

COMUNICAZIONE E SALUTE

5

Direttore

Michaëla LIUCCIO
Sapienza Università di Roma

Comitato scientifico

Rita BIANCHERI
Università di Pisa

Carla COLLICELLI
Fondazione CENSIS — Centro Studi Investimenti Sociali

Giuseppe FATTORI
Università di Bologna

Eugenio GAUDIO
Sapienza Università di Roma

Marco INGROSSO
Università di Ferrara

Francesco LOMBARDO
Sapienza Università di Roma

Mario MORCELLINI
Sapienza Università di Roma

Fabio NARO
Sapienza Università di Roma

Peter SCHULZ
Università della Svizzera Italiana

COMUNICAZIONE E SALUTE



La salute è sempre più, oggi, un problema/discorso politico, sociale ed economico. La comunicazione regola il cambiamento della percezione del rapporto salute-malattia e delle problematiche deontologiche e bioetiche, nonché la diffusione dell'operatività e dell'innovazione biotecnologica. La collana pone un'attenzione particolare a contributi di analisi e riflessioni che si pongono nella prospettiva di far crescere le conoscenze e le competenze di più figure professionali che possono avere un ruolo fondamentale nella realizzazione di questo percorso delineato.

La presente collana ha il fine di sollecitare analisi e riflessioni attorno a criticità e possibili sviluppi del rapporto tra la comunicazione e la salute.

Le società contemporanee sono state definite “della salute” perché caratterizzate da una crescente aspettativa di vita e benessere; dalla presenza di sistemi di assistenza sanitaria in espansione; da un mercato privato della salute in rapida crescita; dal prevalere della salute come tema dominante nel discorso politico e sociale e come diritto di cittadinanza. La salute è sempre più, dunque, un problema/discorso politico, sociale ed economico. La comunicazione regola il cambiamento della percezione del rapporto salute-malattia e delle problematiche deontologiche e bioetiche, nonché la diffusione dell'operatività e dell'innovazione biotecnologica.

La risposta alla salute del futuro sta in un'alleanza forte tra medicina e politica. La ricerca medica deve definire le sue priorità e distribuire i propri finanziamenti in modo da programmare studi davvero utili, mentre alla politica spetta l'individuazione dei bisogni reali della popolazione e lo sviluppo di infrastrutture adeguate per la ricerca, la cura, l'accoglienza e la prevenzione.

La sfida più grande è nella promozione di stili di vita sani, focalizzando l'attenzione sulle risorse che permettono agli individui di mantenersi in stato di benessere, mettendo l'accento sul rafforzamento delle risorse e della “resilienza” e coinvolgendo inevitabilmente i determinanti sociali della salute.

Di conseguenza l'educazione gioca un ruolo rilevante sia come determinante sociale fondamentale sia come strategia specifica (educazione alla salute) nell'incrementare le conoscenze e le competenze della popolazione necessarie allo sviluppo e al mantenimento di una buona condizione fisica individuale e della comunità. La cultura della salute, la *health literacy*, diventa sempre più una componente critica necessaria per agire in qualità di cittadini informati e competenti nella gestione della salute personale e all'interno del complesso sistema delle società contemporanee.

Un'attenzione particolare è rivolta a contributi di analisi e riflessioni che si pongono nella prospettiva di far crescere le conoscenze e le competenze di più figure professionali che possono avere un ruolo fondamentale nella realizzazione di questo

percorso delineato, dalla formazione alla ricerca e all'applicazione professionale, dal *risk management* al *fund raising*, dalla comunicazione interna ed esterna degli istituti sanitari alla valorizzazione di prodotti e brevetti, dalle attività di comunicazione di aziende pubbliche e private alla progettazione di campagne di prevenzione.

Luca Pianigiani

**La comunicazione e la relazione telefonica
in ambito socio-sanitario**

Il modello SAFIRIA

Prefazione di
Anna Maria Padovan





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXIX
Gioacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.gioacchinoonoratieditore.it
info@gioacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-2674-5

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: agosto 2019

Indice

- 9 *Presentazione*
- 11 *Prefazione*
di Anna Maria Padovan
- 15 *Introduzione*
- 25 **Capitolo I**
La comunicazione in ambito sanitario
1.1. Le aree della comunicazione, 26 – 1.2. Il marketing sanitario, 30 –
1.2.1. *Marketing istituzionale o brand marketing*, 35 – 1.2.2. *Marketing dei
servizi sanitari*, 38 – 1.2.3. *Marketing sociale*, 41 – 1.2.4. *Marketing per il
fundraising*, 44.
- 47 **Capitolo II**
Fare comunicazione in ambito sanitario
2.1. Comunicazione ed era digitale in Sanità, 48 – 2.2. Modelli operativi:
call e contact center in Sanità, 52.
- 65 **Capitolo III**
I servizi di front line nella rete dei servizi socio-sanitari
- 73 **Capitolo IV**
Le competenze di counselling e la relazione di aiuto in sanità
4.1. Psiche e relazioni, 77 – 4.1.1. *I livelli della personalità e la mappa delle
sub-personalità*, 80 – 4.1.2. *Distinguere i ruoli, riconoscere i bisogni*, 82 –
4.2. Le funzioni psicologiche e le leggi della psicodinamica: l'impatto
nella relazione con sé stessi e gli altri, 86.
- 93 **Capitolo V**
Il counselling telefonico

- 103 **Capitolo VI**
Setting, qualità e competenze per la relazione telefonica
- 111 **Capitolo VII**
Il modello SAFIRIA
- 7.1. *Setting* (creare lo spazio d'incontro), 112 – 7.2. *Accogliere*, 113 – 7.2.1. *Rimanere in ascolto*, 115 – 7.2.2. *Raccogliere le informazioni*, 117 – 7.2.3. *Cogliere l'energia*, 117 – 7.2.4. *Agire consapevolmente*, 118 – 7.2.5. *Oltre le parole... oltre il silenzio*, 119 – 7.3. *Focalizzare il problema*, 120 – 7.4. *Individuare un obiettivo*, 123 – 7.4.1. *Insieme all'arrivo inizia a delinearci anche il percorso*, 124 – 7.5. *Responsabilizzare*, 125 – 7.6. *Intesa*, 125 – 7.7. *Accompagnare*, 126 – 7.8. *Scheda riassuntiva degli aspetti influenzanti un processo di counselling telefonico efficace*, 129 – 7.9. *L'utilizzo della tecnica della riformulazione*, 130.
- 133 **Capitolo VIII**
Gli utenti che non vorrei avere
- 8.1. *L'utente che ha diritto "a tutto e subito"* (pretesa vs cura e attesa dei processi), 133 – 8.2. *L'utente arrabbiato con il "sistema"* (aggressivo), 134 – 8.3. *L'utente ricattante* (il ricatto come strumento risolutivo, vittima/aguzzino), 135 – 8.4. *L'utente remissivo e delegante*, 137 – 8.5. *L'utente "innamorato" dell'operatore*, 138 – 8.6. *L'utente "sfigato"*, 140 – 8.7. *L'utente "stalker"*, 142 – 8.8. *L'utente alla ricerca di una "hot-line gratuita"*, 143.
- 147 **Capitolo IX**
Quando il supporto psicologico telefonico è professionale
- 153 *Conclusioni*
- 155 *Ringraziamenti*
- 157 *Bibliografia*

Presentazione

Perché scrivere ancora di comunicazione in sanità e spingersi fino a creare un modello di *counselling* per la relazione di aiuto telefonica?

Sono stati scritti fiumi di libri sulla comunicazione in sanità, ma crediamo che ognuno abbia raffigurato una prospettiva diversa, non integrata con le altre, offrendone spesso una visione parcellizzata. Teorie che sembrano appartenere solo a chi, come manager, sviluppa il piano di comunicazione o di marketing, ma che ci raccontano poco di come si lavora al telefono in un servizio di *front line*.

Marginali sono i libri che parlano di come si costruisce una relazione al telefono. Questi provengono solitamente dalle teorie del marketing privato e dalle teorie della psicologia della persuasione in cui l'obiettivo prioritario è vendere un prodotto. Pochi sono i libri che parlano dell'intervento telefonico in sanità e solitamente provengono da esperienze oltre oceano.

Tutto ciò sembra rendere evidente che: *Chi “fa comunicazione” non risponde al telefono — Chi risponde al telefono non conosce il piano di comunicazione*. Due facce della stessa medaglia che non si parlano a sufficienza.

Un servizio telefonico è l'anello di congiunzione tra servizi interni ad una organizzazione (pubblica o privata) e il suo pubblico (utenti). Rappresenta una posizione di grande responsabilità che può divenire scomoda se questa rete con riconosce la valenza di questo servizio. In sanità i clinici, spesso non conoscono la valenza dei servizi di comunicazione al cittadino e soprattutto le potenzialità rispetto al loro stesso lavoro. Lo stesso management non sempre coglie tutto il potenziale dei propri servizi. Come sempre, ma soprattutto in questo periodo storico, di profonda ristrutturazione dei sistemi sanitari diviene necessario investire in comunicazione. Il valore che le organizzazioni stesse possono ricavarne in termini di credibilità, efficienza e sostegno al cambiamento è immenso.

Da qui nasce l'idea di questo libro, provando a condensare alcuni aspetti della comunicazione sanitaria insieme alla proposta di un modello di relazione telefonica. Scritto per chi “fa la comunicazio-

ne”, ovvero per chi incontra telefonicamente cittadini che chiedono aiuto ai servizi che si occupano di salute pubblica. Scritto per le organizzazioni che mirano ad investire su questi aspetti.

Prima di parlare della relazione telefonica, fulcro di tutto questo multiverso sistema, in questo libro attraverseremo il mondo della comunicazione sanitaria accarezzandone quanti più aspetti possibili. Cercheremo di comprendere il senso della comunicazione in sanità, le sue forme, i mezzi, i servizi, per evidenziare come tutti questi convergano in una sola necessità: allineare la capacità di informazione, comunicazione, relazione, di aziende, istituzioni e associazioni no profit, ai bisogni dei cittadini che si rivolgono a loro.

Si intravede la necessità di promuovere un modello di *counselling* da applicare nella relazione telefonica, utile a chi lavora negli Uffici Relazione con il Pubblico della Aziende Sanitarie ma applicabile anche in chi si occupa di *help line*, ovvero dove la componente emotiva governa la domanda. Non un modello specifico per l'uno o l'altro servizio, perché quando si risponde al telefono non possiamo scegliere a chi rispondere e le situazioni e i bisogni delle persone possono essere veramente i più multiversi.

Per questo caro lettore, ti saranno presentati tanti aspetti della comunicazione sanitaria e della relazione telefonica, con l'obiettivo di promuovere qualità personali e competenze professionali. Non disperare se leggendo un capitolo dietro l'altro, si apriranno sempre nuove porte. Questo è il mondo della comunicazione.

Prefazione

ANNA MARIA PADOVAN*

La lettura di questo libro è un viaggio fatto tra la bellezza dell'essere umano e tutte le sue potenzialità, qualità e risorse che, quando vengono riconosciute, canalizzate ed espresse, facilitano l'incontro autentico e l'espressione delle soluzioni personalizzate. Tutto questo facilita l'evoluzione dell'umanità rispondendo anche al bisogno di armonia, bellezza, gioia, comprensione, luce e amore.

Spesso queste qualità non vengono usate nel gergo quotidiano, a volte vengono interpretate come fantasie o parole astratte, in realtà sono desiderate da ognuno di noi e spesso ricercate nel quotidiano sia personale, sia professionale.

Quando entriamo dal panettiere e ci accoglie un venditore o una commessa sorridente ci piace, ci fa star bene, e sovente ritorniamo in quel luogo anche inconsapevolmente perché la nostra mente e il nostro cervello ricerca uno stato di benessere.

Quando telefoniamo a qualcuno, o rispondiamo ad una chiamata telefonica, comprendiamo intuitivamente e sentiamo, dal tono di voce, come andrà la conversazione.

Ognuno di noi immagina in continuazione e questo ancora di più quando parliamo con una persona e sentiamo solo la voce e siamo privi della sua gestualità.

In ogni relazione, consapevoli o inconsapevoli, cerchiamo un agio, un patto, una comprensione, un momento di ristoro ed è inevitabile che siano presenti delle aspettative.

Gli strumenti tecnologici attuali invitano sempre più ad avere relazioni attraverso strumenti come telefono, video conferenze, in-

* Anna Maria Padovan è coordinatore infermieristico, libera professionista, *counselor* psicosintetico transpersonale, laureata magistrale in Psicologia, docente universitario e formatore aziendale in varie sedi d'Italia. Propone da molti anni numerosi corsi accreditati a livello ministeriale per il personale sanitario. Ha partecipato come relatrice a numerosi eventi nazionali e internazionali. Ideatrice del Modello IARA. Fondatrice dell'Associazione Kiara.

ternet e anche il mondo di marketing utilizza sempre più call center, contact center per raggiungere certi obiettivi di mercato.

Nel settore sanitario sono presenti servizi di relazione d'aiuto telefonica e in questo caso chi lo utilizza ha una aspettativa ulteriore a quelle citate precedentemente, vuole una risposta al proprio *disagio*.

La relazione telefonica richiede una preparazione molto precisa perché gli interlocutori hanno a disposizione solo la voce con tutte le sue caratteristiche.

Un pensiero che nella mia professione di sanitaria mi ha accompagnato molto è il seguente: "Un farmaco può avere un antidoto, un intervento relazionale no".

Ecco l'importanza di conoscere e sperimentare competenze relazionali che aiutano il professionista ad essere presente nel qui e ora, essere aperti ad intuizioni attraverso l'uso della mente intuitiva, saper gestire e regolare le emozioni proprie e quelle altrui, saper utilizzare una riformulazione efficace. Questo favorisce l'empowerment da parte della persona assistita e promuove la responsabilità di entrambi gli interlocutori.

L'autore di questo testo ha creato un'opera importante e utile per migliorare le competenze relazionali e comunicative dei professionisti della salute dando conoscenze e strumenti indispensabili e utili per creare quel campo che faciliti "l'educazione [ovvero educere, tirare fuori] della soluzione utile".

Scorrendo tra le pagine si incontrano alcune frasi interessanti:

Il cittadino "empowered" è un soggetto che comprende e sceglie, è un costruttore dei propri stili di vita, un protagonista del proprio benessere ed è in grado di interagire in modo responsabile con il proprio Sistema Sanitario.

Qui l'approccio della comunicazione sanitaria ai processi di marketing diviene una necessità. L'opportunità di questo approccio si collega direttamente all'importanza della comunicazione come strumento per le politiche di sanità pubblica e per le strategie volte a contrastare la « disinformazione » e a migliorare i processi decisionali dell'utente in una logica di *empowerment*. Infatti, la comunicazione consente la partecipazione attiva degli utenti ai processi decisionali; la valutazione dei servizi; la scelta tra alternative sulla base di propri criteri e valori preferenziali; in sintesi, la garanzia dell'autonomia di scelta.

Queste frasi, citate nel testo, aiutano il lettore ad entrare nell'interessante viaggio che lo scrittore propone nelle varie tappe e modalità comunicative e relazionali che caratterizzano il counseling telefonico in ambito socio-sanitario.

La conoscenza dei vari livelli comunicativi, le risorse e le qualità presenti in ogni persona favorisce l'armonia e la comprensione da parte di ogni partecipante al colloquio ancora più interessante se fatto attraverso uno strumento tecnologico come l'uso del telefono.

I vari argomenti trattati permettono di avere una panoramica legislativa, organizzativa dei vari servizi online nazionali ed internazionali mettendo in evidenza sia i punti di forza che i punti di debolezza.

Nella lettura di questo testo sarà possibile venire a conoscenza di vari aspetti sia del counseling, sia della relazione, necessari nella professione sanitaria e indispensabili nella comunicazione e relazione telefonica, poiché favorisce la presa in carico e la centralità della persona.

Inoltre troviamo anche i suggerimenti e le modalità relazionali e tecniche di counseling proposte da Carl Rogers e Roger Mucchielli con l'integrazione, proposte dell'autore, di simulate reali, arricchendo tale testo di una guida pratica utile per i professionisti della salute.

L'autore del testo ha arricchito questa opera riportando anche mappe psicologiche come la Psicossintesi Transpersonale ideata da Roberto Assagioli che permette di comprendere come funziona sia la nostra psiche sia la nostra mente; evidenziando ricchezze presenti in ognuno che possono essere utilizzate nel proprio qui e ora.

Applicare i suggerimenti proposti permette di fare la differenza nel proprio quotidiano perché, a differenza di altri testi, questo favorisce la consapevolezza di se attraverso la conoscenza, l'esperienza e l'uso dell'immaginazione creativa, tre variabili che, secondo Roberto Assagioli, favoriscono l'espansione della coscienza.

La *pietra preziosa* che il lettore incontra è "il modello SAFIRA" ideato dall'autore e proposto come strumento per personalizzare, come un vestito su misura, la relazione d'aiuto divenendo "la cosa più bella".

Il modello SAFIRIA vuole essere un modello processuale della relazione telefonica applicabile ai vari contesti e vuole aiutare ognuno di noi a vivere in modo più consapevole e attivo la relazione con l'altro.

L'autore spiega che il modello si basa su sette fasi: Setting, Accogliere, Focalizzare il problema, Individuare un obiettivo, Responsabilizzare, Intesa, Accompagnare, e così lo spiega:

Il modello SAFIRIA infatti vuole essere un processo che guida l'operatore nel percorso di accompagnamento dell'utente. Un modello che permette di soffermarsi sui singoli aspetti di una relazione telefonica senza trascurarne nessuno. Una base da cui partire per costruire una risposta all'utente che lo sostenga di fronte alla sue difficoltà e restituisca all'operatore un reale senso di efficacia.

Ci ricorda anche che al telefono avviene una sintonizzazione tra le persone e possiamo sempre scegliere come condurre il dialogo e come arredare quello spazio condiviso.

La lettura di questo libro permette ad ognuno di riflettere sulla preziosità che ogni giorno abbiamo di poterci collegare ad altri anche a varie distanze o tra continenti diversi e come la rete telefonica può essere vissuta come un'opportunità per creare rete tra le persone.

Possiamo vedere le reti di collegamento come punti di luce che aiutano le persone a collegarsi tra di loro e vivere un momento di cooperazione, di aiuto reciproco. La relazione autentica è possibile sempre, basta volerlo e scegliere come viverla.

Una domanda che spesso viene fatta è: "come si fa?". Nella lettura di questo testo è possibile trovare la risposta e inoltre è possibile rendersi conto che più che fare è utile essere.

Il modello SAFIRA può essere utilizzato nel quotidiano da tutti noi, per noi o per gli altri, persone comuni o operatori sanitari. L'operatore che accoglie questo modello rifiuta la passivizzazione dell'utente, gli restituisce dignità, valorizza le sue energie e rafforza il processo di autoconsapevolezza.

È un libro che si legge più volte piacevolmente e che si può portare con sé come una guida. Si possono trovare continui spazi di riflessione su esperienze pratiche che possono aprirci un pensiero volto al possibile perché è reale. Un percorso di riflessione che vuole essere anche pratico e che, se seguito, porta ad una continua crescita personale e ad una interiorizzazione di un nuovo modo di accogliere e stare con l'altro.

Il modello SAFIRA è dedicato a tutti quelli che vogliono partecipare consapevolmente al percorso di cura e di promozione dei processi di relazione d'aiuto e di guarigione in un modo totalmente nuovo favorendo la cooperazione e i retti rapporti.

Auguro ad ognuno di voi una buona lettura.

Introduzione

Tra ciò che penso, ciò che voglio dire, ciò che penso sia, ciò che dico, ciò che voi desiderate capire, ciò che intendete, ciò che comprendete... ci sono dieci possibilità che ci siano difficoltà di comunicazione. Ma proviamo comunque...

BERNARD WERBER

La condizione di salute di ogni individuo è imprescindibilmente legata alle risorse che offre il sistema di vita, la propria situazione socio-economica¹ e alle azioni promosse dal Sistema Sanitario a cui si appartiene².

Questo è messo in evidenza dai molti cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali, intervenuti negli ultimi decenni, che hanno determinato una maggiore fragilità socio-sanitaria dell'utenza³. Possiamo sottolineare, da una parte l'aumento delle aspettative di vita e l'invecchiamento progressivo della popolazione, la contrazione dei nuclei familiari con la riduzione delle risorse parentali, l'esiguità della rete sociale nei centri urbani, l'isolamento sociale nei contesti marginali, l'aumento dei fenomeni di immigrazione, ecc.⁴ e, dall'altra parte i cambiamenti che stanno avvenendo a livello europeo e nazionale rispetto all'organizzazione dei sistemi sanitari a fronte della crisi economica⁵.

1. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1793_allegato.pdf

2. G. MACIOCCO, F. SANTOMAURO, *La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianze*, Carocci Faber, Roma 2014, p. 270.

3. WORLD HEALTH ORGANISATION, *Primary Health Care — Now More Than Ever*. Geneva, 2008, disponibile su: http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_whro8_en.pdf

4. A. MARCON, E. QUARGNOLO, S. CICERO, B. CALDERONE, *Strumenti per la partecipazione alla costruzione del Profilo di Comunità. Salute e Società*, 2011.

5. A. BJÖRNBERG, *Euro Health Consumer Index*, Health Consumer Powerhouse Ltd., 2015, ISBN 978-91-980687-5-7.

Oggi, la possibilità di tutela della salute è migliorata rispetto al passato ed in futuro è destinata a migliorare a seguito del progresso scientifico, delle tecnologie, della mobilità, ecc. La capacità di affrontare con successo situazioni di grave disabilità, la possibilità di vivere più a lungo in condizioni di grave cronicità, la sopravvivenza della vita a gravi patologie non è detto, però, che si traducano in condizioni di miglioramento della qualità di vita e, soprattutto, non per tutti.

In Italia, in questi ultimi anni è incrementata la consapevolezza circa la rilevanza politica del problema delle disuguaglianze di salute⁶. Questo, per l'effetto dell'aumentata capacità interpretativa rispetto anche all'impatto delle disuguaglianze sociali (titolo di studio e capacità economica). Diviene, perciò, importante calibrare bene la distribuzione delle risorse a disposizione tra gli aspetti sociali e sanitari.

Questa è una delle principali conclusioni a cui è giunto anche il Libro bianco delle disuguaglianze di salute in Italia⁷, adottato dal gruppo interregionale "Equità in salute e sanità" (ESS), incaricato dalla Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni di aggiornare le evidenze scientifiche a disposizione e di porre le basi per lo sviluppo di una prima strategia nazionale di contrasto delle disuguaglianze della salute⁸.

La crisi economica e finanziaria che ha colpito l'Occidente a partire dalla fine del 2007 ha portato a una riduzione delle risorse sociali, economiche e di servizi che, inevitabilmente, ha avuto ripercussioni sulla salute della popolazione. Una fase prolungata di crisi economica, con le conseguenti misure di austerità, porta a un peggioramento dello stato di salute, soprattutto nei gruppi più vulnerabili, inasprendo le disuguaglianze sia tra Paesi diversi sia all'interno di uno stesso Paese.

Un articolo intitolato *Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe*, pubblicato sul «Lancet», nel 2012, esplicita che nei momenti di crisi economica dovrebbero essere rafforzate le reti di protezione sociale per mitigare gli effetti negativi sulla salute⁹.

6. Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea, Commissione europea, Direzione generale per l'Occupazione, gli affari sociali e l'inclusione, Unità E4, Direzione generale per la Salute e i consumatori, Unità C4, 2010.

7. <http://www.disuguaglianzedisalute.it/?cat=10>.

8. G. COSTA, M. BASSI, G.F. GENSINI, M. MARRA, A.L. NICELLI, N. ZENGARINI, *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, FrancoAngeli, 2014.

9. S. COOPER et al., *Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe*, «Lancet», 2012, 379: pp. 1142-54.

Ad oggi il Sistema Sanitario Italiano si attesta ai primi posti al mondo in termini di rapporto “indicatori di salute — livello di finanziamento”, di contrasto ad altri paesi che hanno improntato l’offerta su logiche di mercato affidando buona parte dell’offerta sanitaria ad assicurazioni private e che vedono ad oggi una spesa totale sul PIL decisamente maggiore (ad es: Cina e Stati Uniti). La spesa sanitaria procapite in Italia rimane inferiore ai livelli precedenti la crisi economica, e ampiamente al di sotto della spesa di altri Paesi OCSE ad alto reddito¹⁰, ma la tutela della salute sull’intera popolazione è rimasta tra i primi obiettivi nazionali. Difatti, la recente implementazione delle prestazioni garantite dal Sistema Sanitario nazionale con l’aggiornamento dell’elenco dei LEA (livelli essenziali di assistenza) inserisce in elenco numerose prestazioni in più puntando molto sulla capacità delle Regioni di “riassorbire” gran parte di questi costi (anche perché molte delle nuove prestazioni sono già erogate da tempo).

A livello macro, le Regioni, al fine di contenere la spesa, stanno adottando la logica delle aggregazioni di ASL con l’obiettivo di razionalizzare la rete dell’offerta, garantire economie di scala e migliorare allo stesso tempo la qualità dei servizi. Verrebbero quindi a recuperare risorse da servizi ridondanti, snellendo i processi di offerta e redistribuendo (per le regioni non soggette a piano di rientro) le risorse all’interno di un circuito virtuoso che dovrebbe coinvolgere anche l’area della prevenzione e della promozione della salute (dove le risorse spesso possono scarseggiare).

Questo rilevante processo di trasformazione istituzionale e organizzativo sta attraversando quasi tutto il SSN, con costi decisamente alti e prolungati nel tempo. Ciò è dato in gran parte dalla prima fase di riorganizzazione burocratico-amministrativa del sistema (e dai tempi stessi che questa occuperà), dal tempo di riorganizzazione dei processi “produttivi (dove andrà ad incidere la cultura organizzativa presente nelle varie aziende, compromessa dall’età media del personale al suo interno), dal riassetto geografico dei servizi stessi.

La grande sfida, su cui si concentrano i “manager pubblici” sarà quella di gestire i processi di fusione aziendale, di trasformazione delle *mission*, di ripensamento delle strategie di servizio, attraverso la costruzione di reti complementari e complanari tra servizi e coerenti con i processi di cura (in particolare a quelli relativi alla cronicità); il tutto in una logica di efficienza di erogazione del prodotto.

10. <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>.

Esiste però un'altra sfida, implicita, che pensiamo sia altrettanto complessa, ma fondamentale: modificare l'interazione del cittadino con i servizi del Sistema Sanitario, allineando bisogni reali da parte dei cittadini e risposte da parte dei Servizi Sanitari Regionali, pena il fallimento del sistema.

Tra risposte e attese da parte del Sistema Sanitario

L'ultimo decennio o forse più è stato caratterizzato da un importante processo di sviluppo scientifico e organizzativo autonomo di discipline specialistiche e dall'arrivo di tecnologie sanitarie altamente sofisticate e in continua evoluzione.

Spesso le singole aziende (pubbliche e private) identificano queste ultime come aspetto saliente per distinguersi all'interno del panorama nazionale, determinando importanti aspettative da parte della popolazione, che possono nascondere, altresì, una non corrispettiva capacità evolutiva a livello di organizzazione e pianificazione dei percorsi assistenziali¹¹.

In riferimento alle aspettative sulla qualità delle cure, un altro parametro da considerare è l'odierno approccio degli utenti al contesto sanitario ed ai servizi che lo costituiscono.

Da una parte, il Sistema Sanitario attraverso mirate azioni di informazione e di comunicazione cerca di rendere la persona che affronta un percorso di cura responsabile delle proprie scelte, dall'altra, il cittadino assume sempre più spesso l'aspetto di cliente, in quanto valutatore dell'offerta e decisore dei servizi e dei professionisti ai quali affidarsi e che possono corrispondere alle proprie aspettative.

Mentre le aspettative relative sul singolo professionista sono di "agente risolutore", quelle sul sistema socio-sanitario divengono onnicomprensive di tutti gli aspetti su cui va ad incidere la malattia (salute, lavoro, relazioni familiari e sociali).

L'implementazione di un sistema di cura richiede perciò un riesame dei modelli assistenziali poiché i bisogni della società divengono sempre più articolati e complessi, non permettendo risposte circoscritte alla malattia o al disagio sociale, ma richiedendo risposte unitarie e coerenti con l'intero sistema di vita della persona¹².

11. M. BERGAMASCHI, *Creazione del valore e organizzazione in sanità*, McGraw Hill, Milano 2009.

12. T. CARRADORI, F. BRAVI, E. CARRETTA, B. CARUSO, A.M. MURANTE, S. NUTI, M.P. FANTINI,

Emerge sempre più il bisogno di una maggiore personalizzazione delle cure in virtù della loro efficacia¹³.

Da qui, la priorità di una programmazione delle cure condivisa con l'utente che di pari passo dovrebbe muoversi con il senso di responsabilizzazione della persona rispetto alle scelte inerenti il proprio percorso. Ovvero, la persona dovrebbe essere consapevole del proprio stato di salute e delle possibilità di cura offerte dal SSN, programmare insieme ai professionisti il percorso da attuare sulla base delle sue esigenze e risorse di vita.

Il senso di responsabilizzazione da parte dell'assistito nella programmazione delle proprie cure non può essere confuso con la delega da parte del professionista della salute, ma deve essere un gioco di "squadra". Ancora oggi l'utente confuso e disorientato si trova spesso con una "ricetta" in mano a dover capire dove andare e come fare per trovare una risposta alla medesima prescrizione al fine di poter proseguire il proprio percorso. Questo è tempo perso, non dedicato alla cura di sé. Altre volte l'utente ha difficoltà a far coincidere aspetti sociali (esigenza lavorative o familiari) con aspetti di cura (es: visite/ esami diagnostici o terapie riabilitative), questo porta ad un allontanamento o disallineamento delle cura con i bisogni della persona. Ciò porta ad uno svantaggio sociale in termini di salute.

Gli aspetti sociali e sanitari, clinici e amministrativi dovrebbero camminare all'unisono.

La persona malata generalmente non presenta un solo problema ma più problemi, o spesso un problema particolarmente complesso, dai contorni non definiti e con fattori determinanti oscuri sia al professionista che alla persona stessa.

In questo scenario, una buona analisi dei bisogni dall'utente, l'individuazione di una "best way" di accesso ai percorsi assistenziali, l'adozione di una presa in carico attraverso una logica di "rete", una buona programmazione delle cure, rappresentano una risposta all'ineludibile esigenza di maggiore integrazione e continuità fra servizi e professionisti e di una migliore qualità assistenziale.

Gli spazi di cura non sono più delineati, ne all'interno dell'ospedale ne tra ospedale e territorio. Tutto deve funzionare in una logica

La percezione dei pazienti sul progetto del medico di riferimento del caso nelle strutture di ricovero: l'esperienza dell'Azienda USL di Ravenna, Tendenze nuove, 2011, pp. 1-2.

13. T. DELBANCO et al., *Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me, Health Expectations*, 2001, 4, pp.144-150.

di percorso che ragiona per bisogni (di un individuo che è persona e non più solo “paziente”).

Il tema è della continuità delle cure, ormai da decenni al centro degli studi di management sanitario, poiché i benefici attesi dalla continuità sono:

- a) una maggiore *efficienza* delle cure, attraverso la razionalizzazione del servizio sulla base delle effettive esigenze di salute manifestate dall’assistito e percepite dal sanitario;
- b) una maggiore *soddisfazione* degli utenti del sistema, attraverso la valorizzazione di relazioni interpersonali strutturate in grado di rendere più stimolante il lavoro per i professionisti e di aumentare il senso di cura percepita da parte dei pazienti.

È ineludibile che la rete dei servizi sanitari debba fondersi con la parte sociale e con il terzo settore.

La comunicazione come motore del cambiamento

In questo articolato sistema e nella sua fragile e complessa evoluzione, la comunicazione tra ente pubblico e cittadini diviene uno degli assi portanti del cambiamento e della qualità delle cure.

Comunicare significa trasmettere e ricevere informazioni per creare scenari comuni sui quali gettare le basi di un rapporto di fiducia duraturo. Elementi essenziali per un contratto di salute. Il cittadino ha bisogno di comprendere cosa le istituzioni e le organizzazioni sanitarie e sociali possono fare per lui. Allo stesso tempo le organizzazioni hanno bisogno di comprendere le aspettative del cittadino cercando di far convergere questi aspetti. La distorsione del rapporto tra cittadino e istituzioni porta inevitabilmente alla dispersione di risorse importanti e carenze nel sistema dei servizi.

Comunicare significa stabilire rapporti tra persone e ricevere informazioni tramite messaggi codificati, ma le dimensioni della comunicazione sono trasversali e si estendono parallelamente alle relazioni che ognuno di noi stabilisce con sé stesso, gli altri e il mondo che lo circonda.

Padroneggiare le tecniche e i comportamenti della comunicazione significa farsi conoscere e conoscere chi ci sta di fronte, significa adeguare il proprio e l’altrui comportamento in funzione della rela-

zione con l'altro e degli obiettivi posti. Significa condividere con gli altri, oltre a un messaggio, qualcosa del nostro essere.

Gli individui comunicano fatti, percezioni, sensazioni, opinioni ed altro, con un semplice messaggio. Si comunica non solo per mezzo della parola scritta o parlata, ma anche tramite una infinità di segnali: il silenzio, il movimento, l'immobilità, i gesti, il tono della voce, ecc.

Molti aspetti accompagnano lo scorrere delle parole, creando inconsapevolmente immagini che si fissano nella mente dell'altro più delle parole stesse.

La relazione d'aiuto in generale e nello specifico il *counseling* telefonico in ambito socio-sanitario si regola attraverso il feedback. Il comportamento e l'effetto di ritorno del messaggio, assumono la funzione di "parametro di misura" costituente e influenzante la relazione, che insieme alla competenza e la risposta data vanno a definire la valenza di aiuto.

Qualsiasi comportamento in situazione di interazione tra persone è di per sé una forma di comunicazione, un sorriso, una reazione, il silenzio o un certo movimento del corpo diviene contenitore e portatore di significato per noi e gli altri.

È in questo senso che la comunicazione e la relazione divengono la cornice di riferimento nella gestione dei rapporti interpersonali e il veicolo principale che trasmette e trasporta non solo informazioni, ma anche emozioni, sensazioni, percezioni, significati.

Il telefono quindi, non è solo un dispositivo elettronico che si utilizza per le conversazioni a distanza. In ambito socio-sanitario il telefono è raccogliitore di storie, filtro di connessioni e contatti, a livello comunicativo ma anche a livello emotivo e mentale.

Il telefono rappresenta uno spazio di condivisione di esperienze ma anche di conoscenze e incontro e tutti lo abbiamo sperimentato almeno una volta quando, al momento del bisogno, si forma un numero insignificante sperando che dall'altra parte del telefono ci sia qualcuno presente e competente. Quando avviene, da quel momento, quel numero non è più anonimo ma viene salvato nella memoria del telefono e della persona.

L'idea di questo libro è nata in seguito all'esperienza maturata all'interno della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Toscana. Un centro di ascolto nato per offrire informazioni e supporto psicologico alle persone e loro familiari che si trovavano ad affrontare un percorso di malattia importante quale quello oncologico e delle malattie rare.