

*Che succede quando la parola detta è diversa da quella scritta?
Quale rapporto c'è tra prassi oggettiva e interpretazione soggettiva?
Come reagire efficacemente durante e dopo l'evento negativo?
Che cosa è davvero "sexy per i media" durante una crisi in sanità?*

Carla Brotto

Nel mondo della sanità si usano pochi strumenti di comunicazione con l'esterno: le strutture sanitarie realizzano convegni e altri eventi, pubblicazioni da diffusione e redazionali su media specialistici, mentre le istituzioni, in occasioni speciali come le campagne di sensibilizzazione e prevenzione o la celebrazione di ricorrenze, usano soprattutto la pubblicità su affissione e su stampa.

È una comunicazione autoreferenziale, dal linguaggio specialistico (per pochi) per il mondo della salute, oppure generico per la collettività (per troppi), e che alterna periodi di totale assenza a improvvise imponenti presenze pubblicitarie, come nell'ottobre 2007 per il trentesimo anniversario del Servizio sanitario nazionale.

Priva della coerenza che favorirebbe un rapporto di mutua conoscenza e comprensione con i cittadini, impedisce alla sanità di costruirsi un'immagine rassicurante e riconoscibile, e quel patrimonio di credibilità indispensabile per superare le emergenze mediatiche.

Criticità, sicurezza e immagine della sanità

Nella sensibilità dell'opinione pubblica, la salute è al secondo posto: viene dopo la sicurezza e prima dell'ambiente. Non stupisce quindi che, quando si verificano emergenze nelle strutture sanitarie, la realtà dei fatti accaduti possa essere facilmente distorta e le emozioni collettive strumentalizzate, soprattutto per intervento dei media.

Va rilevato però che se la collettività vuole farsi un'idea dell'accaduto, di solito non può accedere a informazioni dirette della struttura coinvolta nella crisi (che in genere non fa informazione/comunicazione); quindi non può che ricorrere ad altre fonti, dai mezzi di informazione di massa ai sentito dire, alle dicerie, il passaparola, i pettegolezzi.

Per comunicare in modo efficace, occorre quindi che la sanità si accrediti presso l'opinione pubblica sia per il proprio ruolo di tutela della salute pubblica sia come fonte trasparente, autorevole e credibile.

La necessità di creare/ricreare la percezione positiva della propria immagine si evidenzia dopo un'emergenza, che può manifestarsi nelle tre aree di rischio tipiche del settore: il rischio clinico, quello derivante dall'insoddisfazione dei pazienti/utenti e quello prodotto da crisi mediatiche.

Alcuni esempi recenti:

Corriere della Sera, cronaca della Lombardia, 9 novembre 2007, titolo: Giornalista 'cura' l'ospedale dei guai: un giornalista viene assunto per migliorare l'immagine dell'ospedale e "la scelta di investire in immagine è figlia della sequenza di guai registrati nel nuovo ospedale: blackout, allagamenti, bisturi sporchi, legionella, con diversi fascicoli in Procura";

la Health Consumer Powerhouse, che premia annualmente il miglior sistema sanitario nazionale in funzione degli indicatori Ehci - Euro Health Consumer Index (relativi a diritti e informazione dei pazienti, tempi di attesa per i trattamenti comuni, risultati delle terapie, accesso ai farmaci ecc.) nella classifica 2007 pone l'assistenza sanitaria italiana al 18° posto, 7 posti indietro rispetto all'anno scorso; le rilevazioni della Joint Commission on Healthcare Accreditation dal 1995 pongono la comunicazione al primo posto tra le cause degli eventi sentinella negli ospedali. Va notato che è la comunicazione stessa a essere fonte di rischio all'interno della struttura: se sottovalutata, infatti, presenta un andamento degenerativo - dovuto soprattutto a barriere all'ascolto - che aumenta a ogni passaggio tra le persone. Questo avviene sia negli scambi procedurali (verbali e scritti) che hanno un percorso sequenziale

prestabilito e noto, sia in quelli interpersonali (verbali e non verbali) dal percorso trasversale non noto e predeterminato_.

La struttura sanitaria come sistema comunicante all'interno e all'esterno

Tutte le organizzazioni sanitarie si dovrebbero comportare come un unico sistema comunicante che si rapporta efficacemente sia al suo interno (con medici, infermieri, personale, collaboratori ecc.) sia al suo esterno (con pazienti e familiari, fornitori, istituzioni locali e nazionali, autorità, associazioni, collettività, media ecc.). La comunicazione è un mezzo che si può usare bene nell'emergenza solo se si padroneggia nella quotidianità.

Questo è il motivo per cui occorre saper fare sistematicamente una "buona" comunicazione interna ed esterna.

La "buona" comunicazione interna è quella che si rivolge a tutto il personale con strumenti semplici e poco costosi (newsletter, intranet, riunioni, bacheca ecc.) per assicurarsi due vantaggi. Il primo è diretto: sviluppa un soddisfacente clima lavorativo, inducendo nel personale gli atteggiamenti (senso di appartenenza, motivazione ai risultati, condivisione valori) e i comportamenti (efficienza, produttività, capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi) più idonei a conseguire risultati in linea con gli obiettivi strategici. Il secondo è indiretto: il personale sanitario informato e aggiornato, oltre a lavorare meglio, è in grado di fornire notizie e giudizi attendibili sulla struttura sanitaria in cui opera; nelle avversità, dunque, può influenzare favorevolmente l'opinione pubblica.

La "buona" comunicazione esterna è frutto di strategie e comportamenti efficaci, il primo dei quali è la scelta del linguaggio più adatto a ciascuno dei destinatari (pazienti/utenti, cittadini, istituzioni, opinione pubblica ecc.) per formulare messaggi più incisivi e condivisibili, con meno autoreferenzialità e più interesse alle reazioni/risposte che producono sui cittadini, così da misurarne i feedback.

Nel caso della sanità, ciò significa saper evidenziare le eccellenze per valorizzare il ruolo di tutela della salute della collettività di riferimento (locale o nazionale). Significa sviluppare un'attività continua e mirata a obiettivi chiari: aumentare la notorietà, suscitare attenzione alle novità, creare interesse e consenso, far conoscere i risultati e/o i servizi offerti, aumentare la soddisfazione dei pazienti-utenti, perfezionare il rapporto medico-paziente, distinguersi dalla concorrenza ecc. Significa scegliere, tra gli strumenti comunicazionali e informativi, quelli giusti, e non quelli soliti, per la loro adeguatezza rispetto agli obiettivi da conseguire, piuttosto che per abitudine; e poi misurare e valutare sistematicamente i risultati conseguiti, sia sugli atteggiamenti sia sui comportamenti (per esempio, far preferire la propria struttura a parità di servizio offerto, oppure modificare la fruizione dell'ambulatorio).

Parlare o scrivere? La comunicazione interpersonale nella struttura sanitaria

Quando la classe medica si è assunta la responsabilità di migliorare le proprie competenze di comunicazione - scritta, verbale e non verbale - per perfezionare il rapporto con i pazienti, il compito è apparso subito difficile.

Anche la necessità di fornire al paziente spiegazioni chiare e trasparenti su ciò che si intende fare per guarirlo è un notevole impegno per le strutture ospedaliere: lo dimostrano, per esempio, i contenuti del modulo di consenso informato, tanto esaurienti e dettagliati che è necessario che il medico spieghi al paziente "cosa c'è scritto", prima di farlo firmare.

Ma chiediamoci: quel tipo di comunicazione scritta aumenterebbe la propria efficacia se si utilizzasse da subito un linguaggio comprensibile al paziente che ne è destinatario, senza dover investire altro tempo in comunicazione orale per farne capire i contenuti?

In altre parole: fare un solo passaggio comunicazionale è davvero - come appare ai profani - una razionalizzazione delle risorse e dei tempi, oppure la prassi del doppio passaggio può essere considerata un importante investimento relazionale, e quindi il tempo aggiuntivo è per il medico una parte qualificante del proprio rapporto con il paziente?

Se l'impegno profuso dalla classe medica sulla qualità del rapporto medico-paziente fosse allargato alle persone a contatto con il pubblico (non solo al front line), sarebbe un formidabile contributo allo sviluppo del sistema comunicante della sanità.

La migliorata comunicazione interpersonale all'interno delle strutture sanitarie offrirebbe il vantaggio di eliminare due inconvenienti, spesso segnalati nelle rilevazioni di customer satisfaction:

il primo deriva dall'insufficiente capacità espressiva nel comunicare una prassi oggettiva, che la fa divulgare nella sua interpretazione soggettiva;

il secondo è che al pubblico la parola "detta" sembra diversa da quella "scritta", a partire da quando chiede indicazioni logistiche al personale all'entrata e le confronta con quelle che appaiono sulla segnaletica.

Diminuirebbero, infine, i malintesi e le inefficienze che ritardano la reazione durante una situazione di crisi, ritenuta la scintilla che innesca la reazione mediatica.

Il fondamento della prestazione sanitaria efficace comprende la capacità di relazionarsi e l'uso di un linguaggio coerente e univoco: confidare nell'aiuto dei mezzi informatici per abbattere il rischio (per esempio nelle cartelle cliniche) non è sufficiente.

E infatti, è dimostrato che l'informatizzazione può ridurre il rischio comunicazionale soltanto nella percentuale minore legata alla comunicazione scritta, mentre la comunicazione verbale e non verbale rimane sotto la potente influenza delle barriere individuali all'ascolto, sia durante la comunicazione e informazione di tipo procedurale (decisionale o esecutivo) che ha una maggiore valenza oggettiva, sia nella comunicazione e relazione interpersonale, dove c'è maggiore valenza soggettiva.

Prevenire con la risk communication, reagire con la crisis communication

La risk communication, o comunicazione del rischio, ha una finalità di prevenzione, a vantaggio sia di chi genera il rischio, sia di chi ne subisce le conseguenze in modo diretto o indiretto. Aiuta a evitare che eventuali emergenze portino a una situazione di crisi, e a eliminare le conseguenze durature.

Nel caso della struttura ospedaliera, usa un duplice approccio: di tipo razionale, che indaga sui rischi strutturali, e di tipo emozionale, che esamina l'impatto sulle opinioni, sui valori e sulle attese di chi è potenzialmente coinvolto.

Quindi identifica tutti i fattori di rischio legati all'informazione e alla comunicazione realizzata dalla struttura sanitaria, e li valuta per determinare gli indicatori di rischio:

esterno (es. l'elevata sensibilità dell'opinione pubblica e dei media, o il divario tra attese e percezione del servizio);

interno (es. la presenza di barriere nei flussi interni di comunicazione, o le criticità relazionali del personale anche non in contatto diretto con pazienti e pubblico).

La crisis communication, o comunicazione di crisi, fornisce invece tecniche e strumenti per la gestione efficace della comunicazione durante una situazione di crisi. Suo compito è preparare tutto il personale della struttura sanitaria a reagire in modo valido, tempestivo e omogeneo sia nelle criticità operative sia nelle loro conseguenze quando, attraverso i mass media, le arrivano richieste pressanti d'informazione dall'opinione pubblica.

In assenza di un'efficace comunicazione esterna e interna, l'emergenza in sanità porta sempre alla crisi mediatica, a causa di tre fattori concomitanti:

l'incapacità di intervenire sulla microconflittualità del personale impedisce che si comprendano in modo oggettivo sia l'entità dell'evento sia le possibili conseguenze;

la leadership inadeguata può rallentare la reazione e/o le decisioni, favorendo le notizie errate sui media;

un certo tipo di improvvisazione comunicazionale del management sanitario è interpretata dai media come segnale di inesperienza, o di scarsa consapevolezza della gravità della situazione.

Cosa interessa davvero ai media durante una crisi in sanità

L'ampia casistica di crisi mediatiche in sanità conferma che il danno complessivo prescinde quasi sempre dalla realtà dei fatti, o ne è solo marginalmente correlato: in gran parte è determinato dall'influsso della cattiva comunicazione/informazione che ne distorce la portata, incidendo sui tempi di recupero, sull'entità dei danni sostenuti, sul patrimonio d'immagine.

Quando un evento negativo arriva ai media, diventa un fatto pubblico e la struttura sanitaria si trova improvvisamente sotto i riflettori, proprio mentre è impegnata a superare sia l'emergenza gestionale e/o tecnica, sia quella di tipo informativo e/o comunicazionale.

In questi casi, non basta né risolvere il problema in sé, né "attivare un buon ufficio stampa", come talvolta si sente dire.

Delegare l'informazione su quanto è accaduto e su quanto si sta facendo per affrontare la crisi a misuratissimi comunicati stampa, o alle parole di un manager impreparato, è sempre una reazione inefficace nei tempi e nei modi, indicativa di due comportamenti, comprensibili, ma errati:

uno di non comunicazione, di chiusura, in cui il perdurante silenzio è di solito percepito dai media e dall'opinione pubblica come una tacita (e quindi antipatica) ammissione di colpa;

uno di improvvisazione, in cui l'intempestività e l'intermittenza dei contatti, insieme alla pluralità di persone coinvolte a vario titolo, possono anche far dubitare della reale capacità di superare le avversità.

È così difficile comprendere che l'opinione pubblica vuol essere rassicurata con informazioni trasparenti, chiare, comprensibili e che - qualsiasi sia la realtà - alla struttura sanitaria conviene sempre portare all'esterno i fatti accaduti, rispondendo ad alcune semplici domande: che cosa è successo? perché? con quali conseguenze?

Prima di dover capire - a proprie spese! - cosa è davvero "sexy per i media", come si usa dire, occorre la consapevolezza che la temutissima ricerca del colpevole diventa di primario interesse per la opinione pubblica, e quindi per i professionisti dell'informazione, soltanto se quelle semplici domande trovano risposte confuse, ambigue e insufficienti.

Un management sanitario efficace si rende conto del valore della prevenzione e conosce bene i problemi di rischio - anche comunicazionale - della struttura in cui opera, tanto che riconosce i segnali della possibile crisi appena appaiono. E per reagire non aspetta l'emergenza: poiché conosce il proprio territorio e i cittadini che lo abitano, sa qual è la loro percezione della sicurezza e, rispettando la loro esigenza di approfondire le notizie, quando è necessario sa adottare il giusto tipo di crisis communication.

Per dirla con Luigi Norsa_, esperto di crisis communication:

Qualunque sia il problema potete essere perdonati, purché facciate queste cinque cose: ammettere l'errore; chiedere scusa; rimborsare i danneggiati; promettere di non farlo nuovamente; fare penitenza.

9a - Ospedale sicuro: realtà o miraggio?

Intervista ad Adolfo Bertani, presidente Cineas

Adolfo Bertani è presidente del Cineas, il consorzio che riunisce associazioni di categoria, compagnie assicurative, mondo industriale e accademico, nel promuovere la cultura del rischio. Nel 2006 ha pubblicato un libro bianco sul tema dell'ospedale sicuro.

Qual è la situazione della sicurezza negli ospedali?

Il Ministero e alcune Regioni hanno affrontato il problema. La classe medica deve ancora abituarsi a una relazione paritetica con un pubblico più attivo e partecipe alle decisioni sulla propria salute. Il mondo assicurativo, che aveva perso interesse per questo settore, lo sta riavvicinando. Ma pensiamo alle strutture: aumenta la consapevolezza della necessità di ridurre i rischi, l'evento avverso è per tutti un problema grave, ma il modo di gestirlo è ancora molto diverso. Permane una cultura della spirale viziosa, che porta la classe medica a rifugiarsi in difesa, nascondendo l'errore e applicando il massimo trattamento tollerabile anziché il minimo efficace. Per contro, si diffonde un nuovo approccio, la spirale virtuosa: imparare dall'errore, vedere nell'evento avverso o nel near miss (il quasi errore) non un fallimento, ma una chance di miglioramento. La tecnologia aiuta: il braccialetto identificativo con codice a barre per i pazienti, la scatola nera in sala operatoria, il pocket pc per gli infermieri. Tutto ciò ci convince che una corretta politica di risk management riduce le inefficienze, permette un monitoraggio del sistema, rende facili le cose giuste e difficili le cose sbagliate, creando una mentalità favorevole alla sicurezza.

In questa evoluzione, su quali direttrici consigliate agli ospedali di muoversi?

Cultura e formazione. Il primo passo è sensibilizzare i professionisti della salute. L'ampio spazio per il rischio clinico su giornali, Tv, libri e convegni, è un enorme acceleratore, ma non sufficiente per ridurre gli eventi avversi: bisogna aggiungere le competenze. Il secondo passo è la formazione. Se i risk engineer e i financial risk manager si diffondono nel mondo industriale e finanziario, è raro negli ospedali l'hospital risk manager, il professionista che supporta i vari reparti nell'individuare, valutare e gestire ogni rischio, portando a sistema tutte le professionalità di un ospedale: medicina, ingegneria, economia, organizzazione, diritto, informatica.

Come possono sommarsi tutte queste competenze in un'unica professione?

Non si tratta di un "tuttologo", ma di una funzione aziendale, in staff al vertice, esperta nella metodologia di analisi del rischio applicata alla realtà ospedaliera, che sviluppa politiche, strumenti e metodologie per la misurazione e gestione del rischio clinico. Competenza rarissima, oggi in Italia. Per questo abbiamo lanciato il corso di Hospital risk management.

Quale futuro possiamo attenderci per l'ospedale sicuro?

Possiamo avere un moderato ottimismo, basato però su alcune condizioni. Bisogna superare il paradosso che vede da un lato un'evoluzione continua nelle cure mediche e farmacologiche, dall'altro incertezze e sospetti per le prassi medico-sanitarie, motivate dagli eventi avversi. Poiché la spesa sanitaria del nostro paese rispetto al Pil ha valori ben più bassi della media dei paesi del G7, bisogna che ogni attore del sistema si senta impegnato per ridurre le inefficienze e i costi della malpractice. Bisogna che tutti - Ministero, Regioni, strutture sanitarie, assicuratori - sappiano collaborare e fare sistema. In un paese di individualisti, quando si contrappongono interessi diversi è difficile trovare un accordo. Ma l'ospedale è un sistema complesso, che richiede un approccio globale. Anche il paziente dovrà fare la propria parte, pretendendo un rapporto paritetico con il medico ed essendo parte attiva del proprio team di cura.

Sempre un fatto di comunicazione, dunque?

Direi un fatto di collaborazione, e quindi sì, in buona parte di comunicazione.

_ L'evento sentinella è un evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche o il rischio di esse.

Cfr. Ministero della salute, Risk management in sanità, Roma, marzo 2004. www.jcaho.org/ptsafetyfrm.html

_ Come è stato più volte verificato e misurato nelle tesi di risk communication del corso di Hospital risk management del Cineas, il Consorzio in ingegneria delle assicurazioni del Politecnico di Milano. www.cineas.it/co/hospital-risk-management-16-co.htm