poi i punti a cui tutti gli operatori dell'Azienda dovranno fare riferimento per fare Piani di comunicazione o progetti comunicativi. Abbiamo pensato di presentare l'esperienza che vogliamo fare sulla comunicazione dell'Ospedale nuovo, soprattutto per quanto riguarda l'Ospedale per intensità di cure. Nella nuova struttura ospedaliera questo nuovo modello organizzativo offre la possibilità di sperimentare tutto quello che è stato fin qui esposto.

Pensiamo di sviluppare il discorso con una serie di azioni con questi macro obiettivi: lo sviluppo di un nuovo sito aziendale con particolare riferimento all'utilizzo di *intranet*. Lo sviluppo di *intranet* per quanto riguarda l'Ospedale per intensità di cura è importantissimo, molto spesso la resistenza è interna su questo tipo di modello organizzativo. Lo sviluppo di punti informativi e territoriali realizzati grazie ai finanziamenti regionali, con particolare riferimento alla loro implementazione informatica. I punti informativi saranno il nostro riferimento informatico, quindi, aumentare le poten-

zialità informative dei punti che sono già in atto significherà dare al cittadino la possibilità di informarsi per quello che sarà il nuovo Ospedale per intensità di cura. Lo sviluppo dell'*empowerment* del cittadino per garantire segni di autocura della cronicità.

Il progetto ha affrontato queste esigenze tramite la realizzazione di percorsi di comunicazione. Percorsi che coinvolgeranno i diversi settori della società per il raggiungimento di obiettivi condivisi. Il discorso del Piano di comunicazione dell'Ospedale per intensità di cura lo svilupperemo attraverso percorsi di comunicazione, azioni che abbiamo già svolto e che continueremo a svolgere, sul tema del suo rapporto con il territorio. Un esempio riguarda quello che è stato fatto sulla Conferenza dei servizi del territorio per la comunità, dove questo argomento è stato trattato, per creare un patto di solidarietà in cui i soggetti coinvolti esplicitano i loro impegni attraverso momenti di condivisione, tipo la Conferenza dei servizi annuale. Questo ampio coinvolgimento della società permette inoltre di attuare interventi efficaci perché sinergici tra loro e consente lo sviluppo di una coscienza civile. La responsabilizzazione dei cittadini nei confronti della salute, propria e altrui, viene favorita tramite lo sviluppo di conoscenze e competenze da parte delle persone affinché siano in grado di compiere scelte consapevoli sui temi di salute, comprendendone e valutandone in modo autonomo i rischi e i benefici.

Il nostro concetto di comunicazione rispetto all'intensità di cura, al nuovo modello e al nuovo Ospedale, è quello di un massimo coinvolgimento dei cittadini attraverso varie azioni, quelle che possono portare l'individuo a conoscere gradualmente queste novità e contemporaneamente a farne un uso consapevole.

La nostra scheda, che daremo a tutti i macro livelli, ricapitola tutti i loro obiettivi comunicativi. Il motivo sta nel fatto che nel passato assistevamo ad un proliferare di schede di progetti comunicativi, a volte portate alla fine, in altre occasioni un po' prima, ma non c'era un monitoraggio. Quindi, abbiamo pensato di creare, all'interno di ogni struttura, un referente della comunicazione che potesse essere il nostro interlocutore relativamente a quelli che sono i processi comunicativi. Ogni macro-livello riceve questa scheda da distribuire ai propri collaboratori e responsabili di Unità operativa o

Unità funzionale, che dovranno compilarla e riconsegnarcela. Questa specie di visto da parte del Direttore dell'Unità operativa definisce se questo progetto è in linea con gli obiettivi del Piano. È un passaggio fondamentale rispetto a prima, perché in linea di principio non accettiamo e non condividiamo progetti di comunicazione che non siano in linea con il Piano ed i suoi obiettivi, per dare coerenza. Dopo questo, siamo a disposizione per dare il supporto tecnico e comunicativo a questi progetti, perché riteniamo che gli operatori della comunicazione debbano avere una professionalità specifica. A noi deve essere richiesta una competenza professionale relativamente alla comunicazione, naturalmente poi c'è la descrizione di quello che avviene.

Questo è il nostro obiettivo comunicativo, concetto dettato dal Piano sanitario regionale che secondo noi è fondamentale: promuovere l'informazione e favorire il dibattito tra esperti, operatori e cittadini, sul grado di rispondenza alle attese, sulla capacità di coniugare efficienza ed efficacia, di valorizzare la capacità professionale degli operatori sanitari e sviluppare la cultura sanitaria, questo deve essere l'obiettivo finale di un Piano di comunicazione. Un Piano non come obbligo, ma che deve obbligare l'Azienda a finalizzare le sue azioni attraverso obiettivi comuni, riteniamo che questa sia una delle cose fondamentali per l'Azienda stessa. Concludo con una frase che riteniamo interessante, *ci sono certi scrittori che riescono ad esprimere già in venti pagine cose per cui talvolta ci vogliono addirittura due righe.*

Azienda Usl 5 Pisa

Sonia Bortolotto

Unità Operativa Comunicazione e Relazioni esterne

Monica Cacelli

Ufficio relazioni con il pubblico

Per elaborare il Piano di comunicazione, nella nostra Azienda abbiamo messo a punto una procedura standardizzata, all'interno del processo di accreditamento. Tutto il lavoro sulla strategia viene elaborato mentre viene elaborato il Piano di comunicazione, in un periodo che va dai primi giorni di novembre fino a circa la fine di gennaio. All'interno della Usl 5, il Piano di comunicazione è una procedura ormai all'interno del processo di accreditamento. Una procedura che deve essere rigorosamente rispettata anche perché il processo di accreditamento è un elemento centrale nel governo della nostra Azienda, assieme al processo di *budget*.

Questa procedura è stata elaborata nell'arco di diversi anni a partire dal 2004 e le ultime messe a punto sono state fatte lo scorso anno, anche se gli aspetti più importanti e rilevanti, che abbiamo acquisito all'interno di questo Corso, potranno essere più concreti durante l'elaborazione della strategia.

La definizione del Piano di comunicazione nella nostra Azienda ha una sua specifica procedura, che, a partire dalla spinta e iniziativa dell'UO comunicazione, coinvolge prima la Direzione generale e lo *staff* e poi tutti le strutture operative dell'Azienda, le macro strutture con i Direttori dei due presidi ospedalieri, il Direttore del Dipartimento di prevenzione e le tre Società della Salute. Il nostro Piano di comunicazione prevede anche le attività di comunicazione delle Società della Salute, che sono inglobate all'interno del Piano per vari motivi, prima di tutto, la spesa. Fino a qualche anno fa il governo della gestione economica delle Società della Salute era a carico delle Usl. Noi abbiamo le Società della Salute strutturate che sono state tre fin dall'inizio, dalla fase sperimentale, nei primi due anni ci siamo duramente confrontati con queste Società e abbiamo istituito un referente della comunicazione delle SdS all'interno di ciascuna di

esse. Il Piano viene quindi elaborato dalla UO Comunicazione che poi è responsabile della sua realizzazione.

Il Dipartimento di prevenzione, via, via, sta diventando la fonte di comunicazione più importante per noi, sto parlando di attività di comunicazione, tendo a distinguere l'attività, dalla logica, dalla strategia del Piano di comunicazione perché questo per noi è un elemento abbastanza critico su cui cercheremo di lavorare quest'anno.

Vale a dire, abbiamo elaborato questa procedura e poi tutto il processo, con due finalità prevalenti, una è quella di governare la spesa, come già hanno fatto un paio di Direttori generali, tempo fa; questa Direttrice in modo particolare voleva avere chiarezza su quale fosse la spesa, visibile e trasparente, delle attività di comunicazione all'interno dell'Azienda.

Il Piano di comunicazione viene poi deliberato, con una cifra disponibile non soltanto assegnata in maniera precisa dalla Direzione all'inizio dell'anno, ma anche con le spese, che poi vengono rendicontate, di tutti i progetti che svolgono attività di comunicazione.

L'altra esigenza era quella di governare le varie attività di comunicazione, che a volte si sovrappongono con quelle della formazione. Governare queste attività vuol dire avere presente cosa viene svolto e che tutto abbia dei criteri e delle caratteristiche uniformi. Nel lavoro di questi anni qualunque foglietto, attività, convegno o iniziativa su una rete aziendale, deve avere la benedizione dell'Unità Operativa, che chiede autorizzazione al Direttore generale quando è necessario oppure se la cosa risponde a dei criteri ben precisi.

Come si svolge il processo

Vengono definiti gli obiettivi strategici dell'anno successivo da parte della Direzione. Questa è la fase su cui vorremmo lavorare nei prossimi tempi in modo tale che ci sia un lavoro davvero innovativo su questi aspetti e non soltanto prendere degli spunti dal Piano sanitario, piuttosto che dagli obiettivi del bersaglio MeS e metterli insieme. A ciascun responsabile di macro struttura, quindi, delle tre Società della Salute, del Dipartimento di prevenzione e dell'Ospedale, viene mandata una richiesta così che vengano segnalati tutti i

bisogni comunicativi di quel biennio oppure di quell'anno specifico. Le segnalazioni o richieste vanno dal cartello in cui le ostetriche hanno bisogno di segnalare un orario specifico, al convegno da organizzare, fino a una guida che deve essere preparata molto simile alle altre schede presentate, l'unico elemento di diversità da evidenziare è che noi chiediamo sempre che ci sia indicato un referente del progetto, sia l'indicatore e lo standard su quella specifica attività.

Come Unità operativa diamo un supporto nell'elaborazione della scheda, magari nel definire, pianificare la spesa e le attività. In questa scheda non si entra nel dettaglio, per noi però è importante che venga identificato il *target*, uno dei campi imprescindibili nella compilazione, insieme al referente. Dopo la raccolta delle schede, viene fatta una valutazione delle proposte, avendo un *budget* limitato, per essere finanziate direttamente dall'Azienda e viene poi rimandato un *feedback*, un lavoro svolto dal responsabile di macro area, che raccoglie le esigenze di tutte le Unità operative da lui governate. Viene poi deliberato il Piano di comunicazione, in base anche a tutto questo lavoro, viene inserito all'interno del *librone di budget*, poi viene diffuso e reso disponibile a tutti.

Come si svolge l'attività

L'Unità operativa ha due livelli, nel primo, cercando di governare le attività di comunicazione nell'organizzazione di un convegno, piuttosto che di una rete aziendale o nel preparare la guida per il broncospasma, viene fatto un lavoro di consulenza. Nelle guide e nel materiale che va all'esterno, viene anche fatta una riedizione del testo, in modo tale che non ci sia un linguaggio troppo specialistico. Questo tipo di attività di consulenza la svolgiamo prevalentemente dove il responsabile dell'attività non è la nostra Unità operativa; nel caso contrario, chiaramente viene svolto tutto quello che è necessario dall'inizio alla fine.

All'interno dello *staff* è stato istituito un ambito, dove vengono raggruppate le Unità operative per area di attività. L'ambito, che si chiama "Comunicazione e qualità", comprende l'Unità operativa bioetica, ma anche educazione alla salute, formazione, qualità e ac-

credito, comunicazione e relazioni esterne e l'URP, che sta all'interno dell'Unità operativa qualità e accreditamento. Questo ambito fa un lavoro sinergico, nel senso che il lavoro viene fatto costantemente insieme, abbiamo delle riunioni di ambito almeno una volta ogni due mesi, in cui vengono condivise tutte le attività svolte, dall'accREDITamento, dall'educazione alla salute, dall'URP e dalla Unità operativa comunicazione e relazioni esterne. Viene quindi fatto un lavoro dove tutti seguono le attività che vengono svolte, considerando che l'Unità operativa qualità e accREDITamento e l'URP hanno un ruolo aziendale anche di ascolto particolarmente strategico e quindi spesso possiamo intervenire e arrivare anche nei punti più periferici dell'Azienda. L'URP ha istituito anche una rete dei punti informativi all'interno di tutte le strutture e dei presidi aziendali, dove una persona è dedicata a fornire informazioni, avendo a disposizione non solo l'accesso alla rete ma anche il materiale che produciamo noi e la Regione. Uno degli elementi più critici per noi è quello che tutti i punti informativi abbiano il materiale informativo fisico. È stato fatto anche a loro un corso di formazione perché gli addetti abbiano gli elementi per gestire i momenti informativo-comunicativi. All'interno dell'Azienda esistono diverse reti, quelle aziendali da noi sono state istituzionalizzate all'interno del Regolamento e prevedendo anche piccoli incentivi, più che altro simbolici. Esistono molte reti aziendali, quelle della formazione, dei punti informativi, dei preposti, la rete della *privacy*, della sicurezza. Diverse reti aziendali sono per noi una scommessa perché queste reti funzionino e all'interno di queste, la comunicazione funzioni. È stato istituito anche un Gruppo, che noi chiamiamo "dei mentori", di circa cinquanta persone che hanno seguito più di 100 ore di formazione, che dovrebbe svolgere delle attività di comunicazione interna, anche se questa è sicuramente una parte particolarmente delicata a su cui stiamo lavorando proprio in questo periodo.

Il nostro Piano di comunicazione è organizzato in sei parti. Nella prima parte, elaborata dalla Direzione aziendale e dallo *staff*, dove possiamo trovare i progetti aziendali, l'analisi e quindi le azioni che vengono elaborate in base e in funzione del bersaglio MeS e anche in quanto previsto dal Piano sanitario. Lo sforzo che cercheremo di fare è quello di elaborare veramente una strategia che si basi sui tre

punti di riferimento, ma anche sulle logiche e le strategie che l'Azienda e lo staff portano avanti o a cui sono particolarmente sensibili.

Dove ci avviamo a elaborare qualcosa di molto specifico è la comunicazione interna, anche sulla scorta delle indagini di clima interno che abbiamo svolto negli ultimi anni, abbiamo visto che è un elemento particolarmente critico. Abbiamo provato a fare le cose più strane e stravaganti, tipo concorsi fotografici interni, cineforum aziendale e cose di questo genere, che non hanno poi riscosso tantissimo successo, ma il passare dal fornire informazioni al comunicare è un elemento particolarmente critico e difficile. Nello sforzo che abbiamo fatto nel passare informazioni, il nostro elemento cardine è stato rappresentato da due componenti, una è la continua trasformazione della *intranet* aziendale, che vuole diventare un bacino di informazioni determinato, sicuro e aggiornato, che le Unità operative aggiornano autonomamente. Per diffondere e spingere all'uso di questo strumento abbiamo fatto interventi in quasi tutti i corsi di formazione segnalando l'esistenza della *intranet*. Una parte del materiale, fornito anche dalla Direzione, viene messo soltanto nell'*intranet*, in modo tale che di lì ci si debba comunque passare, non soltanto per usare il *software* e gli applicativi aziendali usati dalle varie Unità operative, ma anche nella direzione del raccogliere informazioni.

Un altro aspetto riguarda la segnaletica e il decoro. Indubbiamente spinti dal cambio del logo, motivati da questa esigenza regionale, in realtà, abbiamo problematiche anche più sottili, dalla bacheca interna a quella per gli utenti, a quale materiale è indispensabile che venga inserito in bacheca. Abbiamo procedure aziendali che definiscono esattamente cosa ci deve essere in una bacheca, eppure non è che non ci sia, ma sta al terzo strato di fogli sovrapposti, l'idea sarebbe di metterci mano in maniera un po' più concreta e verificare in modo costante.

Identificare poi i punti critici del bersaglio, questo sarà un lavoro della Direzione, le attività più critiche e cercare di attivare momenti di comunicazione interna e esterna, a seconda delle esigenze e delle specificità.

Le altre cinque parti del Piano invece sono divise tra il Dipartimento di prevenzione, le tre Società della Salute, gli Ospedali. Noi abbiamo (anche questo è stato un lavoro faticoso e forse vedremo se lo abbiamo raggiunto quando avremo la verifica di *budget*) definito come misurare all'interno del *budget*, nelle specifiche Unità operative, il raggiungimento dell'obiettivo, vale a dire se è stata svolta l'attività di comunicazione. Se poi l'attività di comunicazione sia stata efficace o meno è tutto da valutare. Il problema della valutazione degli effetti della comunicazione, come del resto anche della formazione, è un argomento molto delicato, difficile da risolvere anche sul piano teorico.

Nelle specifiche Unità operative vengono assegnati gli obiettivi che ci hanno segnalato come attività all'interno del Piano. Una cosa interessante che stiamo ancora avviando, sempre sull'attività della comunicazione interna, è il tentativo di integrare il Piano di comunicazione, il Piano di formazione e il Piano di educazione alla salute, ovvero, identificare le macro attività simili dove i momenti, le attività, si sovrappongono o sono consequenziali l'una all'altra. Quest'anno abbiamo quindi provato a fare il primo faticoso tentativo di un Piano integrato.

Usl 7 Siena

Rosa Franca Cigliano

Direttore generale del Diritto alla salute e Politiche di solidarietà

Roberta Caldesi

Unità operativa Comunicazione

Il primo Piano di comunicazione dell'Azienda risale al 1998, con un progetto che riguardava la "costruzione" degli strumenti di comunicazione, in particolar modo la seconda edizione del sito *web*. Bisogna però fare una premessa: che non c'erano in questo senso investimenti. Da non dimenticare che la comunicazione è un po' "l'ancella" rispetto alle priorità nelle Aziende sanitarie, probabilmente perché non è ben compresa l'importanza dei processi comunicativi all'interno dell'organizzazione. A quell'epoca, comunque, c'era attenzione da parte della Direzione perché si capiva, che in quella fase particolare del processo in cui per la USL7 si veniva a realizzare un'Azienda strutturata in quattro forti zone Distretto dal punto di vista organizzativo, bisognava in qualche modo realizzare l'unità dell'Azienda pur avendo queste grandi forze di rapporto tra Sindaci e autonomia di delega con i Responsabili di zona, da parte della Direzione generale. Di fatto veniva fuori una sola Azienda e non quattro e questo poteva essere ottenuto solo attraverso la comunicazione.

Gli strumenti di comunicazione serviti da collante sono stati *intranet* e in seguito il sito *web*, se pur con i *software* dell'epoca e senza nessun investimento economico. Con il primo Piano biennale 2000-2001 è stato strutturato un Piano di comunicazione strategico partendo dall'analisi dello scenario, degli attori del sistema, prevedendo interventi sia di comunicazione interna che esterna, e tenendo conto del grande cambiamento organizzativo che avveniva in quel periodo: la chiusura di 13 Ospedali di paese e l'apertura di 2 monoblocchi territoriali.

Il Piano di comunicazione 2000-2001 della Usl 7 è stato piuttosto importante, descriveva quali sono gli strumenti messi a sistema con gli obiettivi effettivi di comunicazione, interna ed esterna, ma so-

prattutto era basato sulla strutturazione degli strumenti a sistema e coordinati tra loro: intranet, sito *web*, il giornale periodico della Usl e tutti quelli definiti “ad hoc” che in qualche modo andavano a descrivere le attività rivolte al cittadino e quindi la Carta dei servizi.

Le precedenti edizioni del Piano di comunicazione aziendale

- Progetto di comunicazione istituzionale : anno 1998
- Primo Piano di comunicazione aziendale: anno 2000-2001
- Secondo Piano di comunicazione aziendale 2002-2004
- Terzo Piano di comunicazione aziendale 2005-2006
- Relazione sugli interventi del Piano di comunicazione a tutto il 31 luglio 2006

La metodologia

Analisi dello scenario (dai principali documenti regionali e aziendali: Legge sistema sanitario regionale, Piano sanitario regionale, progetti di sviluppo autonomi, relazione sanitaria etc)

Individuazione degli obiettivi di comunicazione aziendale e di sistema

Riunioni di condivisione con i referenti di singoli progetti sanitari per l'individuazione degli obiettivi di comunicazione degli stessi (progetti)

Elaborazione Piano di comunicazione (parte introduttiva descrittiva degli scenari, elaborazione schede di progetto, condivisione schede con i responsabili) e redazione documento allegato agli obiettivi di budget

dott.ssa Roberta Caldesi USL7

Metodologia

Il 31 luglio del 2006 sono venuta via dall'Azienda Usl 7 di Siena, mi era sembrato giusto lasciare alla Direzione una relazione con tutti gli interventi effettuati, quindi il punto della situazione sul Piano della comunicazione, un modo per dare continuità alle azioni che avevamo intrapreso. Dopo due anni sono tornata e chiaramente ho dovuto dar vita alla sesta edizione del sito web, che nel frattempo non era stato aggiornato e che comunque aveva problemi di accessibilità rispetto alla legge Stanca. Visto che l'obiettivo era anche di attivare servizi interattivi con il cittadino, bisognava in qualche modo lavorare sulla struttura, dando priorità ai due strumenti base del sistema di comunicazione dell'Azienda, intranet ed il sito, che sono stati completamente rifatti. Tra l'altro, nel caso del sito web, anche su indicazione

della Regione Toscana, si è cercato di dare un coordinamento di immagine inglobando i piccoli siti satellite che nel frattempo sono venuti fuori: “Infofumo” legato al tema delle dipendenze e quello del Laboratorio di sanità pubblica, struttura di riferimento per l’Area vasta, in questo momento in fase di *restyling* per l’accessibilità.

Lo scenario organizzativo della sanità toscana è di nuovo in cambiamento. A breve uscirà il sito della Società della Salute della Valdichiana senese quale prototipo anche per le altre SdS che sono state realizzate in provincia di Siena.

Anche questa volta quindi c’è stato un forte lavoro sugli strumenti, però contemporaneamente è proseguita l’analisi dello scenario, con la lettura dei principali documenti regionali e aziendali e delle delibere che ne derivano, per l’attuazione del Piano sanitario regionale. Da qualche anno non c’è più il Piano attuativo locale, mentre i primi Piani di comunicazione aziendali ne tenevano conto, oggi il quadro di riferimento è fatto dai PIS e dal Piano sanitario regionale. Gli interventi di comunicazione, vale a dire i singoli progetti, sono entrati anche a far parte degli obiettivi di *budget* delle varie Unità operative. Dietro all’analisi dello scenario (compresa la nuova legge regionale che in qualche modo destruttura il sistema perché va a realizzare nuovi soggetti, come le Società della Salute o gli Ospedali in rete e nello stesso tempo anche tutto il discorso relativo agli ESTAV, che non sono Consorzi a sé, ma si interfacciano con le Aziende sanitarie soprattutto in processi di comunicazione organizzativa), con diverse riunioni, si stanno cercando di individuare gli obiettivi di comunicazione aziendale, ma anche di sistema, proprio perché si deve lavorare con questi nuovi soggetti.

La metodologia è quella delle riunioni di condivisione con i referenti di singoli progetti sanitari e non solo, anche di quelli che riguardano l’implementazione organizzativa di questi nuovi soggetti, come la Società della Salute, per individuarne gli obiettivi di comunicazione. Non è banale, perché la legge dice che le Società della Salute non devono avere duplicazione di funzioni e in qualche modo devono allinearsi alle attività della Usl. Sarà una bella sfida, sulla quale non è che la comunicazione non può esserci, soprattutto nel caso dell’Azienda di Siena che parte da esperienze molto lontane.

Il Piano di comunicazione, oltre ad avere una parte introduttiva



Esempio di scheda di progetto

SCHEDA N. _____

PROGETTO	Campagna informativa sull'uso corretto dei servizi gestiti dal sistema Siena 118
OBIETTIVI e ATTORI COINVOLTI	<p>Obiettivo. Fornire una corretta informazione per tutte e tre i settori di attività gestiti dal sistema Siena 118: emergenza urgenza, trasporto sanitario ordinario e continuità assistenziale.</p> <p>Intervento. Studio del messaggio in due fasi, da utilizzare sia in spot radiofonici che in manifesti. Studio grafico di una vignetta o fumetto da inserire nei due manifesti, in internet, sul periodico aziendale.</p> <p>Interventi di comunicazione interna (medici di Medicina generale, Presidi sanitari, Distretti, etc), secondo iniziative da concordare con il responsabile.</p>
COSTI	Per l'intera realizzazione della campagna si ipotizzano circa Euro 12.000
DURATA	Sei mesi
FINANZIAMENTO	da trovare nel Bilancio aziendale - comunicazione
FEED BACK	Misurazione del numero di telefonate dei cittadini con domande " non appropriate" dopo la campagna

e descrittiva degli scenari, elabora delle schede di progetto che vengono condivise con i responsabili, dove sono individuati: il progetto, gli obiettivi, gli attori coinvolti, i costi, la durata del progetto, il finanziamento e anche gli indicatori di *feedback* rispetto al progetto di comunicazione.

Le previsioni 2009-2010 nell'analisi dello scenario

Intanto le *modifiche di sistema*: Area vasta, ESTAV, Società della Salute, Azienda UsI, Ospedali in rete, chiaramente questo ci pone il problema di essere ai tavoli. Tra l'altro sul discorso Area vasta, ESTAV, ho già presentato al Direttore amministrativo un progetto di sistema che mi auguro dovrà essere condiviso sul tavolo dell'Area vasta. Per quanto riguarda la Società della Salute ho già aperto il tavolo con i responsabili e anche con quelli che potranno essere i futuri responsabili delle altre tre SdS.

Sicuramente ci sono anche dei progetti nuovi puramente azien-

dali, comuni un po' a tutti: il CUP di Area vasta, che nella Usl 7 è partito, dove c'è molto da lavorare in termini di comunicazione.

La Carta sanitaria, chiaramente su questo siamo il braccio lungo della Regione. È un progetto regionale molto importante, quindi siamo al tavolo insieme all'ICT, proprio come URP e come comunicazione, per la buona riuscita di questa operazione.

La riorganizzazione del Pronto Soccorso, anche qui abbiamo partecipato a delle riunioni a livello regionale, c'è tutto un discorso di umanizzazione e di accoglienza che ci vede in prima linea, come nella formazione degli operatori.

C'è da dire che quello che si fa a Siena non è esportabile. Proprio l'analisi dello scenario locale e dell'organizzazione devono fornire le indicazioni su come fare un progetto di comunicazione attinente e vincente. Per quanto riguarda la riorganizzazione del Pronto Soccorso della Usl 7, ci sono due Ospedali che strutturalmente sono completamente diversi. A maggior ragione, rispetto alle risorse umane che devono poi fare accoglienza, dovrò partecipare al tavolo della riorganizzazione di questa "accoglienza", che sviluppa momenti "comunicativi" con l'utenza molto importanti. Tavolo, con la parte infermieristica e medica, dal quale verranno fuori due modelli diversi in due Ospedali diversi, fermo restando invece che i contenuti delle azioni vere e proprie di comunicazione, ad esempio, quello che sarà divulgato nei video, saranno uguali per tutti.

L'Ospedale per intensità di cure. È un grande progetto che riguarda la comunicazione interna e la condivisione. Tra l'altro questa esperienza l'ho vissuta nell'Ospedale di Careggi quando c'è stato il passaggio dal modello per padiglioni a quello per intensità di cure. Per quanto riguarda l'Azienda di Siena è completamente diverso perché ci sono tre Ospedali territoriali, anche questi, sia per struttura, che in alcuni deve essere aggiornata per passare all'intensità di cure, che per cultura, presentano difficoltà che chiaramente potranno essere superate anche attraverso un progetto di comunicazione interna, di condivisione.

Gli Ospedali in rete, la Sanità di iniziativa e il "Chronic Care Model". C'è un progetto interessante che riguarda il "paziente esperto". Dopodiché si parla di tutto il mondo della prevenzione, supportato dal Dipartimento di prevenzione, anche in questo caso sono

stati creati dei referenti della comunicazione che sono stati opportunamente formati per essere efficaci nelle azioni di comunicazione in questo senso, fermo restando che alcuni progetti sono regionali e in qualche modo vengono realizzati di riflesso.

Sugli obiettivi previsti negli strumenti di programmazione di sistema, ci sono da esaminare: il Piano di Area vasta, da verificare se esiste, il Piano attuativo locale, che alla fine sarà la sintesi dei PIS (Piani Integrati di Salute), i progetti aziendali e interaziendali di prevenzione e di sanità pubblica. Una cosa nuova per l'Azienda di Siena, ma ci si lavora da tanti anni, è rappresentata da tutti i progetti di sviluppo della qualità in ambito aziendale.

La *certificazione EMAS* ormai c'è da diverso tempo, qui la comunicazione è il 70% e andrà ripresa in maniera molto importante, soprattutto a livello interistituzionale, visto che a Siena questa certificazione, oltre alla Usl 7, ce l'hanno anche la Provincia e altre Aziende.

La *certificazione ISO 9001* del Dipartimento di prevenzione: in questo caso è emersa un'interessante procedura operativa sulla comunicazione, in qualche modo, interdipartimentale.

La *certificazione ISO 9001* del Laboratorio analisi. Un laboratorio è certificato da quattro anni e un altro sta per esserlo, la comunicazione di sistema anche qui è piuttosto importante.

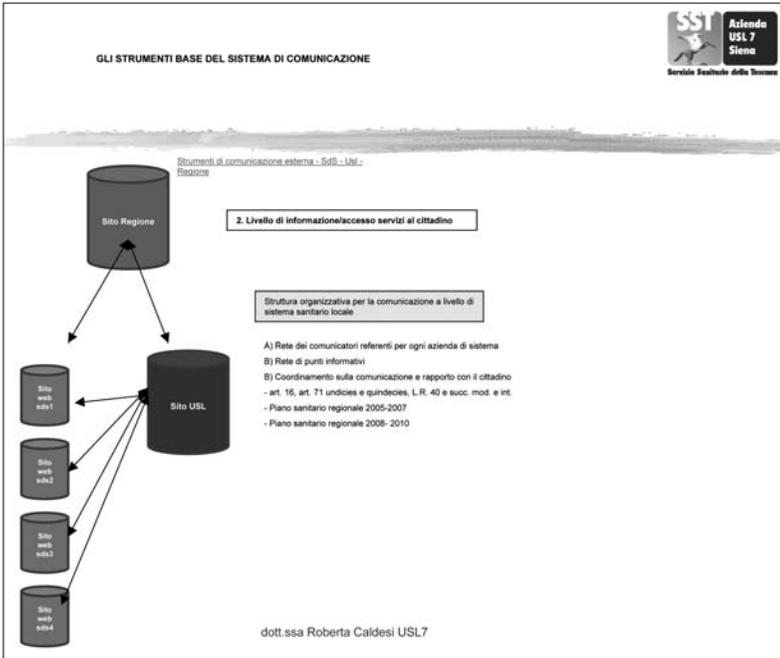
La *certificazione EFQM* dovrebbe essere ottenuta i primi di novembre con la visita della Commissione, anche in questo caso è già in atto un discorso di condivisione dei processi attraverso riunioni con i dipendenti e così via. Chiaramente si tratta di interventi minimali, ma anche qui si dovrà fare una progettualità in questo senso.

Gli obiettivi di comunicazione dell'Azienda Usl 7

Avviare il processo per la realizzazione del sistema di comunicazione interaziendale, che è un obiettivo di Area vasta da condividere.

Consolidare gli strumenti di comunicazione su base web e differenziarli secondo le esigenze identificative aziendali, Usl e SdS, in maniera integrata e tale che il cittadino non si perda, una criticità da tenere presente, implementando servizi interattivi.

PIANI DI COMUNICAZIONE



Avviare processi inclusivi di partecipazione, che nell'Azienda di Siena sono molto deficitari.

Associazioni di volontariato sociale e terzo settore, Associazioni di tutela, nell'Azienda di Siena sono presenti sul sistema 118, manca il contatto con Associazioni di volontariato sociale, come la Avo e l'Acquario, con le quali si sono già aperti dei tavoli di collaborazione.

Avviare una collaborazione attiva con i referenti della comunicazione dei Comuni della Provincia di Siena, di cui è stata fatta la mappatura completa, anche degli addetti-stampa. Si vedrà di mandare i comunicati e le notizie della Usl 7, non solo sul sito, ma anche in modo che possano essere ripetuti sui loro strumenti di comunicazione, perché, ad esempio, se c'è da mandare una notizia sull'H1n1 è giusto che questa appaia con la nostra firma sul giornale del Comune che va a tutte le famiglie.

Realizzare un sistema integrato di strumenti di comunicazione al servizio delle campagne di educazione alla salute e di informazione sui servizi sociosanitari, con strumenti “ad hoc” che siano efficaci, tenendo conto di tutto quello che ha già fatto di importante la Regione, tipo la Carta dei servizi, che adesso è in distribuzione in tutte le famiglie.

Consolidare il rapporto con i referenti dei principali mezzi di comunicazione di massa su base provinciale, sono già state avviate delle trasmissioni televisive grazie all’ottima collaborazione con i giornalisti, che richiedono materiale e persone da intervistare su determinati problemi. Al momento la collaborazione è con due emittenti televisive e diversi quotidiani, su argomenti di attualità, di salute pubblica, di riorganizzazione di servizi e così via.

Mettere a regime il sistema di comunicazione interno aziendale, che diventa un problema con la creazione delle Società della Salute, con *intranet* e le *newsletter* ai dipendenti. Con il cambiamento del sistema di posta, che era un problema grossissimo nell’Azienda, c’è la possibilità, con “*one man, one mail*”, di inviare *newsletter* a tutti.

Sviluppare un sistema di comunicazione efficace tra Azienda, medici di Medicina generale e pediatri di libera scelta, anche questo attivato, è un tavolo che si è reso necessario, in qualche modo è già stato collaudato. Si sta studiando un sistema integrato su base CRM, in maniera tale che le informazioni arrivino a tutti i MMG in tempo reale, secondo le loro organizzazioni, fax, posta elettronica, posta tradizionale, sms.

Lavorare sulle community professionali di Area vasta. Su questo c’è un progetto con gli psichiatri.

Queste sono le grandi scommesse della Usl 7, alcune di queste probabilmente si protrarranno nel tempo, altre raggiungeranno gli obiettivi entro il 2010, ma comunque si tratta di progetti che sono tutti partiti. Chiaramente quando si andrà a redigere il Piano ci saranno le premesse, con la sintesi degli obiettivi raggiunti in termini di strutturazione degli strumenti e del sistema di comunicazione aziendale, una parte con l’analisi dello scenario, gli attori del sistema e i ruoli. L’analisi degli strumenti di comunicazione è a disposizione con il loro stato di avanzamento e le prospettive, le scelte strategiche e la redazione delle scale di progetto, con i tempi di realizzazione e i *feedback*.

Asl 9 Grosseto

Lina Senserini

Responsabile Ufficio stampa

Premetto che quello che sto presentando è una bozza, perché il Piano di comunicazione, elaborato durante l'estate 2009, è ancora all'attenzione della Direzione aziendale. È stato visto dal Direttore amministrativo e dal Coordinatore di *staff* aziendale, che ne hanno dato un giudizio positivo. Aspettiamo di acquisire le eventuali proposte del Direttore sanitario e poi l'approvazione del Direttore generale prima di discuterlo con i macro livelli.

Trattandosi di una bozza, anche la presentazione sarà molto sintetica. Come gruppo di lavoro – composto dalla dottoressa Manuela Morini, responsabile dell'Unità operativa Assicurazione, Qualità e Relazioni esterne (che avrebbe dovuto oggi presentare il Piano, ma è impegnata in un altro incontro in Regione), la dottoressa Monica Mandanici, responsabile dell'Urp aziendale e la sottoscritta, responsabile dell'Ufficio stampa – siamo partiti distinguendo la comunicazione interna da quella esterna e dividendo quest'ultima in informazione, comunicazione ai cittadini e comunicazione istituzionale. La comunicazione interna è stata lasciata momentaneamente in sospeso, perché questa è una area assai complessa, una nota dolente, mi pare di capire, anche per altre Aziende.

Altra premessa. Ho iniziato a lavorare per la Asl di Grosseto come responsabile dell'Ufficio stampa a febbraio 2009. Prima di questa data l'ufficio era composto da un solo addetto, con un contratto ed orari diversi dai miei e che quindi aveva dato un taglio differente alla gestione dell'Ufficio. Avendo rafforzato la struttura, stiamo lavorando per potenziare le attività di comunicazione e coordinare meglio i diversi aspetti che la compongono.

Piano di Comunicazione 2009 - 2010

*Senza comunicazione non vi può essere
conoscenza e senza conoscenza non vi possono
essere trasparenza e partecipazione*
(Manifesto della Comunicazione Pubblica in Italia, novembre 2005)

Abbiamo aperto la presentazione con la frase *senza comunicazione non vi può essere conoscenza e senza conoscenza non vi possono essere trasparenza e partecipazione* perché l'elemento che più è balzato agli occhi dall'analisi del contesto è la necessità di aumentare la capacità di partecipazione, proprio partendo da una comunicazione più efficace. Parliamo, naturalmente, degli operatori della sanità, non tanto delle persone a cui ci rivolgiamo. Ragione per cui il Piano dovrà essere condiviso al massimo possibile con gli operatori dell'Azienda, per coinvolgerli e per far capire loro l'importanza della comunicazione e dell'immagine coordinata dell'Azienda. A nostro avviso questa cosa è fin qui mancata, come probabilmente anche in altre Aziende.

Tra l'altro l'Asl di Grosseto ha caratteristiche dalle quali non è possibile prescindere per un buon Piano di comunicazione: è l'Azienda più grande e più importante del territorio, quella in cui lavorano il maggior numero di dipendenti, circa 3 mila persone. È la realtà più significativa sul piano professionale e lavorativo della provincia di Grosseto. Da noi, infatti, non ci sono grandi industrie. La nostra è una realtà economica, sociale e territoriale, particolare. Ci sono grandi distanze, non soltanto fisiche o geografiche, ma anche culturali, tra alcune aree della Maremma ed altre. Di questo un'Azienda non può non tenerne conto, sia nell'erogazione dei servizi sanitari che nella comunicazione.

PIANI DI COMUNICAZIONE

A questo proposito occorre aprire una parentesi sulle Società della Salute (al momento ce ne sono due e una in via di definizione), con le quali, per ora, è mancata una comunicazione coordinata. I nostri sforzi andranno in questa direzione, nella consapevolezza che c'è molto lavoro da fare.



In questa diapositiva abbiamo sintetizzato i principi fondanti su cui abbiamo lavorato per dare contenuti al Piano di comunicazione a partire dalla normativa nazionale e dagli obiettivi del Piano sanitario regionale. Partendo da questo, dai valori e dai principi dell'Azienda, abbiamo cercato di sintetizzare nel concetto di "centralità/partecipazione del cittadino", "uso efficiente e sostenibile delle risorse", "qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure" quelli che riteniamo essere gli obiettivi generali della Asl. In questo contesto il Piano di comunicazione diventa lo strumento per dare la massima diffusione possibile in rete alle nostre attività e servizi.

Tra l'altro devo fare un inciso: dal primo aprile 2009 sono cambiati i vertici aziendali, con un nuovo direttore generale, il dottor Fausto Mariotti, che ha successivamente nominato un nuovo direttore sanitario, il dottor Danilo Zuccherelli, ed amministrativo, il dottor Francesco Ghelardi. È ovviamente cambiata anche la strategia di comunicazione.

L'organizzazione della comunicazione al momento è la seguente,

in attesa che venga varato il nuovo regolamento: l'Unità operativa Assicurazione, Qualità e Relazioni esterne, che diventerà una più generica 'Comunicazione', al cui interno ci sono l'Urp e l'Ufficio stampa. Ovviamente con le diverse competenze di ciascuna di queste strutture: l'Ufficio stampa si occupa dell'informazione e dei rapporti con i media, l'Urp cura i rapporti con i cittadini e si occupa di comunicazione. Nel caso dell'Ufficio stampa l'attività principale è curare i rapporti con i media, ma in stretta collaborazione e sinergia con tutte le altre attività di comunicazione. A questo proposito c'è da dire che la stampa rivolge sempre una grande attenzione a quello che accade all'interno delle Asl, soprattutto agli aspetti negativi che fanno più *audience*. Invertire questa tendenza è uno degli obiettivi che ci siamo dati.



Nell'elaborazione del Piano, siamo partiti dall'analisi del contesto, che è stato indubbiamente l'aspetto che ha richiesto più tempo. Abbiamo analizzato il contesto territoriale, aziendale, sanitario e sociale, per arrivare ai punti critici della comunicazione interna ed esterna dell'Azienda. In questa fase è stata utile la lezione di Walter Passerini, che ci ha dato l'idea dell'ascolto strategico e della condi-

visione dei contenuti. E infatti, abbiamo fatto azione di “ascolto” con i macro livelli, le macro strutture, il comparto; abbiamo cercato di capire quali fossero i problemi maggiori che emergevano nella comunicazione e soprattutto nella complessiva – e complessa – gestione della comunicazione. Ciò che emerso è stato inserito nel Piano come obiettivo, cui si è aggiunto quello più generale di coordinare meglio l’immagine aziendale, “essere sull’informazione”, lavorare di più e meglio sull’accoglienza. Per informazione, del resto, non si intende soltanto quella che avviene attraverso l’Urp, la stampa, la produzione di materiale informativo, ma anche quella “diretta” attraverso l’accoglienza, il Cup, il numero verde, i vari *front office* che hanno il rapporto più diretto e stretto con il cittadino e che spesso sono il primo punto di accesso all’Azienda. Per questo sono anche un elemento strategico della comunicazione e dell’immagine aziendale.

È capitato, purtroppo, che la “cattiva” comunicazione da parte di un operatore, che magari in quel momento aveva altro da fare o che non ha avuto la pazienza di ascoltare, sia stata all’origine di reclami e segnalazioni. Ci confrontiamo continuamente con problemi di questo genere. Proprio per questo, nel Piano abbiamo previsto corsi di formazione dedicati agli operatori dell’accoglienza e della comunicazione in generale: Urp, *front office*, numero verde, Cup, accoglienza e tutti coloro che sono il punto di contatto del pubblico con l’Azienda dovranno essere oggetto di una formazione professionale attenta, in maniera che si possa recuperare anche questo aspetto molto critico.

Successivamente all’analisi del contesto e all’ascolto, abbiamo descritto gli obiettivi e le azioni che vogliamo raggiungere con questo Piano. Infine abbiamo chiuso con alcune “schede sinottiche”, vale a dire progetti e azioni per i quali abbiamo formulato caratteristiche tecniche, indicazioni sui tempi di realizzazione e risorse, soprattutto umane e finanziarie. Al momento non sappiamo quanto verrà assegnato alla comunicazione ed abbiamo previsto di inserire la comunicazione come obiettivo nelle schede di *budget*.

Per quanto riguarda gli obiettivi del Piano, siamo partiti da “continuità, trasparenza e correttezza, dell’informazione interna ed esterna”. Qui dentro c’è tutto: significa utilizzare tutti gli strumenti



che abbiamo a disposizione e che abbiamo messo nel Piano, lavorare sui servizi che la Asl offre, lavorare sui cambiamenti che sono in atto: ad esempio l'Ospedale per intensità di cure; il nuovo Pronto Soccorso, un importante investimento che ha bisogno di una buona comunicazione; il ridimensionamento dei piccoli Ospedali periferici. Problemi comunque legati anche ai cambiamenti che interverranno in futuro sulla gestione dei servizi sanitari. In questi senso "continuità, trasparenza e correttezza" significano stare attenti a dare informazione corretta, tempestiva e trasparente. L'impressione che ho avuto, infatti, in questi primi mesi di lavoro è che in alcuni momento l'Azienda non abbia chiaramente detto, soprattutto per quanto riguarda il mio lavoro di Ufficio stampa, *sì, c'è un problema, stiamo lavorando per risolverlo, siamo a disposizione e interloquiamo per trovare le soluzioni migliori.*

L'altro aspetto analizzato negli obiettivo del Piano è la "promozione ed educazione alla salute e alle buone pratiche", "l'innovazione". Un inciso: in questa fase, non ha lavorato all'elaborazione del Piano l'Unità Operativa Promozione e Educazione alla salute, Formazione professionale, per motivi organizzativi. È chiaro però che questo è un ambito importantissimo della comunicazione, non sol-

tanto perché raggiunge tutti i livelli della popolazione, ma anche perché ha a disposizione risorse umane e finanziarie con le quali può dare un valido contributo alla buona comunicazione.

Un altro degli obiettivi è “la gestione della comunicazione in emergenza”, un aspetto assolutamente non secondario. In questo momento ci stiamo confrontando con l’influenza suina, A/H1N. In questo caso occorre il massimo coordinamento da parte dello *staff* aziendale con il resto dell’Azienda, perché non ci sia diffusione di informazioni distorte, allarmistiche, non coordinate. Tant’è che lo stesso Piano pandemico aziendale prevede un unico referente della comunicazione.

Infine abbiamo inserito tra gli obiettivi “l’assegnazione di ruoli e responsabilità”. Detta così sembra tutto e niente, ma non dimentichiamoci che siamo partiti dall’assunto che “siamo tutti comunicatori”, che la comunicazione è prima di tutto responsabilità e non soltanto la Conferenza dei servizi, la rete con le istituzioni o l’informazione ai cittadini. Comunicazione è anche riconoscere il proprio ruolo, sapere che all’interno di questo ruolo l’informazione e la comunicazione diventano un elemento determinante. Il fare e il non dire, a volte, è come non fare. Ragione per cui c’è bisogno, almeno nella nostra Azienda, che venga fatto un lavoro di pungolo, affinché l’informazione e la comunicazione diventino un elemento determinante per il lavoro delle strutture ospedaliere, del territorio, dei Distretti.

L’obiettivo strategico finale del Piano di tutte queste azioni di comunicazione è la fiducia del cittadino-utente verso l’Azienda.

Gli strumenti vengono individuati, di volta in volta, in base al *target*, agli obiettivi, alle risorse, in modo da favorire un passaggio non solo unidirezionale di informazioni, ma per uno scambio bidirezionale tra Azienda, operatori e cittadini. L’esempio dell’influenza suina è calzante perché in questa fase ci ha dato modo, lavorando proprio sulla rete di comunicazione, di creare nel nostro sito *internet* uno spazio riservato ai medici di Medicina generale e ai pediatri di libera scelta, per uno scambio di informazioni continuo e costante, che finora c’era stato, ma con sistemi diversi. Vogliamo che il sistema collaudato per l’influenza A/H1N1 diventi un modo di comunicare anche per il futuro, che non si limiti all’aspetto dell’emergenza, ma che possa continuare come scambio di informazioni.

Per quanto riguarda gli strumenti, abbiamo analizzato, con specifiche schede progetto in collegamento ipertestuale a questa presentazione, l'accoglienza; il numero verde; l'*intranet* aziendale, per la comunicazione interna; il sito *internet*, per quella esterna; la conferenza annuale dei servizi per la comunicazione istituzionale.

Un appello finale. Siamo partiti da questo progetto per dire che siamo tutti comunicatori, ma per vincere, occorre, prima di tutto, il gioco di squadra; lavorando tutti insieme si possono ottenere dei buoni risultati.

Asl 11 Empoli

Maria Antonietta Cruciatà
Unità operativa - Ufficio stampa

Il primo Piano di comunicazione aziendale risale al 2005. L'Asl 11 se ne è dotata due anni dopo il mio arrivo in Azienda come Responsabile dell'Ufficio comunicazione e *marketing*. Prima ancora, esattamente dal 2000 al 2001, esisteva l'Ufficio stampa, poi confluito nell'Ufficio comunicazione e marketing, divenuto successivamente Unità operativa semplice Ufficio stampa. Penso che quanto premesso possa essere utile a comprendere quanto il settore dell'informazione e della comunicazione sia in continuo divenire all'interno delle Aziende sanitarie e, in particolare, nella Asl 11.

Dal 2005 al 2009, l'Unità operativa semplice Ufficio stampa, ex Ufficio comunicazione e *marketing*, faceva parte dell'Unità operativa complessa comunicazione e *marketing*, che formalmente non ha mai avuto un responsabile.

Questa Unità operativa complessa prevedeva, oltre all'Unità operativa semplice Ufficio stampa, anche le Unità operative semplici URP ed Educazione alla salute. Da pochi mesi, l'Unità operativa semplice Ufficio stampa è sotto l'Unità operativa complessa politiche e gestione del personale, l'URP, invece, è stato collocato all'interno del Dipartimento amministrativo del territorio e l'Educazione alla salute fa parte del Dipartimento della prevenzione. Questa originaria area della comunicazione, creata per dare organicità al settore, oggi vive trasversalmente in altri ambiti aziendali.

Ciò, se, da una parte, sembra che abbia frammentato le realtà aziendali tradizionalmente dedite alle attività di comunicazione, dall'altra, ha responsabilizzato altri settori dell'Azienda, invitati ad investire concretamente nel dare il proprio contributo in ogni ambito della comunicazione, in ogni processo che chiama in causa la relazione con l'altro o con altre strutture.

Del resto, come ama sottolineare l'attuale Direttore generale, so-

no molto fortunata perché ho a mia disposizione duemila e seicento comunicatori, che rappresenta, sul piano numerico, l'intero personale dell'Asl 11. Effettivamente, se pensiamo che il Presidente Barack Obama può contare su circa sessantasette comunicatori, io ho potenzialmente uno *staff* da fare invidia a qualsiasi Agenzia di informazione e comunicazione a livello mondiale. Il Direttore non ha tutti i torti, nel senso che i colleghi, adeguatamente formati, possono essere di grande aiuto nel potenziare questo settore.

L'Asl 11 ha già attivato vari corsi di formazione rivolti agli operatori nell'ambito della comunicazione. Tra l'altro, nella nostra Azienda abbiamo una vera e propria Agenzia per la formazione, molto attiva, costantemente impegnata nel promuovere e organizzare corsi di formazione aperti anche ad operatori esterni.

L'Agenzia per la formazione è una realtà aziendale interessante, dotata di un proprio Piano di comunicazione, come anche il Dipartimento della prevenzione.

Entrambi i Piani sono confluiti nel Piano di comunicazione aziendale triennale, redatto confrontandoci con i colleghi che a vario titolo si occupano di comunicazione all'interno dell'Azienda. Attualmente, quindi, abbiamo un Piano di comunicazione aziendale triennale, 2008-2010, con programmazione annuale. Ogni anno aggiorniamo, integriamo, riscriviamo, soltanto le schede tecniche, quelle che, poi, danno il via alle azioni di comunicazione, innescando processi di operatività immediata.

Alcuni obiettivi richiedono un arco temporale piuttosto esteso perché si realizzino, vanno oltre il singolo anno di programmazione. Ecco perché abbiamo preferito rivedere annualmente le schede tecniche puntando sulla flessibilità e l'efficienza operativa.

In particolare, ci siamo posti dei macro obiettivi quali l'informazione, la prevenzione, l'educazione alla salute, la qualità, la comunicazione interna ed esterna e l'immagine, temi che durante il percorso formativo del Formas sono stati affrontati e approfonditi.

Per ogni macro area, abbiamo individuato obiettivi, contenuti, *target*, strumenti, strategie, tempi, costi, verifiche, e via dicendo. Abbiamo analizzato nel dettaglio il contesto generale e di settore sia per quanto riguarda la comunicazione interna che quella esterna.

Nello specifico, mi preme evidenziare gli strumenti che usiamo

abituamente nell'ambito della comunicazione interna: il giornale aziendale "Interno's" (oggi bimestrale, originariamente mensile), le cui pagine sono state potenziate, passando da quattro a otto. Si tratta di un formato A4, stampato a colori in 3.380 copie. Viene distribuito internamente attraverso le buste paga. Stiamo lavorando per trasformarlo in un vero e proprio giornale *online*, anche se in realtà lo pubblichiamo anche sul sito aziendale dove può essere letto e scaricato per la stampa.

Il nostro obiettivo è far sì che ciascun operatore possa scaricarlo dal sito insieme alla busta paga. Ciò consentirà di ammortizzare soprattutto i costi di stampa. C'è poi la *newsletter* mensile "InformAsl", nata come supplemento del giornale aziendale, e in particolare modo il sito *internet*, uno strumento di comunicazione di prim'ordine le cui potenzialità devono essere ancora utilizzate al meglio. L'Asl 11 sta investendo nelle nuove tecnologie, non solo in *internet*, ma anche in *intranet*. L'attenzione dell'Azienda è finalizzata a migliorare sia la comunicazione interna che quella esterna.

Il cittadino è al centro della nostra programmazione, pertanto, stiamo anche lavorando per favorire i servizi *online* (prenotazioni, referti, etc...).

Sul sito pubblichiamo anche i tempi di attesa al Pronto Soccorso: cliccando sul *link* esistente nella *home page*, chiunque è in grado di vedere esattamente quanti sono, in quel preciso momento, i codici rossi, gialli, verdi e via dicendo. Ciò consente agli utenti di organizzarsi e di non affollare in maniera impropria le sale di attesa del Pronto Soccorso, se quest'ultimo è già saturo.

Il nostro sito è, quindi, rivolto sia agli utenti interni che a quelli esterni e viene consultato costantemente come emerge dal nostro *report* telematico, che ci consente di vedere esattamente quanti sono i contatti quotidiani e soprattutto quali sono le pagine più visitate. Per esempio, tra le pagine più visitate dagli esterni ci sono quelle relative alle gare e ai concorsi. Una rubrica *online* che sta riscuotendo un grande interesse è quella relativa a "Il medico risponde", rivolta ai cittadini, ai pazienti. In pratica i nostri professionisti hanno un proprio indirizzo di posta elettronica a cui scrivere per formulare domande su problematiche di salute che stanno a cuore.

Quanto illustrato finora è una breve sintesi di una realtà ben più

complessa e articolata, che richiede costanti aggiornamenti. Il sito *internet* è nuovamente sottoposto ad una capillare azione di revisione, soprattutto in virtù del nuovo regolamento aziendale che prevede anche un nuovo organigramma.

Ciò implica rivedere l'organizzazione interna, alcuni contenuti del sito. Il numero dei Dipartimenti è cambiato. Alcuni Dipartimenti sono scomparsi, altri sono stati accorpati. Sono nate nuove Unità operative con nuovi responsabili. Ci aspetta un grande lavoro di aggiornamento e monitoraggio delle informazioni pubblicate.

Per favorire l'aggiornamento delle pagine *web*, abbiamo creato una rete di referenti della comunicazione interna, individuando alcune figure addette alla "manutenzione del sito". In pratica, ogni Responsabile di Dipartimento e di Unità operativa, complessa e semplice, ha individuato un proprio referente che ha il compito di tenere aggiornata la pagina di propria competenza. L'Ufficio stampa ha il compito di monitorare la veridicità dei contenuti, la correttezza dell'esposizione etc...

Un altro aspetto che merita di essere sottolineato è quello relativo alle sponsorizzazioni. Il settore della raccolta fondi è in crescita. Tramite una gara abbiamo individuato una società privata che ci cura il settore delle sponsorizzazioni e delle raccolte fondi. Questa società ha fatto una mappatura degli spazi disponibili all'interno delle nostre strutture aziendali e ospedaliere, curando direttamente i contatti con gli eventuali e potenziali clienti.

Alla Asl spetta una percentuale sul ricavato della raccolta fondi (pari al 15%), destinata alle attività di comunicazione dei quattro Presidi ospedalieri da essa gestiti. In questo ambito, è preziosa la collaborazione con Astro, un'Associazione onlus del territorio che si dedica in particolare all'assistenza domiciliare oncologica attraverso il progetto "Arco". Essa è molto attiva nel promuovere campagne di raccolta fondi destinati principalmente al settore oncologico ed in particolare all'assistenza oncologica domiciliare.

L'area della comunicazione ha, dunque, tre anime: quella dell'informazione che coinvolge i *media*, quella della comunicazione istituzionale, che passa anche attraverso la produzione di pieghevoli, manifesti, *brochure*, ed infine quella del *fundraising*.

Tutto ciò implica investimenti, ma il *budget* destinato all'area del-

la comunicazione nel corso degli anni si è dimezzato, così come è stato ridotto il numero delle risorse professionali dedicate.

Agire in tale settore è, dunque, sempre più complesso e difficile, ma l'entusiasmo rimane e si cerca di lavorare insieme agli altri in maniera integrata. Non esitiamo ad investire su una comunicazione che sia sempre più organizzativa, sinergica e integrata. Solo così si può realmente costruire qualcosa di positivo, di valido, in grado di migliorare l'efficienza organizzativa aziendale, la comunicazione interna ed esterna, l'accesso ai servizi e l'immagine stessa dell'Azienda.

Se non si fa squadra diventa difficile vincere questa sfida.

In sintesi possiamo dire che la comunicazione, ed il Piano che ne consegue, rappresenta per le Pubbliche Amministrazioni una finalità istituzionale ed un obbligo giuridico. Le finalità della comunicazione di un'Azienda sanitaria sono: migliorare la comunicazione con il cittadino, con l'utente, con le istituzioni e con il personale interno ottenendo così un flusso trasversale di informazioni che andranno a beneficio di tutti coloro che, per diversi motivi, sono in contatto con l'Azienda; supportare e orientare il cittadino nella scelte che riguardano la sua salute, sia nell'ambito di vita e di lavoro (cittadino), sia nel momento di contatto con la struttura sanitaria per la richiesta di prestazione di prevenzione, cura e riabilitazione (utente); promuovere un'immagine positiva dell'Azienda che generi fiducia.

La Pubblica Amministrazione ha, pertanto, il compito di educare, informare e promuoversi. Attraverso lo sviluppo della comunicazione interna passa il coinvolgimento degli operatori rispetto ai valori espressi nel PSR e conseguentemente la loro partecipazione attiva al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali. Diviene strategico promuovere la comunicazione interna programmando, coordinando ed attuando iniziative volte alla diffusione trasversale delle informazioni all'interno dell'Azienda.

Gli strumenti utilizzati sono determinati in base alle esigenze rilevate in ciascuna occasione. Di seguito si elencano alcuni degli strumenti utilizzati routinariamente o più frequentemente: rassegna stampa quotidiana; portale aziendale; *house organ* "Interno's"; *news letter* interna; eventi interni aziendali (*convention*, inaugurazioni servizi minori, ecc.); indagini interne di *customer satisfaction* (strumenti qualitativi di misurazione della soddisfazione dei servizi e del-

le prestazioni ricevute dai colleghi delle varie Unità operative; strumenti di misurazione del clima aziendale e della conoscenza dei valori dell'Azienda all'interno delle varie Unità operative, Uffici e Servizi), in maniera anonima, facoltativa e gestita *online*; strumenti multimediali (filmati, video, immagini) facilmente accessibili all'interno dell'area *intranet* aziendale da parte di tutti gli operatori; interviste a responsabili/direttori di struttura; presentazione, con filmati e foto, dei componenti dei gruppi di lavoro; concorsi interni e temi di attualità; domande alla Direzione aziendale.

Gli obiettivi che si intendono perseguire sono: orientare, coinvolgere e motivare gli operatori; interiorizzare, condividere e valorizzare la *mission*, i valori e i comportamenti aziendali; favorire l'integrazione fra le varie strutture aziendali; misurare e migliorare la soddisfazione degli operatori; individuare gli elementi che favoriscono o ostacolano il benessere organizzativo; migliorare la comunicazione orizzontale e verticale; coinvolgere gli operatori nello sviluppo degli obiettivi produttivi aziendali; verificare l'efficacia delle azioni intraprese; implementare e condividere specifiche azioni di miglioramento.

La comunicazione esterna appare particolarmente rilevante in questo particolare momento storico, in cui forte è l'esigenza di diffondere le informazioni necessarie all'appropriato utilizzo, da parte dei cittadini, dei servizi sociosanitari, che dovrà accompagnarsi ad uno sforzo comunicativo mirato anche ad accrescere nella popolazione la percezione della specificità e dell'identità peculiare del Servizio sanitario regionale toscano. Non solo informazione di servizio, quindi, necessaria, tempestiva e trasparente, ma anche comunicazione, ad ogni livello e con il maggior numero di strumenti possibili, dei valori alla base del nostro sistema, per coinvolgere il cittadino in un ruolo sempre più attivo all'interno del progetto sanitario regionale. Le attività di informazione e di comunicazione (art. 2 L. 150/2000) si esplicano anche attraverso la pubblicità, le affissioni, l'organizzazione di manifestazioni e la partecipazione a rassegne specialistiche, fiere e congressi, e sono attuate con ogni mezzo di trasmissione idoneo ad assicurare la necessaria diffusione di messaggi, anche attraverso la strumentazione grafico-editoriale, le strutture informatiche, le iniziative di comunicazione integrata e i sistemi tele-

PIANI DI COMUNICAZIONE

matici multimediali. Ha come obiettivi la responsabilizzazione del cittadino e delle comunità locali e la promozione di una crescita culturale sui temi sociosanitari, l'informazione all'utenza, il miglioramento dell'immagine aziendale esterna, la promozione dei servizi aziendali, la fidelizzazione del cliente, il coinvolgimento dei cittadini ed il miglioramento del senso di appartenenza, l'attrazione di clienti esterni al territorio.

Edizioni ETS

Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa

info@edizioniets.com - www.edizioniets.com

Finito di stampare nel mese di dicembre 2010