



| SALUS / 8  
Collana di Scienze della Salute

# QUALITÀ E SICUREZZA NEL LAVORO CLINICO

VADEMECUM PER STUDENTI  
E GIOVANI PROFESSIONISTI

*a cura di*  
Rossana Alloni



# Indice

- II Presentazione  
*Gianluca Oricchio*

## Parte I Introduzione

- 15 Introduzione  
*Giorgio Sorrentino*
- 17 Qualità e sicurezza nel lavoro clinico  
*Modesto D'Aprile*
- 25 Gli accreditamenti nazionali e internazionali su qualità e sicurezza  
*Maria Rita Sechi*
- 33 Come un'istituzione si autovaluta e incoraggia il miglioramento  
*Modesto D'Aprile*

## Parte II Sicurezza, qualità e vita quotidiana

- 39 Identificarsi e identificare  
*Raffaella Gualandi*
- 45 Credenziali, *privileges*, *job description* e fascicolo personale  
*Giovanni Coradini*

- 49    Il guanto della sfida  
*Teresa Iori*
- 57    Attezione, rischio caduta!  
*Anna De Benedictis*
- 65    Dress code, ovvero “quando l’abito fa il monaco”  
*Grazia Dalla Torre*
- 73    I rifiuti ospedalieri  
*Marcella Trombetti, Enrica Giarmoleo*
- 81    Il grande mondo dei farmaci  
*Giovanni Sironi*
- 91    Al fuoco! Un incendio in ospedale  
*Paolo Capriani*
- 95    La check-list chirurgica  
*Rossana Alloni*
- 99    Comunicare in ospedale è indispensabile!  
*Claudio Pensieri*
- 125    Mani pulite!  
*Teresa Iori*
- 131    Diritti e doveri dei pazienti e delle loro famiglie  
*Lucia Nobile*
- 143    Emocomponenti ed emoderivati  
*Maria Cristina Tirindelli*
- 151    La cartella clinica  
*Rossana Alloni*
- 163    Pazienti speciali  
*Anna De Benedictis*

Parte III  
**Spunti di riflessione**

- 173 **Qualità, sicurezza e insegnamento clinico**  
*Rossana Alloni*
- 177 **Paziente o Persona?**  
*Joaquin Navarro Valls*

## Comunicare in ospedale è indispensabile!

CLAUDIO PENSIERI

### 1. La Comunicazione sanitaria tra qualità e investimento

Tra le varie criticità che affliggono la sanità italiana, la soddisfazione e la qualità di vita dei pazienti sono un aspetto secondario.

Chi ritiene vera l'affermazione precedente potrebbe cadere nel dualismo "organizzazione vs comunicazione", chi invece non è in accordo con quanto detto probabilmente è colui che si rende perfettamente conto di come comunicazione e organizzazione siano strettamente collegate tra loro e di quanto profondamente l'una influenzi l'altra.

Le aziende a scopo di lucro hanno, ormai da tempo, interiorizzato il famoso assioma della comunicazione "Non si può non comunicare".

Hanno capito che ad una comunicazione efficace ed efficiente corrisponde un gran risparmio economico, un notevole incremento della qualità percepita ed un buon ritorno di investimento. Ma è ancora presto per introdurre questo concetto in sanità poiché sappiamo bene che la sanità è "un sistema economico a perdere" e che per definizione "non può essere remunerativo".

Sicuramente è però necessario intervenire per avere una gestione economica più "sana" del bilancio dedicato alla sanità che in genere corrisponde all'80% del bilancio regionale.

In una struttura sanitaria gli aspetti che riguardano l'ambito della comunicazione interpersonale sono amplissimi, essi vanno da:

- a) comunicazione tra paziente e personale di front-office (accettazione, prenotazione, etc.);
- b) comunicazione tra il paziente e l'équipe sanitaria (medici e infermieri);
- c) comunicazione tra il paziente, i familiari del paziente e l'équipe sanitaria;

- d) comunicazione tra il paziente/familiari e l'istituzione stessa (spesso passando dall'Urp);
- e) comunicazione orizzontale (tra medici e medici, tra infermieri e infermieri — ad esempio l'*hangover communication* — ma anche tra medici e infermieri per la gestione della cura del paziente);
- f) comunicazione verticale (tra medici/infermieri/personale sanitario e l'istituzione in cui lavorano);
- g) comunicazione interna: volantini, campagne d'informazione (lavaggio mani, campagna antinfluenzale), convegni, eventi, l'intranet aziendale etc.;
- h) comunicazione esterna: ufficio stampa, pubblicità sui mass media, siti internet, etc.

## 2. Cosa si intende per comunicazione?

Possiamo trovare molteplici definizioni di comunicazione, dal modello matematico dell'informazione dei matematici Shannon e Weaver del 1949 al modello formale di Paul Grice che distingue diversi elementi che concorrono a realizzare un singolo atto comunicativo e che sono:

- *emittente*: è la persona che avvia la comunicazione attraverso un messaggio;
- *ricevente*: accoglie il messaggio, lo decodifica, lo interpreta e lo comprende;
- *codice*: parola parlata o scritta, immagine, tono impiegato per "formare" il messaggio;
- *canale*: il mezzo di propagazione fisica del codice (onde sonore o elettromagnetiche, scrittura, bit elettronici);
- *contesto*: l'ambiente significativo all'interno del quale si situa l'atto comunicativo;
- *referente*: l'oggetto della comunicazione, a cui si riferisce il messaggio;
- *messaggio*: è ciò che si comunica e il modo in cui lo si fa.

## Secondo Villamira invece

la *comunicazione* è lo scambio di informazioni tra due o più entità in grado di emettere e ricevere segnali; intendendo per scambio un processo interattivo in cui è presente un meccanismo di *feedback* o retroazione.

Per *informazione* si intende:

la diminuzione dell'incertezza (o l'aumento della certezza) che subisce il destinatario quando viene raggiunto dal messaggio. Se poniamo una scala di conoscenza da 0 a 100%, ogni volta che arriva un'informazione aumenta il nostro grado di conoscenza, e facciamo un passetto avanti sulla scala. L'informazione è in relazione alla conoscenza posseduta dal destinatario delle regole che governano una sequenza di messaggi che incide sul calcolo dell'informazione in transito.

Tra *due o più entità*, ovvero devono essere presenti un emittente del messaggio ed un destinatario del messaggio (medico e paziente, struttura e paziente, medico e infermiere, etc.).

*Emettere e ricevere segnali:*

le due entità devono essere in grado di emettere e ricevere segnali, dal battito di ciglio al cambio della respirazione, dall'invio di una mail di protesta all'invio di una lettera di plauso.

*Feedback o retroazione:*

è il processo più importante della comunicazione. Ad ogni comunicazione corrisponde un feedback che può anche essere il silenzio o semplicemente l'esecuzione dell'azione. Monitorare gli effetti della comunicazione è il modo migliore per valutare l'efficacia delle azioni intraprese. Sono i segnali che indicano se la strada che stiamo percorrendo è corretta o meno. Se una serie di pazienti si lamentano di un servizio offerto dall'ospedale probabilmente sarà il caso di ri-organizzarlo o capire cosa è migliorabile. Se prima della dimissione, nel momento dell'assegnazione della terapia farmacologica il paziente inizia a fare "scarichi di tensione" con le dita e il suo corpo inizia a inviare segnali di "rifiuto" allora possiamo aggiustare il tiro e fare una breve indagine verbale che ci consentirà di capire e risolvere il problema del paziente assicurandoci un'ottima alleanza terapeutica. Se la Direzione da l'indicazione di scrivere su ogni farmaco la data di apertura e le infermiere

non lo fanno allora c'è da rivedere il processo di comunicazione e di motivazione all'azione. Per comunicare efficacemente bisogna considerare che non tutti sanno "ascoltare".

L'uomo impara a parlare in circa 20 mesi ma a volte sembra che non gli basti l'intera vita per imparare ad ascoltare. L'ascolto non è solo di tipo uditivo, come percezione dei suoni, ma è l'esercizio attento del senso dell'udito, è il processo di ricevere, assorbire e comprendere le idee, informazioni e sentimenti sia attraverso il canale uditivo che visivo. In questo senso si può dire che *ciò che abbiamo comunicato è ciò che l'altro ha capito*.

### 3. Il paziente e la comunicazione

Il paziente moderno definisce come malattia una maggiore quantità di sintomi rispetto al passato.

In un periodo storico come il nostro, caratterizzato dal mito dell'efficienza psicofisica e della produttività, malattia significa soprattutto disabilità e, di conseguenza, perdita della integrazione sociale e lavorativa.

Costantino Cipolla in "Valutare la qualità in sanità" afferma che la salute/malattia può essere letta secondo tre dimensioni correlate tra loro:

- a) quella soggettiva del sano/malato detta *illness*;
- b) quella professionale del medico, riguardante quindi la sua relazione professionale;
- c) quella oggettiva degli strumenti tecnici che la possono segnalare, misurare o rappresentare in vario modo.

L'interpretazione soggettiva della propria malattia coincide con l'esperienza che il malato fa della sua patologia, con il modo in cui se la rappresenta e con il modo in cui la vive. Questo condiziona il grado di adesione alla terapia ed, in alcuni casi, alla scelta del terapeuta. L'aspetto relazionale ha molta importanza quindi, e non deve essere messo in secondo piano rispetto alla malattia oggettiva.



Ciò significa che la qualità socio-sanitaria (alla quale ultimamente i media danno molta rilevanza) non può essere letta semplicisticamente in modo dicotomico come efficacia sistemica, né come mera percezione del cittadino malato.

Efficacia tecnica e soddisfazione soggettiva sono effetti di un particolare tipo di organizzazione sanitaria e di una riuscita relazione medico-paziente.

L'approccio della medicina relazionale adotta il metodo del "distinguere per relazionare", senza confondere e senza separare. Non si chiede al medico di separarsi dal resto del mondo per esaltare la sua competenza tecnica, né gli chiede di trasformarsi in un esperto di relazioni umane, in un assistente sociale, in un consulente psicologico, o tantomeno in un direttore spirituale. Gli chiede di fare scienza con coscienza, ma non in quanto individuo — isolato o corporato — che deve affrontare i problemi del "caso" nella solitudine del suo spirito (faustiano, liberale o altro) sotto determinati vincoli economici e giuridici. Gli chiede di agire come soggetto che appartiene ad una comunità civile che vive ed opera in relazione all'umano.

La medicina non è fatta per reintegrare il lavoratore che si è ammalato sul posto di lavoro solo per sostenere la produttività del mercato.

La medicina ha un suo proprio dominio, una sua dignità, un suo compito sociale, ai quali non può abdicare, perché la funzionalità verso gli altri settori della società, per quanto legittimamente richiesta, non può prevaricare sul suo proprio modo di agire.

L'approccio relazionale non chiede al medico di essere un esperto di relazioni sociali, gli chiede solo di tenere conto, collaborando con altri servizi (ospedalieri, territoriali, domiciliari, farmaceutici o altro), del fatto che la sua azione si iscrive in un sistema di relazioni su cui incide necessariamente, nel bene e nel male, contribuendo a determinare i processi di salute/malattia.

#### **4. Suggerimenti per l'ascolto efficace**

- a) Dimostrare dal tuo comportamento che stai recependo ciò che viene detto: dare incoraggiamenti annuendo, dare rinforzi positivi, nel caso di un paziente "visivo" sedersi davanti a lui e

- guardarlo negli occhi, nel caso di un paziente "auditivo" sedersi a  $\frac{3}{4}$  e mostrargli il fianco dando rinforzi verbali come "capisco", "la seguo", etc., nel caso del paziente "cinestesico" offrirgli un appoggio fisico "mano sulla spalla" o "sul polso";
- b) evitare le interruzioni: scoraggiare, fermare gli altri dall'interrompere se non per chiedere chiarimenti o per re-indirizzare il discorso verso l'obiettivo clinico, mettere il telefono in vibrazione e eventualmente avvisare il paziente che si sta per rispondere ad una telefonata importante;
  - c) respingere, trattenersi dalle distrazioni: aspettare di sentire l'argomento del messaggio, focalizzare su ciò che dice l'interlocutore, evitare le distrazioni verbali, visive o materiali;
  - d) coerenza<sup>1</sup>: è fondamentale in comunicazione esprimere la coerenza tra i sentimenti manifestati e quelli realmente provati, tra l'aspetto verbale e quello emotivo. Se l'interlocutore percepisce coerenza, si apre con fiducia, altrimenti si chiude in modo difensivo. Coerenza NON significa manifestare impulsivamente tutti i nostri sentimenti, ma implica il non simulare un sentimento quando in realtà se ne prova un altro;
  - e) controllare la comprensione, l'interpretazione del messaggio e chiedere chiarimenti: "in questo modo la situazione è...?" o "lei vuol dire che...?" o "se ho capito bene mi sta dicendo che...?"

## 5. Gli assiomi della comunicazione efficace

### 5.1. *Non si può non comunicare. Giusta comunicazione*

La Scuola di Palo Alto, nelle persone di Gregory Bateson, Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin, Don D. Jackson ed altri, negli anni sessanta definì la "funzione pragmatica della comunicazione" come

1. Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio e Sistema Informativo Assistenza Specialistica, *Corso di aggiornamento sul sistema informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale ed il centro unico di prenotazione SIAS — CUP*, Roma 2004. Disponibile online su: [http://www.asplazio.it/asp\\_online/att\\_territoriale/files/sias/bacheca/formazione/acct\\_paz\\_cliente.pdf](http://www.asplazio.it/asp_online/att_territoriale/files/sias/bacheca/formazione/acct_paz_cliente.pdf)

la capacità di provocare degli eventi nei contesti di vita attraverso l'esperienza comunicativa.

Essi fissarono tutta una serie di nozioni teoriche elaborate a partire dalla sperimentazione sul campo. Watzlawick insieme ad altri ricercatori nel 1967 pubblicò "Pragmatica della comunicazione umana" che cambiò l'approccio metodologico ai problemi di comunicazione.

Facendo riferimento al concetto di retroazione sviluppato dalla teoria della cibernetica<sup>2</sup>, poterono affermare che, all'interno di un qualsiasi sistema interpersonale (come una coppia, una famiglia, un gruppo di lavoro, una diade terapeuta-paziente), ogni persona influenza le altre con il proprio comportamento ed è allo stesso modo influenzata dal comportamento altrui.

Se è vero che siamo così interconnessi gli uni con gli altri è importante capire come la nostra comunicazione, la nostra evoluzione, è strettamente legata agli assunti che regolano la comunicazione efficace.

Paul Watzlawick ha il merito di averci lasciato questa importante chiave per comprendere il fenomeno della "comunicazione". Ogni individuo vivente comunica in molteplici modi e non potrebbe fare altrimenti.

Poiché ogni comportamento è una trasformazione di processi neurologici interni esso reca anche molteplici informazioni sui processi stessi. I micro-comportamenti, come i movimenti degli occhi, il cambiamento del colorito della pelle, le modifiche della respirazione, la dilatazione delle pupille, la deglutizione, ecc. danno una serie di informazioni importanti sulla persona, tanto che in ipnosi vengono definiti

2. La cibernetica è la teoria della comunicazione e dei sistemi di controllo nei sistemi artificiali e negli esseri viventi. La parola inglese *cybernetics* fu introdotta dal matematico Norbert Wiener nel 1947 e deriva dal greco *kybernetes* che significa timoniere, pilota della nave. Assieme a studiosi come John Von Neumann, Claude Shannon, Heinz von Foerster e Gregory Bateson, Wiener studiò i meccanismi che permettevano ad un organismo vivente di autoregolarsi, di essere un sistema autonomo e di scambiare informazioni tra le sue parti attraverso il meccanismo di feedback o retroazione. La comunicazione e l'autoregolazione attraverso la comunicazione erano considerate dei requisiti essenziali per l'operatività dei sistemi, le informazioni riguardanti il passato venivano riportate nel sistema andando ad influenzare il futuro. Questo processo fu denominato da Norbert Wiener "retroazione autocorrettiva". BEZZI L., *L'approccio sistemico in psicoterapia: presupposti teorici e caratteristiche del modello*, Obiettivo Benessere, Rimini, 12 dicembre, 2010.

anche segnali ideomotori<sup>3</sup>, ognuno di essi ci comunica qualcosa di importante sulla persona che abbiamo davanti.

Di conseguenza, quale che sia l'atteggiamento assunto da un qualsiasi individuo (poiché non esiste un non-comportamento), questo diventa immediatamente portatore di significato per gli altri: ha dunque valore di messaggio. Anche i silenzi e le pause sono forme di comunicazione al pari delle altre, poiché portano con sé un significato e soprattutto un messaggio al quale gli altri partecipanti all'interazione non possono non rispondere.

Nel 1972 lo psicologo statunitense Albert Mehrabian<sup>4</sup>, docente presso la UCLA, ha dimostrato che l'efficacia della comunicazione di un messaggio vocale tra due persone, può essere così ripartito:

- movimenti del corpo o non-verbale: 55% (dai microsegnali ai macrosegnali, dalle espressioni facciali alla posizione del corpo nello spazio, dalla respirazione al colorito della pelle);
- aspetto vocale o para-verbale: 38% (volume, tono, ritmo e flusso della voce, onomatopeiche e raschiamenti) tutto ciò che accompagna la comunicazione verbale;
- aspetto verbale: 7% (parole, predicati e linguistica) le parole utilizzate nella conversazione.

Le percentuali precedenti, comprovate da moltissimi studi, possono lasciare perplessi, effettivamente però la prima forma di comunicazione sulla terra fu probabilmente la mimica. Questa, oltre a servire come

3. "L'Attività ideomotoria può essere descritta come un insieme di azioni, o movimenti muscolari, che sono espressioni automatiche delle idee dominanti. La descrizione dell'attività ideomotoria compare in letteratura medica fin dal 1852 dove viene nominata in una lezione di William Carpenter, ristampata dal *The Proceedings of Royal Institution*. Carpenter nella quale egli aveva fatto coincidere l'attività ideomotoria ad una terza categoria di comportamenti istintivi non coscienti, che comprendeva anche le attività eccitomotoria (respirazione e deglutizione) e sensomotoria (reazioni di startle)" in BARRETT L., DORKO P.T., *Analgesia del movimento: attività ideomotoria e terapia manuale*, Centro Ricerche e Studi Osteopatici, Como, 12 settembre 2010. Un approfondimento è disponibile in: SPITZ H., *Nonconscious Movements: From Mystical Messages to Facilitated Communication*, MANWAH NJ: Lawrence Erlbaum: 1997.

4. MEHRABIAN A., *Nonverbal Communication*, Aldine Transaction, New Brunswick 2008. MEHRABIAN A., FERRIS Susan R., *Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels*, «*Journal of consulting psychology*», n. 31(3), June 1967, pp. 248-252. MEHRABIAN A., *Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships*, «*Psychological Bulletin*», n. 71(5), May 1969, pp. 359-372.

mezzo di offesa e di difesa (la mimica aggressiva rende più efficace un atto ostile; la mimica di paura, in un singolo componente del gruppo, avverte i compagni dell'esistenza di un pericolo), vale anche quale messaggio di amicizia. Ma, poiché la mimica risultava del tutto inefficace nell'oscurità della notte, bisognò ricorrere ai suoni, se si voleva disporre di un mezzo di comunicazione utilizzabile anche al buio. L'uso di una particolare combinazione di suoni per indicare un dato oggetto, o per far conoscere il determinarsi di una certa situazione agli altri componenti del gruppo, segna la nascita del linguaggio.

Per imitazione, tutto il gruppo adopera la stessa combinazione di suoni, ossia la stessa parola, per indicare la stessa cosa; ecco che la tendenza all'imitazione consente il formarsi del linguaggio.

La parola, che da principio serviva esclusivamente a comunicare fatti concreti, diventò, con il passare del tempo, anche uno strumento di conoscenza e di giudizio. Fu la parola a consentire il simbolismo, cioè il passaggio dal concreto all'astratto; si può anzi dire che la storia del pensiero umano abbia inizio proprio quando compare il primo segno-suono che sta a indicare una "classe" di oggetti. Ad un certo punto, la parola casa non designò più, semplicemente, questa casa, ma qualsiasi casa. L'uomo ebbe così la possibilità di distogliere la propria attenzione da quanto lo circondava — dal presente — per rivolgerla al passato e al futuro. Mentre fino a quel momento si era limitato a rimpinzarsi in tempo d'abbondanza, e s'era poi visto costretto a digiunare in tempo di carestia (ciò che ancora oggi accade a certe tribù primitive), adesso la capacità di proiettare il suo pensiero nell'avvenire fa sì che egli metta da parte il cibo, in previsione di tempi più duri<sup>5</sup>.

Molti esseri umani hanno dimenticato che la parola non esprime che una piccola parte di ciò che vogliamo comunicare, e che una grossa fetta della comunicazione è data dal linguaggio del corpo. Se prendiamo per esempio due mammiferi come il cane e il gatto, dobbiamo sapere che comunicano in modo opposto tra loro. Il cane quando vuole giocare sbatte la coda che nel linguaggio del gatto significa: «Sono veramente arrabbiato». Il gatto invece quando fa le fusa si predispone a ricevere e fare coccole, ma nella comunicazione del cane questo comportamento è simile al ringhiare, che nel suo

5. Bonocore I., *Io Mentore e la Quinta Disciplina*, Edizioni Nuova Cultura, Roma, 2013, p. 17.

linguaggio significa: «Sto per attaccarti», e quindi di nuovo rabbia<sup>6</sup>. Fare caso ai segnali del corpo degli interlocutori vuol dire imparare a distinguere l'andamento della comunicazione a indirizzarlo in base ai propri obiettivi.

### 5.2. *La mappa non è il territorio. Giusta realtà*

È curioso notare come una stessa esperienza descritta da due entità diverse sia molto diversa, ad esempio è per questo che gli ufficiali di polizia prendono le dichiarazioni di "tutti" i presenti ad un incidente.

Tener presente che "La mappa non è il territorio" è importante perché è lo spunto per imparare sempre di più.

Gli psicologi della Gestalt hanno dimostrato (già nel 1920) che questo ordinamento è radicato negli strati più profondi della neurofisiologia delle nostre percezioni; infatti, qualsiasi forma di comunicazione richiede qualche tipo di punteggiatura e noi manipoliamo la realtà per "punteggiarla" nel nostro cervello.

Da quando nasciamo, noi percepiamo il mondo e ne facciamo esperienza, formando una struttura di conoscenze analogico-digitali (Sistemi di Mappe) che corrispondono ad una serie di norme inconse sul come organizzare la varietà di stimoli.

La maggior parte degli esseri umani sa come è fatto il pianeta su cui si trova. Grazie alla fotografia, alla televisione e a internet sappiamo che il geoide su cui ci troviamo, visto dallo spazio, appare come una "perla azzurra", sicuramente sappiamo anche che le grandi masse d'acqua intervallano i continenti terrestri.

Ovviamente essendo una rappresentazione non è come la realtà, essa non riporta tutta una serie di particolari. Non ci sono i mattoni che costituiscono l'edificio in cui ci troviamo e non sono rappresentati neanche i suoni, né tanto meno la temperatura dell'aria o gli odori presenti nella stanza. Per quanto questa mappa possa esser dettagliata rimane differente dal territorio stesso.

Il cervello dell'essere umano funziona un po' come queste mappe geografiche, infatti quando costruiamo una mappa, quando viviamo un'esperienza, quando parliamo con qualcuno, utilizziamo tre filtri (che agiscono sia in funzione di Input che di Output):

6. BONOCORE I., *Io Mentore...*, op. cit. p. 56.

- a) deformazioni: deformiamo la realtà, una cartina geografica non è neanche lontanamente vicina alla realtà del territorio, ad esempio un centimetro sulla mappa corrisponde a tanti km di terra, etc.; nella linguistica tutto questo diventa: equivalenze complesse; cause-effetto; letture di pensiero, presupposti, etc.;
- b) generalizzazioni: generalizziamo la realtà, nelle cartine geografiche tutti i fiumi sono blu e le città pallini, che in linguistica diventano: quantificatori universali, mancanza di indici di riferimento, operatori modali di necessità, etc.;
- c) cancellazioni: cancelliamo ciò che non ci interessa o che ci dà fastidio, come ad esempio nella figura non sono presenti le strade, le ferrovie, le case, etc. che in linguistica diventa: paragoni incompleti e giudizi.

Quando il paziente parla, sta esternando la sua personale "mappa cognitiva" ovvero, come lui pensa che il mondo sia fatto.

Ma come lo fa lui, lo facciamo anche noi. E come lo facciamo noi, lo fanno anche le persone con cui ci relazioniamo quando comunichiamo. Lo fanno i medici quando fanno una visita specialistica, quando prescrivono una terapia farmacologica, quando fanno l'anamnesi, ecc.

Il vero problema che ora si pone è che, a volte, nel rapporto di comunicazione, le mappe delle persone si "scontrano" tra loro invece di integrarsi.

È come se un interlocutore riportasse nella sua mappa le città come pallini rossi e i fiumi come linee blu, mentre la persona con cui parla riportasse le città in grigio e i fiumi in verde.

Rimanendo disponibile al cambiamento, disponibile ad accogliere l'altro, si ha la possibilità straordinaria di ampliare la propria mappa! E più si cerca di capire l'altra mappa, più si andrà d'accordo, più si potrà portare l'altro verso la propria mappa e fargli capire cosa si pensa.

Nel 1933 Alfred Korzybski, fondatore della semantica generale, postulando questo assioma ci aiutò a capire che "la mappa non è il territorio", ossia le nostre rappresentazioni interne non sono la realtà.

Per esempio, la miglior mappa illustrata d'Italia non potrà mai essere l'Italia. Allo stesso modo, l'idea che hai della realtà non sarà mai la realtà.

5.3. *Il significato della comunicazione non è nelle intenzioni, ma nel responso che se ne ottiene. Giusta intenzione*

Nel mondo del business bisogna tener presente che ogni azienda deve comunicare al pubblico: "se il pubblico non ti conosce non sa che può cercare e acquistare i tuoi prodotti".

La differenza, spesso e volentieri, viene fatta dalla pubblicità, da come l'azienda comunica con i possibili clienti.

"Il significato della comunicazione è nel responso che se ne ottiene"<sup>7</sup>, questo assioma è importante perché molte persone parlano per parlare, in realtà non ascoltano il prossimo. È importante anche perché spesso le persone sono "armate di buone intenzioni" ma poi non sanno come esprimersi efficacemente nella quotidianità e quindi ottengono dei risultati non desiderati.

A volte il non tener presente questo assunto può portare anche a cause legali molto costose, come accade spesso nel campo della sanità.

Vediamo alcuni esempi<sup>8</sup>, tenendo presente che sicuramente chi ha pronunciato le seguenti frasi era in buona fede.

Questo è un intervento molto serio e ci sono dei rischi. Avrà dolori postoperatori e ci vorranno diverse settimane prima che riesca a muoversi comodamente. (un chirurgo al paziente prima dell'operazione)

Thomson e Khan hanno così ristrutturato questa frase:

si tratta di un intervento serio e ci sono dei rischi ma abbiamo un *team* estremamente preparato ed esperto che si prenderà cura di lei. Alcune persone hanno dolori dopo l'intervento ma potrebbero manifestarsene meno del previsto e faremo tutto il possibile per rimetterla in piedi il più in fretta possibile.

Tutti i professionisti della salute affermano di parlare con le più corrette intenzioni e di essere obbligati per legge a fornire informazioni espresse nelle loro frasi.

7. WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON D.D., *Pragmatics of Human Communication*, 1967 New York, W.W. Norton. Tr. it.: *Pragmatica della Comunicazione Umana*, Astrolabio, Roma 1971.

8. Questi esempi sono riportati nel libro di THOMSON G., KHAN K., *PNL per i Medici*, Alessio Roberti Editore, Ugnano (Bg), 2009, pp. 123-124.



Nel Rapporto PIT Salute 2010 del Tribunale dei Diritti del Malato<sup>9</sup>, si può leggere chiaramente che:

ciò che spesso spinge i cittadini a contattarci è l'impressione di esser stati poco presi in considerazione nelle richieste e nel rispetto dei diritti; in tale ottica, di frequente le motivazioni del disagio sono attribuite più che altro a mancanze di attenzione e di comunicazione, e la rabbia che ne deriva conduce alla segnalazione, alla richiesta di indagine e all'accertamento delle eventuali responsabilità.

Generalmente poi seguono istruttorie interne e costose azioni legali che gli avvocati degli ospedali (o delle assicurazioni degli ospedali) devono affrontare, e che poi noi risarciamo tramite le tasse che paghiamo.

In ambito aziendale si manifesta lo stesso problema, se da una parte l'utente ha la percezione di non essere ascoltato dall'azienda (reclami, lamentele, ecc.) dall'altra, l'azienda stessa, mancando di una comprensione piena delle problematiche, adotta provvedimenti che si rivelano slegati e indipendenti dai problemi dei fruitori, in antitesi con l'ideale di efficacia ed efficienza del servizio, rappresentando talvolta un vero e proprio spreco di denaro.

Allora forse non è tanto un problema di "contenuti" quanto di "modalità" di comunicazione; in tutte le aziende, pubbliche o private, in tutti i contesti nei quali siamo in contatto con altre persone, dall'ambito lavorativo all'ambito familiare, avvengono scambi comunicativi che possono rovinare o esaltare i rapporti, per non parlare dell'ambito psicoterapeutico nel quale un'errata comunicazione porta a veri e propri disastri psichici.

A volte abbiamo sentito dire dal personale sanitario: "certo che ci sono delle persone che proprio non capiscono", "gliel'ho detto in tutte le salse", "ho visto che proprio non mi ascolta", "gli parlo ma non mi capisce", "quando parlo non mi segue", "non sente il peso delle mie parole". Se il risultato della comunicazione è nel responso che se ne ottiene allora, nel caso di un "risultato non desiderato" è necessario cambiare il processo comunicativo. La ripetizione di una frase o di un concetto non assicura l'interiorizzazione del messaggio da parte

9. Tribunale dei Diritti del Malato, "Diritti: non solo sulla carta", Rapporto PIT Salute 2010, p.34, [www.tribunaledirittimalato.it](http://www.tribunaledirittimalato.it)

dell'ascoltatore. È inutile ripetere allo stesso modo lo stesso messaggio. Se il risultato non è quello desiderato bisogna essere creativi e cambiare il modo di comunicarlo.

Comunicazione efficace è anche e soprattutto risparmio di tempo.

Forniamo un ultimo esempio nel campo medico sempre tratto da "PNL per i Medici":

non può essere pronta a partorire. Non prova ancora male a sufficienza (una ostetrica a una donna in travaglio).

Il presupposto è che la paziente farà di tutto per provare dolore pur di partorire. Riformulato potrebbe essere:

non tutte sono rilassate quanto lei quando sono pronte a partorire e lei mi sembra piuttosto a suo agio. Diamo un'occhiata e vediamo quanto manca, così possiamo accertarci che continui ad andare tutto alla perfezione.

Una cosa molto interessante da sapere è che questo assunto "Il significato della comunicazione è nel responso che se ne ottiene" affonda le sue radici nel campo aziendale.

In passato, le aziende mettevano in atto azioni di comunicazione verso i probabili clienti (pubblicità) senza assicurarsi della "ricezione".

In seguito si accorsero che non bastava più "parlare" al pubblico, era necessario anche "ascoltarlo".

Iniziarono così a studiare nuovi modi per raccogliere "feedback" dai clienti, in poco tempo si moltiplicarono i questionari di gradimento che oggi possiamo trovare quando usufruiamo di un qualsiasi servizio o come quando facciamo il tagliando della macchina o quando andiamo in ospedali attenti a pazienti e con una buona "Area Qualità".

Le aziende passarono dal valutare il *costo per contatto* cioè il costo unitario sostenuto per raggiungere il cliente, al valutare la *redemption* cioè la percentuale di risposte ricevute (tasso di risposta<sup>10</sup>) per calcolare infine il *costo di acquisizione* della risposta ovvero il rapporto tra costo-contatto e la redemption, e che rappresenta la spesa promozionale unitaria sostenuta.

10. "Misuriamo i risultati di una campagna di marketing", RATIO Soluzioni, n. 4, 2006 5075, p.74.

Il "costo di Acquisizione" rappresenta quindi il costo sostenuto dall'azienda per ottenere una risposta positiva tenendo conto anche delle risposte negative ottenute dalla campagna pubblicitaria.

È da notare che le più grandi aziende "al mondo" valutano *sempre* la risposta alle proprie campagne di comunicazione.

Il processo di comunicazione si chiude quando si ascolta il responso della propria comunicazione, quando ci si assicura che esso è congruente con le nostre intenzioni.

A volte si possono trovare strade nuove e inesplorate per farsi comprendere dai propri pazienti; infatti un messaggio ben lanciato può suscitare importanti reazioni in loro.

Essere flessibili e fare in modo che la comunicazione arrivi all'obiettivo è ciò che fa la differenza tra un medico-strumento, che ha tutte le conoscenze necessarie a svolgere il suo lavoro ma che non crea molta alleanza terapeutica col paziente e, il medico-maestro, che oltre ad avere tutte le conoscenze tecniche del suo lavoro è anche una "guida" per il suo paziente.

Un medico-maestro è colui che sa indirizzare il paziente verso la risoluzione dei suoi problemi fisici-psichici e, per farlo, deve conoscere anche una serie di strumenti linguistici che possono aiutarlo a raggiungere questo scopo.

## 6. Il problema della comunicazione nell'Azienda sanitaria

Il problema della relazione fra la Struttura sanitaria ed i suoi fruitori, *in primis* dal punto di vista delle scelte comunicative messe in atto dalla Struttura stessa, viene affrontato raramente ed in modo poco soddisfacente rispetto ad un'auspicabile ricaduta applicativa diretta a migliorare lo spesso insoddisfacente flusso comunicativo che si instaura in tale relazione. Accade a volte che manifestazioni di malumore di utenti insoddisfatti per i servizi resi dalla azienda non vengano raccolte in maniera adeguata proprio per la mancanza di punti d'incontro tra domanda dell'utente e flussi comunicativi poco attenti, scarsamente flessibili nella quotidianità standardizzata delle procedure, poco focalizzati sull'individuo e incapaci di soddisfare istanze che esulino da risposte pre-impostate.

Se da una parte l'utente ha la percezione di non essere ascoltato dall'azienda, dall'altra, l'azienda stessa, mancando di una comprensione piena, adotta provvedimenti che si rivelano, a volte, slegati e indipendenti dai problemi dei fruitori, in antitesi con l'ideale di efficacia ed efficienza del servizio, rappresentando un vero e proprio spreco di denaro.

Un'altra riflessione qui appare cruciale. Per quanto lo Stato cerchi di perseguire un'ideale "aziendalizzazione" della Sanità italiana, quello che manca, in alcuni casi, è proprio l'*idea di azienda*. L'attenzione a reclami, lamentele, consigli e critiche degli utenti, è parte integrante dell'attività aziendale, è uno degli elementi principali che permette di avere dei clienti più soddisfatti, che vedono appagato il proprio "diritto di parola". Il giusto ascolto ed una comunicazione chiara ed efficiente conducono sempre a dei risultati benefici e non è un caso che, le più grandi aziende al mondo, abbiano tutte un'ottima sezione di *Customer Relationship*.

Ma la bontà di queste scelte strategiche non è ancora ben chiara alla nostra sanità. Troppo spesso, soprattutto ai vertici delle strutture, ancora si pensa che la comunicazione sia un accessorio del "core business", che i reclami e le lamentele siano degli elementi marginali: l'Ufficio Relazioni col Pubblico (URP) c'è perché ci "deve" essere come indica la Legge 7 giugno 2000 n.150 — Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni che, tra le altre cose, all'art. 8 prevede: di attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti). Meno persone vi lavorano più l'azienda può risparmiare su risorse già scarse; raccogliere troppi reclami vuol dire perdere denaro; queste e molte altre convinzioni simili portano a non dedicare la giusta attenzione alla comunicazione messa in atto dalla propria azienda.

A queste riflessioni si legano altri interrogativi.

Quando il tema non viene ignorato, come reagiscono le strutture alle problematiche legate alla comunicazione?

Quando vengono fatte ricerche sui malesseri dei cittadini o sulle lamentele più comuni, come si riflettono sulle scelte strategiche delle strutture?

E poi, qual è la percezione che le strutture hanno di se stesse e dei relativi "competitors"?

La consapevolezza della propria immagine o il desiderio di comunicare un'immagine di un certo tipo, potrebbe infatti influire in modo determinante sulle scelte messe in atto per migliorare i servizi offerti.

Per procedere con una analisi delle criticità di comunicazione delle aziende sanitarie si può partire da quello applicato per le Aziende produttrici di beni o erogazione di servizi, valutando sotto questo aspetto, i livelli essenziali di comunicazione dell'Azienda sanitaria nella loro forma classica di comunicazione telematica, locale, relazionale e di confine.

Non esistono attualmente delle linee guida per una comunicazione essenziale ed efficiente in sanità, perciò faremo riferimento ai 5 fattori portanti della *comunicazione aziendale*:

- a) la *comunicazione telematica*, in particolare lo sviluppo dei Siti web e social media, in termini di efficacia ed efficienza della comunicazione;
- b) la *comunicazione visiva locale*, in particolare la comunicazione strategica e strutturale (le linee cromatiche alle indicazioni dei reparti, la visibilità e leggibilità dei badge del personale medico-sanitario, ecc.);
- c) l'*approccio alla comunicazione* dei direttori Urp;
- d) il *brand ospedaliero* nella moderna accezione aziendale di "Marca", ossia valutazione della percezione esterna che si ha di un dato ospedale, soprattutto in termini di comunicazione efficace;
- e) la *percezione interna* delle problematiche reali affrontate giornalmente dal personale sanitario nei confronti della comunicazione con i fruitori.

#### 6.1. *La comunicazione telematica*

Oggi gli strumenti forniti dal mondo delle nuove tecnologie permettono di fornire incredibili servizi agli utenti. Dalla possibilità di prenotare un numeretto mentre si arriva all'ospedale evitando inutili attese, alla possibilità di ricevere informazioni di tutti i generi sul proprio smartphone, dalle videoconferenze in streaming per i pazienti ricoverati, al ritiro dei referti online, dalla telemedicina alle cartelle cliniche elettroniche, dalla creazione di community alle chat con i medici.

I siti web sanitari dovrebbero rispettare, almeno in linea generale, i canoni comuni di comunicazione, in termini di *web-identity*, *web-usability* e *web-navigability*.

Per quanto riguarda la navigazione internet bisogna ricordare che non tutti gli utenti sono in grado di utilizzare indicazioni visive come immagini sensibili, barre di scorrimento proporzionali, frame affiancati o comunque elementi grafici che guidano gli utenti normo-vedenti all'interno dei normali browser grafici.

Gli utenti, possono inoltre perdere informazioni relative al contesto qualora possano vedere solo una parte della pagina, o perché accedono alla pagina tramite *una parola per volta*: sintesi vocale o display braille, oppure tramite *una sezione alla volta*: schermi assai piccoli come ad esempio, quelli degli smart-phone, per ovviare a molti di questi problemi è importante rispettare due fattori molto importanti: l'accessibilità secondo gli standard del "W3C" (*The World Wide Web Consortium* (W3C) è un ente internazionale che sviluppa standard per lo sviluppo a lungo termine del Web) e l'aderenza ai principi di corretta comunicazione sanitaria digitale (come ad esempio gli standard dell'*Hon Code*, una certificazione che si ottiene dalla *Health On the Net Foundation* che ha lo scopo di migliorare la qualità delle informazioni on-line riguardanti il settore sanitario).

## 6.2. La comunicazione visiva locale

Quando un paziente / visitatore entra in un ospedale la prima forma di comunicazione con cui viene a contatto è l'ambiente fisico. I colori, le indicazioni, la cartellonistica e la segnaletica (in lingua italiana o inglese) sono fattori importanti che colpiscono il fruitore nell'orientamento all'interno della struttura e ne prevencono il disagio da disorientamento. La leggibilità della segnaletica e la *font* utilizzata dovrebbero essere proporzionati all'ambiente in cui sono immersi. I fattori di leggibilità sono:

- dimensione del carattere;
- contrasto testo-sfondo e contrasto cromatico;
- interferenza con lo sfondo;
- tipo di carattere;
- testo tutto maiuscolo;

- spaziatura del testo;
- supporti.

A supporto dei fattori di leggibilità è necessario considerare anche il concetto di leggibilità linguistica che riguarda l'uso del linguaggio in tutte le sue forme, dalla scelta della singola parola alla sintassi impiegata nell'organizzazione della proposizione complessa. Infine, come per ogni azienda importante, dovrebbe essere comunicato fortemente in ogni struttura sanitaria il proprio *Pay-off* che riassume la *mission* e la *vision* della azienda, la sua "dichiarazione di intenti" e di quali valori la spingono a raggiungerli.

### 6.3. L'approccio alla comunicazione degli URP

L'Urp è il punto di contatto tra le esigenze non accolte dei pazienti e la struttura. Spesso, anche se dovrebbe avere compiti formativi e comunicativi, l'URP si riduce a "ufficio lamentele".

È però interessante notare che la maggior parte dei reclami rilevati dagli URP siano di natura organizzativa e strutturale. Sono poche le lamentele riguardanti l'aspetto "relazionale" degli operatori, ciò è interessante. Teresa Petrangolini, segretario generale di Cittadinanzattiva e portavoce del "Tribunale dei diritti del malato" ha puntato un faro sulla sempre maggiore necessità di umanizzare il malato:

«Il problema non è curare, ma prendersi cura del malato» ha spiegato. E poi ha puntualizzato: «Su 100 segnalazioni, da parte dei pazienti, di sospetti errori, il 44% ha avuto esito negativo e non è riuscito ad intraprendere un'azione legale. La maggior parte delle denunce riguarda le relazioni paziente-medico, i ritardi nelle diagnosi e nell'arrivo della documentazione clinica».

Il problema allora, sembra quello di riuscire a stimolare gli utenti ad esporre anche i problemi di tipo relazionale. A questo scopo occorre trovare nuovi strumenti per aiutare gli utenti ad esprimere le proprie idee e riflessioni, elementi che possono trasformarsi in una risorsa per la struttura.

La maggior parte delle lamentele rilevate riguardano aspetti "Tecnico-organizzativi" come: liste di attesa e CUP, ma in alcuni casi vengono riportati anche problemi di segnaletica interna.

I "buchi e disservizi" e quindi, la soddisfazione degli utenti ma anche dei medici che lavorano all'interno, potrebbero essere evitati tramite un semplice strumento comunicativo come potrebbe essere il "recall telefonico". È da sottolineare però che il front-office amministrativo degli ospedali è particolarmente delicato. Il personale si trova a confrontarsi con persone che hanno problemi di salute che incidono sul loro stato emotivo, la tipologia di pubblico estremamente eterogenea e i suoi diversi stati di attesa emotiva pongono problemi di relazione delicati e complessi.

L'immagine stereotipale del "front office" per accedere alle prestazioni specialistiche ambulatoriali corrisponde ad un "ring" con i due avversari che si fronteggiano ognuno con i propri schemi difensivi. È un "rapporto di forza" tra chi si trova "al di qua e al di là dello sportello". Un rapporto di forza che porta il paziente ad essere già sulle "spine" prima ancora di incontrare il medico che lo avrà in cura.

#### 6.4. Il brand ospedaliero

La marca è un nome o un simbolo distintivo (per esempio un logo, un marchio, il design di una confezione) che serve ad identificare i beni o i servizi di un venditore e a differenziarli da quelli di altri concorrenti.

Nella maggior parte dei casi, l'evoluzione del concetto di brand, fa sì che non siano più solo i prodotti a dare un valore effettivo associato alla Marca, bensì che essa sia diventata un'entità autonoma, circondata da un mondo in cui il consumatore viene avvolto, attraverso emozioni e valori che le sono stati costruiti intorno.

La Young&Rubicam (multinazionale leader nella comunicazione), utilizza dal 1998 un modello chiamato BAV — *Brand Asset Valuator* che attraverso 56 regole misura e valuta la notorietà di un brand per intervenire sul suo futuro. Tale modello è stato adattato nel campo sanitario prendendo il nome di AVoHB" (*Analisis Valuator of the Hospital's Brand*) ovvero l'analisi della Marca/Struttura sanitaria tramite 4 elementi e 6 indicatori principali: *Diversità, Rilevanza, Stima e Familiarità*. Il modello permette di esaminare l'immagine di un brand dalla nascita al declino e di considerare come si presenta nella mente del fruitore, una marca di successo rispetto ad una debole.



### 6.5. La percezione interna delle problematiche

I disagi che vive il personale dell'ospedale potrebbero essere mitigati da una corretta ed efficace comunicazione sia verso i pazienti e familiari sia verso i propri colleghi. Per quanto riguarda la comunicazione verso i pazienti e familiari si tratta di comunicare tutto ciò che può essere utile al normale svolgimento delle attività lavorative, potrebbe essere il caso di spiegare ai pazienti le regole dell'isolamento da contatto, oppure spiegare perché durante la degenza o l'utilizzo di un servizio (come il laboratorio analisi) gli verrà chiesto più volte il suo nome/cognome e data di nascita. Ma occorre curare anche la comunicazione efficace del passaggio di consegne tra i diversi turni di guardia o la prescrizione verbale/telefonica (di norma vietata se non in casi di urgenza), infine la comunicazione scritta verso i colleghi ove c'è necessità di usare un linguaggio condiviso e a volte incomprensibile ai profani e la comunicazione scritta verso i pazienti che invece deve essere comprensibile anche a distanza di tempo.

### 7. Gli Standard Joint Commission International

Per confermare quanto, a livello mondiale, siano importanti gli aspetti legati alla comunicazione in sanità non possiamo non citare gli standard di eccellenza dell'accreditamento JCI, un sistema di accreditamento per ospedali e centri sanitari che si basa su standard di qualità e sicurezza di portata internazionale.

Nella IV edizione del Manuale JCI per l'accreditamento, gli standard relativi alla comunicazione, sono sparsi in tutto il manuale oltre che ad avere l'onore di un intero capitolo a loro dedicato (capitolo MCI — *Management of Communication and Information*) essi sono:

- 1) migliorare l'efficacia della Comunicazione (IPSG 2);
- 2) all'atto del ricovero il paziente e i suoi familiari ricevono informazioni sul trattamento proposto, gli esiti attesi del trattamento e i costi presunti eventualmente a carico del paziente (ACC.1.2);
- 3) l'organizzazione si adopera per ridurre le barriere fisiche, LINGUISTICHE, culturali e di altro tipo che possono ostacola-

- re l'accesso all'assistenza sanitaria e l'erogazione dei servizi (ACC.1.3);
- 4) il paziente e, laddove appropriato, i suoi familiari, ricevono istruzioni Comprensibili di Follow-up (ACC.3.4);
  - 5) l'organizzazione informa il paziente e i familiari, con un metodo e un linguaggio ad essi comprensibili, sulle modalità di comunicazione delle condizioni cliniche e delle diagnosi accertate, delle cure e dei trattamenti programmati e su come essi possano intervenire nelle decisioni cliniche, nella misura in cui sceglieranno di partecipare (PFR.2.1)
  - 6) l'organizzazione informa il paziente e i familiari sulle modalità di comunicazione degli esiti delle cure e dei trattamenti, ivi compresi gli esiti inattesi, e su chi sarà il loro referente al riguardo (PFR.2.1.1);
  - 7) l'organizzazione informa il paziente e i familiari sui loro diritti e doveri in relazione al rifiuto o alla sospensione del trattamento clinico (PFR.2.2);
  - 8) l'organizzazione informa il paziente e i familiari sia sui processi da essa attivati per accogliere e rispondere a reclami, conflitti e divergenze d'opinione che hanno per oggetto l'assistenza fornita al paziente, sia sul diritto del paziente di partecipare a questi processi (PFR.3);
  - 9) tutti i pazienti sono informati dei propri diritti e doveri con un metodo e un linguaggio ad essi comprensibili (PFR.5);
  - 10) il consenso informato del paziente è acquisito attraverso un processo definito dall'organizzazione e implementato da personale addestrato, con un linguaggio comprensibile dal paziente (PFR.6);
  - 11) il paziente e i familiari ricevono informazioni adeguate sulla malattia, sul trattamento proposto e sui professionisti sanitari affinché possano prendere decisioni consapevoli (PFR.6.1);
  - 12) l'organizzazione informa il paziente e i familiari su come accedere a ricerche cliniche, studi clinici o sperimentazioni cliniche su soggetti umani (PFR.7);
  - 13) l'organizzazione informa il paziente e i familiari sulle modalità di tutela dei pazienti che scelgono di partecipare a ricerche cliniche, studi clinici o sperimentazioni cliniche (PFR.7.1);
  - 14) L'organizzazione informa il paziente e i familiari sulle mo-

- dalità di espressione della scelta di donare organi e tessuti (PFR.10);
- 15) l'organizzazione fornisce l'educazione sanitaria a supporto della partecipazione attiva del paziente e dei familiari alle decisioni terapeutiche e ai processi assistenziali (PFE.1);
  - 16) la capacità e la volontà di apprendere del paziente e dei familiari sono valutate (PFE.2.1);
  - 17) le metodologie educative prendono in considerazione le preferenze e i valori del paziente e dei suoi familiari, favorendo un'adeguata interazione tra il paziente, i familiari e il personale sanitario ai fini dell'apprendimento (PFE.5);
  - 18) i leader dell'organizzazione garantiscono l'attendibilità di tutti i dati pubblicati ufficialmente dall'organizzazione, ivi compresi i dati pubblicati su un sito web accessibile al pubblico (QPS.5.1);
  - 19) i responsabili del governo dell'organizzazione approvano la missione dell'organizzazione e la rendono pubblica (GLD.1.1);
  - 20) il quadro sistematico di riferimento adottato dall'organizzazione per una gestione secondo criteri di eticità abbraccia il marketing, i ricoveri, i trasferimenti e le dimissioni, nonché la divulgazione dell'identità della proprietà e di tutti i conflitti professionali ed economici che potrebbero non essere nel migliore interesse del paziente (GLD.6.1);
  - 21) l'organizzazione comunica con la popolazione di riferimento al fine di facilitare l'accesso all'assistenza e l'accesso alle informazioni sui servizi sanitari da essa erogati (MCI.1);
  - 22) l'organizzazione informa pazienti e familiari sulle cure e i servizi erogati e sulle modalità di accesso ai servizi (MCI.2);
  - 23) le attività di comunicazione ed educazione rivolte a pazienti e familiari sono tenute in un formato e in un linguaggio ad essi comprensibili (MCI.3);
  - 24) la comunicazione è efficace in tutta l'organizzazione (MCI.4);
  - 25) i leader garantiscono l'efficacia della comunicazione e del coordinamento tra i professionisti e i dipartimenti responsabili dell'erogazione di servizi clinici (MCI.5);
  - 26) le informazioni sulla cura del paziente e sulla sua risposta al trattamento sono condivise tra i professionisti medici, infermieri e sanitari in genere durante ogni turno di lavoro e tra un turno e l'altro (MCI.6);

- 27) la cartella clinica è a disposizione dei professionisti sanitari al fine di facilitare la comunicazione delle informazioni essenziali (MCI.7);
- 28) le informazioni relative alla cura del paziente sono trasferite insieme al paziente (MCI.8);
- 29) l'organizzazione pianifica e progetta i processi per la gestione delle informazioni atti a soddisfare i fabbisogni informativi interni ed esterni (MCI.9);
- 30) le informazioni sono trattate nel rispetto della *privacy* e della riservatezza (MCI.10);
- 31) la sicurezza delle informazioni è preservata, ivi compresa l'integrità dei dati (MCI.11);
- 32) i fabbisogni di dati e informazioni dentro e fuori l'organizzazione sono corrisposti tempestivamente in un formato che risponde alle aspettative degli utilizzatori e con la frequenza desiderata (MCI.14).

In conclusione, l'arte della comunicazione sanitaria non è soltanto la gestione del sito internet, il rapporto con i giornalisti, il raccogliere le lamentele. È un "saper essere" che deve riguardare ogni persona che entra in contatto con il paziente o con il familiare, dalla segnaletica al personale dell'help desk, dal passaggio di consegne tra medici o infermieri alla comunicazione telefonica, dalle App per cellulari alla condivisione di un caffè col medico o l'infermiere, dal ritiro di un referto / cartella clinica a una spalla su cui piangere. Un cambiamento culturale che si può attuare in un ospedale solo tramite una profonda e continua formazione interna.

Se tratti la malattia puoi vincere o perdere. Se tratti il malato vinci sempre.

## Note bibliografiche

- VILLAMIRA M.A., *Comunicazione e interazione*, Franco Angeli, Milano 1995.
- CIPOLLA C., GIARELLI G., ALTIERI L., *Valutare la qualità in sanità*, Franco Angeli, Milano 2002.
- AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA REGIONE LAZIO E SISTEMA INFORMATIVO ASSISTENZA SPECIALISTICA, *Corso di aggiornamento sul sistema informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale ed il centro unico di prenotazione SIAS — CUP*, Roma 2004. Disponibile online su: [http://www.asplazio.it/asp\\_online/att\\_territoriale/files/sias/bacheca/formazione/acchet\\_paz\\_clienti.pdf](http://www.asplazio.it/asp_online/att_territoriale/files/sias/bacheca/formazione/acchet_paz_clienti.pdf)
- BEZZI L., *L'approccio sistemico in psicoterapia: presupposti teorici e caratteristiche del modello*, Obiettivo Benessere, Rimini 12 dicembre 2010.
- BARRETT L., DORKO P.T., *Analgesia del movimento: attività ideomotoria e terapia manuale*, Centro Ricerche e Studi Osteopatici, Como, 12 settembre 2010. Un approfondimento è disponibile in: Spitz H., *Nonconscious Movements: From Mystical Messages to Facilitated Communication*, Manwah, NJ: Lawrence Erlbaum: 1997.
- MEHRABIAN A., *Nonverbal Communication*, Aldine Transaction, New Brunswick 2008. Mehrabian A., Susan R. Ferris, *Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels*, «Journal of consulting psychology», n. 31(3), June 1967, pp. 248–252.
- , *Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships*, «Psychological Bulletin», n. 71(5), May 1969, pp. 359–372.
- BONOCORE I., *Io Mentore e la Quinta Disciplina*, Edizioni Nuova Cultura, Roma 2013, p. 17.
- WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON D.D., *Pragmatics of Human Communication*, 1967, New York, W.W. Norton. Tr. it.: *Pragmatica della Comunicazione Umana*, Astrolabio, Roma 1971.
- THOMSON G., KHAN K., *PNL per i Medici*, Alessio Roberti Editore, Urganò (Bg) 2009, pp. 123–124.
- TRIBUNALE DEI DIRITTI DEL MALATO, *Diritti: non solo sulla carta*, Rapporto PiT Salute 2010, p.34, [www.tribunaledirittimalato.it](http://www.tribunaledirittimalato.it) “Misuriamo i risultati di una campagna di marketing”, RATIO Soluzioni, n. 4, 2006 — 5075, p.74.

ARDITI A., *Typograpy, Legibility and Low Vision*, Lighthouse International, St. Louis 1996.

AAKER D.A., *Managing Brand Equity*, 1991.

Claudio Pensieri

Trainer di programmazione neurolinguistica medica  
Policlinico Campus Bio-Medico di Roma